

WAT ZIT ER ACHTER DE SOA-TEST?

*Een behoefteanalyse op de Poli Seksuele
Gezondheid naar aanvullende zorg over seks, liefde
en relaties in de vorm van eHealth*

Fredie van den Bosch

WAT ZIT ER ACHTER DE SOA-TEST?

*Een behoefteanalyse op de Poli Seksuele Gezondheid naar
aanvullende zorg over seks, liefde en relaties in de vorm van eHealth*

Auteur:	Fredie van den Bosch
Studentnummer:	1409352
Master:	Gezondheidspsychologie
Instelling:	Universiteit Twente, Enschede Faculteit Gedragswetenschappen Vakgroep Psychologie, Gezondheid & Technologie In opdracht van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst Twente
Begeleiders:	Dr. O.A Kulyk (Universiteit Twente) Dr. L.M.A Braakman-Jansen (Universiteit Twente) M. Bijen, MSc (GGD Twente)
Plaats en datum:	Enschede, 19 juni 2015

Voorwoord

Ter afsluiting van de master 'Gezondheidspsychologie' op de Universiteit van Twente, heb ik de afgelopen maanden onderzoek gedaan op de Poli Seksuele Gezondheid van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst [GGD]. Hierbij heb ik, door te luisteren naar de verschillende stakeholders, gepoogd mogelijkheden te vinden om de seksuele gezondheid van jongeren te ondersteunen door de inzet van eHealth. Dit heeft geresulteerd in een eerste opzet van een nieuw eHealth-ontwerp die jongeren beter voorbereid op het consult en hen, bij vragen over seks, liefde en relaties, naar de juiste informatiebronnen leidt.

De afgelopen maanden waren zeer intensief en leerzaam. In deze tijd heb ik alle vrijheid gekregen me te verdiepen in de seksuele gezondheid van jongeren. Een interessant onderwerp, waarin al veel wordt geïnvesteerd, maar ook nog veel winst te behalen valt. De combinatie met eHealth maakte de uitvoering van dit onderzoek alles behalve saai, met name de interviews met jongeren en hulpverleners en het ontwerpen van de eHealth-toepassingen gaven mij veel (creatieve) energie.

Graag wil ik hierbij een aantal mensen bedanken. Allereerst wil ik mijn eerste begeleider Olga bedanken voor de mogelijkheid die ze mij heeft gegeven dit onderzoek te doen en voor haar vertrouwen, feedback en grote betrokkenheid. Daarnaast wil ik Annemarie bedanken voor de structuur die ze me bood met haar prettige, kritische en concrete feedback. Natuurlijk wil ik ook de GGD bedanken voor alle faciliteiten die beschikbaar zijn gesteld. In het bijzonder gaat mijn dank uit naar mijn externe begeleider Marieke voor haar (praktische)steun, kritische opmerkingen en het meedenken. Ook wil ik alle collega's van de Poli Seksuele Gezondheid bedanken voor hun deelname aan het onderzoek en de inspanningen die geleverd zijn voor de werving van de jongeren. Ik ben blij dat ik met zoveel gastvrijheid, openheid en gezelligheid ben ontvangen. Het was heel bijzonder een aantal maanden ondergedompeld te mogen zijn in de wereld van seks en soa's. Met alle bizarre en afschrikwekkende verhalen die hierbij horen. Natuurlijk wil ik ook de jongeren, die deelnamen aan dit onderzoek, bedanken voor hun openheid. Als laatste wil ik het thuisfront en mijn medestudenten bedanken, die met me mee hebben gekeken of meegeleefd bij de zware laatste loodjes.

Fredie van den Bosch

Enschede, 19 juni 2015.

Abstract

Background. Sexual health can't be taken for granted. This is reflected in the prevalence of sexual violence, unintended pregnancies, sexual transmitted diseases and the rising rates of sexual health consults- and reoccurrences at STI clinics. Young people (12-25) are a special group of need. Especially girls, early starters, low educated-, religious- and youth of foreign background are high at risk. Among Dutch youth sexual health concerns as unwanted sexual behaviour, a lack of knowledge about sexuality, propagation and STI's and no use of contraceptives, need special attention. It's important to offer young people additional aid to prevent emotional- and physical damage and to limit societal cost. Previous research showed a positive attitude of youth towards the use of eHealth applications and thus it might be a suitable way for delivering sexual health care.

Objective. This study aims to identify the needs of additional aid about sexual health by healthcare workers and youth at a STI clinic. Furthermore it will be investigated how eHealth can be used for this purpose.

Methods. The first two phases of the CeHRes Roadmap for the development of eHealth were completed by interviewing healthcare workers (n=3) and low educated girls (n=10) at the STI clinic. The needs, problems and values were translated to personas and paper prototypes which were assessed through a formative evaluation (use-case scenario) by a second group of low educated girls (n=9) at the STI clinic.

Results. The most frequently mentioned problems and questions by healthcare workers were sexual dysfunction, birth control and unwanted sexual behaviour, mainly in girls. Other concerns were difficulties about finding underlying care needs, knowledge transfer, a negative attitude about behaviour change and raising awareness-, and an incorrect risk perception by youth. The low educated girls' needs are: more preparation before consultation, and additional information about sexually transmitted diseases [STD's] and treatment, birth control and pregnancy, condoms and tips and tricks about setting sexual boundaries. The perception of credibility, easiness of use and a clear overview of the content are the most important factors for the use of a future eHealth. Besides, persuasive features of "Primary support", "Dialogue support" and "Credibility support" (PSD-model) turned out to be important. A mobile application and imagery were evaluated the most suitable way of delivering eHealth. The developed paper prototypes were also positively evaluated by the low educated girls. They prefer the mobile application in preparation for consultation and the e-card for after-care. Almost all of these girls were willing to use the designs.

Conclusion: Low educated girls are willing to use the designed eHealth. In the future, these drafts can be developed into working prototypes and implemented in STI clinics.

Samenvatting

Achtergrond. Seksuele gezondheid is niet vanzelfsprekend. De prevalentie van seksueel geweld, ongeplande zwangerschappen, seksueel overdraagbare aandoeningen en de stijgende consult- en recidieven aantallen op de Poli Seksuele Gezondheid zijn hiervan het bewijs. Een belangrijke risicogroep voor seksuele problematiek zijn jongeren in de leeftijd van 12-25 jaar. Laagopgeleide, vroeg seksueel actieve, religieuze en allochtone jongeren, met name meisjes zijn hierbij belangrijke risicogroepen. Grensoverschrijdend seksueel gedrag, gebrek aan kennis over seksualiteit, voortplanting en soa's en geen anticonceptiegebruik zijn de belangrijkste aandachtspunten. Om verder psychisch- en fysiek leed te voorkomen en daarmee gepaarde maatschappelijke kosten terug te dringen, is aanvullende ondersteuning voor jongeren van belang. Uit eerder onderzoek blijkt dat jongeren positief zijn over de toepassing van eHealth als hulpmiddel.

Doel. Doel van het onderzoek is de behoeften van hulpverleners en jongeren aan aanvullende zorg in kaart te brengen op de Poli Seksuele Gezondheid. Hierbij word gekeken hoe eHealth ingezet kan worden om in deze behoeften te voorzien.

Methode. De CeHRes Roadmap vormde het kader voor dit onderzoek. Middels interviews met hulpverleners (n=3) en laagopgeleide meisjes (n=10) op de Poli Seksuele Gezondheid van de GGD Twente, zijn de eerste twee fasen ter ontwikkeling van eHealth doorlopen. Hierbij werden zorgbehoeften en tevens randvoorwaarden voor de ontwikkeling van eHealth geïnventariseerd. Vervolgens zijn deze vertaald naar persona's en naar verschillende paper prototypes die door een nieuwe groep laagopgeleide meisjes (n=9) op de Poli Seksuele Gezondheid via een formatieve evaluatie op basis van 'use-case scenario' werden beoordeeld.

Resultaten. Hulpverleners zien bij jongeren (naast soa's), met name meisjes, het vaakst vragen of problemen met betrekking tot seksueel functioneren, anticonceptie en rondom wensen en grenzen. Daarnaast is er twijfel over de opsporing van onderliggende (Sense)hulpvragen (naast soa) en de mate van kennisoverdracht. Ook ervaren zij onvoldoende bewustwording- en een inadequaat risicoperceptie over condoomgebruik onder jongeren. Laagopgeleide meisjes zouden beter voorbereid willen worden op het consult, en hebben interesse in aanvullende informatie over soa's en behandeling, anticonceptie en zwangerschap, condooms en tips over het aangeven van grenzen. De betrouwbaarheid, de eenvoud van gebruik en een overzichtelijke weergave van de inhoud zijn de belangrijkste voorwaarden voor het gebruik van een toekomstige eHealth-toepassing. Daarbij blijken persuasieve functies van Primary task support, Dialogue support en Credibility support van het PSD-model van belang. De mobiele applicatie als ook beeldmateriaal, wordt genoemd als meeste geschikte vorm van eHealth. De laagopgeleide meisjes, die de ontworpen paper prototypes van eHealth evalueerden, waren hierover positief. Voorkeur ging uit naar een mobiele applicatie ter voorbereiding van het consult en naar nazorg in de vorm van een e-Card. Bijna alle jongeren gaven aan de ontwerpen te willen gebruiken.

Conclusie. De ontworpen prototypes van eHealth werden goed ontvangen. Aanbevolen wordt om deze in de toekomst door te ontwikkelen naar een werkend prototype. Zodat uiteindelijke implementatie bij GGD'en mogelijk wordt.

Inhoud

1. Inleiding	1
1.2 Seksueel risicogedrag	3
1.3 Hulpverlening GGD Twente en Sense	5
1.4. eHealth ter bevordering van seksuele gezondheid	5
1.4.1 Ontwikkeling eHealth	6
1.4.1.1 Persuasive system design model (PSD-model)	8
1.4.2 Effectieve factoren bestaande eHealth-toepassingen	9
1.4.3 eHealth voor jongeren	9
1.5 Onderzoeksvragen	10
2. Methode	12
2.1 Onderzoeksopzet	12
2.2 Participanten	12
2.2.1 Hulpverleners	13
2.2.2 Jongeren	13
2.3 Onderzoeksmethoden en meetinstrumenten	13
2.3.1 Semigestructureerde interviews	13
2.3.2 Formatieve gebruikersevaluatie – Use case scenario	15
2.4 Data analyse	16
2.5 Ethische aspecten	16
3. Resultaten	17
3.1 Contextual Inquiry	17
3.1.1 Behoeften hulpverleners aan aanvullende seksualiteitshulp voor jongeren	17
3.2 Value specification	33
3.2.2 Persona's	37
3.3 (pre)Design fase	39
3.3.1 Uitwerking ideeën eHealth Sense naar prototypes	39
4. Conclusie	51
5. Discussie	52
6. Aanbevelingen	58
6.1 Aanbevelingen en vervolgstappen in de ontwikkeling van eHealth	58
6.2 Praktische aanbevelingen	59
6.3 Aanbeveling toekomstig onderzoek	60
Literatuurlijst	61
7. Bijlagen	69
Bijlage 1: Draaiboek interview Hulpverleners	69
Bijlage 2: Interviewschema hulpverleners	70
Bijlage 3: Screenshots Voorbeeld e-Health interview hulpverleners (naast interactieve vertoning) .	75
Bijlage 4: Instructie sociaal verpleegkundigen bij de werving van jongeren	79
Bijlage 5: Draaiboek interview Jongeren	80
Bijlage 6: Aantekeningen schema tijdens consult jongeren	81
Bijlage 7: Interviewschema Jongeren	82

Bijlage 8: Screenshots Voorbeeld e-Health interview jongeren:.....	84
Bijlage 9: Korte vragenlijst jongeren voor persona	87
Bijlage 10: Codeboek analyse interviews jongeren	90
Bijlage 11: eHealth ontwerpen	106
Bijlage 12: Draaiboek formatieve gebruikersevaluatie	113
Bijlage 13: Poster ter illustratie alle ontwerpen.....	114
Bijlage 14: Toestemmingsverklaring hulpverleners en jongeren	115

1. Inleiding

Een staat van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welbevinden in relatie tot seksualiteit vormen de definitie van een seksuele gezondheid (World Health Organization, 2010) [WHO]. Vereisten hiervoor zijn een positieve en respectvolle benadering naar seksualiteit en seksuele relaties, evenals de mogelijkheid plezierige en veilige seksuele ervaringen te hebben, zonder dwang, discriminatie of geweld (WHO, 2010).

Seksuele gezondheid is niet vanzelfsprekend. In Westerse landen heeft 35.8% van de vrouwen en 21.7% van de mannen ooit in hun leven te maken met seksueel geweld (Esquivel-Santovena, Lambert, & Hamel, 2013). In 2008 waren wereldwijd 41% van de 208 miljoen zwangerschappen ongepland (Singh, Sedgh, & Hussain, 2010) en jaarlijks worden er 498 miljoen mensen geïnfecteerd met een seksueel overdraagbare aandoening (soa) (WHO, 2012).

Op de Poli Seksuele Gezondheid van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst [GGD] kunnen jongeren (<25 jaar) en andere risicogroepen terecht voor een soa-test en vragen rond seksualiteit. In 2013 steeg het aantal consulten op de Poli met 10% (Van Daal, Koedijk, Kampman, & Van der Bij, 2014). In Oost-Nederland was de stijging ruim twee keer zo groot (21.3%) (Van Daal et al., 2014). In de regio Twente is de prevalentie van soa's groter dan elders in het land (Van Daal et al., 2014). Daarnaast wijzen meerdere studies uit dat recidivering na consultatie een probleem vormt (Gotz, Wolfers, Luijendijk, & Van den Broek, 2013) en op kan lopen tot 21% (Dukers-Muijters, van Liere, & Hoebe, 2013). Uit een systematisch review blijkt een jongere leeftijd (<26 jaar) samen te hangen met meer recidieven (Hosenfeld et al., 2009).

Een belangrijke leeftijdsgroep voor seksuele problematiek zijn jongeren in de leeftijd van 12 tot 25 jaar. De consulten bij jongeren zijn vaak soa-gerelateerd, maar ook andere seksuele problematiek over seks, liefde en relaties (Sense-problematiek) komt voor (Van Aar et al., 2014). Na soa's wordt landelijk het thema anticonceptie het vaakst besproken (Van Daal et al., 2014). Dit geldt ook voor Oost-Nederland (29.3%), gevolgd door de thema's: seksueel functioneren (28.5%), zoals erectieproblemen of pijn bij het vrijen en seksueel geweld (3.1%). In de regio Twente wordt seksueel geweld bijna drie keer zo vaak (9%) besproken in vergelijking met heel Oost-Nederland (Van Aar et al., 2014). Bezoekers met Sense problematiek zijn voornamelijk meisjes (80.9%) in de leeftijd van 20-24 jaar (59.1%) en autochtoon (70.9%) (Van Aar et al., 2014).

Daarnaast zijn jongeren een belangrijke risicogroep, omdat in deze levensfase de eerste seksuele activiteiten plaatsvinden (Wellings et al., 2006). Ook komen hier de meeste soa's- (Bearinger, Sieving, Ferguson, & Sharma, 2007; Black, Schmiede, & Bull, 2013), ongeplande zwangerschappen en abortussen voor (Bishop, 2011). Daarnaast blijken grensoverschrijdend seksueel gedrag, gebrek aan kennis over seksualiteit, voortplanting en soa's en geen anticonceptiegebruik de grootste aandachtspunten onder jongeren in Nederland (De Graaf, Kruijer, Van Acker, & Meijer, 2012). Jongeren tot 25 jaar (Van Daal, Koedijk, Kampman, & Van der Bij, 2014), meisjes en laagopgeleide-, vroeg seksueel actieve-, religieuze- en allochtone jongeren zijn hierbij belangrijke risicogroepen (De Graaf et al., 2012). Met name meisjes vormen een belangrijke risicogroep. Zo zijn zij vaker het slachtoffer van grensoverschrijdend seksueel gedrag en ervaren meer

negatieve- dan positieve gevoelens rond seks (De Graaf et al., 2012). Daarnaast is 21% (>17 jaar) wel eens gedwongen om seksuele handelingen te verrichten (De Graaf et al., 2012) en had 29% van de meisjes gevoelens van spijt na de eerste keer geslachtsgemeenschap. Meisjes ervaren ook vaker schaamte of schuld bij seksuele gevoelens of handelingen en een grotere ontevredenheid over eigen lichaam en geslachtsdelen dan jongens en zij vinden seks vaker vies (De Graaf et al., 2012). Ten slotte kampen meisjes in vergelijking met jongens vaker met seksuele problemen rond opwinding, klaarkomen of met het hebben van geen zin in seks (De Graaf et al., 2012; Kedde, 2012).

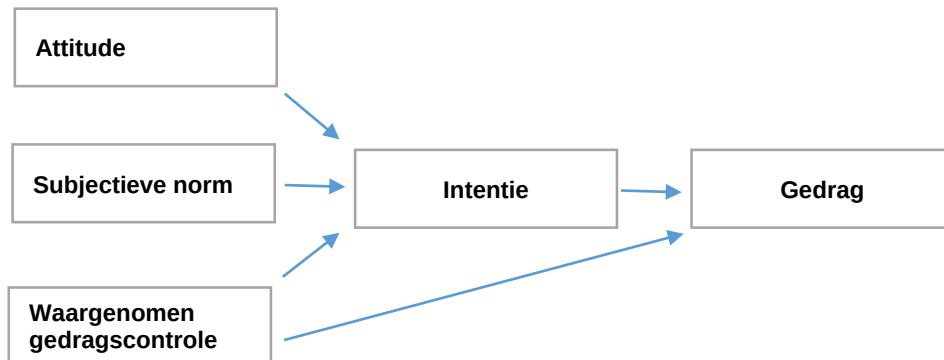
Jongeren die een lagere opleiding volgen ($\leq$ Middelbaar Beroep Onderwijs [MBO] (Bakker, 2010)) krijgen ook vaker te maken met seksuele dwang (20% versus 13%), hebben meerdere sekspartners (26% versus 14%) en worden eerder seksueel actief dan jongeren die een hogere opleiding volgen (22% versus 7% op 14-15 jarige leeftijd) (De Graaf et al., 2012; Schrijvers & Schuit, 2010). Ook hebben zij weinig kennis over seksualiteit, soa of anticonceptie en ontstaan vaker (ongepande) zwangerschappen (De Graaf et al., 2012). Laagopgeleide jongeren komen dan ook vaker op de Poli Seksuele Gezondheid voor hulp bij (onbedoelde) zwangerschap en seksueel geweld dan hoger opgeleiden (Van Daal, Koedijk, Kampman, & Van der Bij, 2015).

Vroeg seksueel actieve jongeren gebruiken vaker geen anticonceptiemiddel en nemen relatief vaak de morning-afterpil. Ook hier is vaker sprake van overhalen of dwang. Ook religieuze jongeren hebben te maken met deze problematiek en hebben daarnaast ook minder kennis over seksualiteit en voortplanting en soa's dan niet-religieuze jongeren (De Graaf et al., 2012). Onder allochtone groepen lijken de bevindingen van Turkse en Marokkaanse jongeren op de bevindingen van religieuze jongeren. Daarnaast hebben Antilliaanse jongeren een groter aantal verschillende sekspartners en Antilliaanse meisjes en Surinaamse jongeren gebruiken minder vaak de pil of een condoom (De Graaf et al., 2012).

Het is van groot belang jongeren te helpen en te ondersteunen bij seksuele problematiek. Dit heeft namelijk grote gevolgen voor het fysiek- en psychisch welbevinden van jongeren (De Graaf, 2012; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015) [RIVM]. Seksuele grensoverschrijding en ongewenste zwangerschappen kunnen grote psychosociale gevolgen met zich meebrengen, zoals depressieve klachten en gedragsproblemen (RIVM, 2015). Ook heeft de seksuele gezondheid van jongeren grote invloed op de seksuele gezondheid in de volwassenheid (WHO, 2006). Tevens kunnen uitkomsten van seksueel risicogedrag zoals soa's leiden tot een tal van fysieke aandoeningen zoals chronische pijn, onvruchtbaarheid (Van Aar & Koedijk, 2014) en zelfs tot de dood (Op de Coul, 2014). Secundair brengt de problematiek maatschappelijke kosten met zich mee. De overheid besteedt 56 miljoen per jaar aan soa-preventie en behandeling (Van Aar & Van der Noordt, 2014). Overige gevolgen zijn schooluitval, verminderde arbeidsparticipatie en de kosten voor andere vormen van gezondheidszorg, zoals abortushulpverlening, traumabehandeling en overige medische zorg (RIVM, 2015).

1.2 Seksueel risicogedrag

Gedrag bestaat uit (aangeleerde) reacties op stimuli. Gedrag kan automatisch (onbewust) of gecontroleerd (bewust) plaatsvinden (Brug, Assema, & Lechner, 2007). Determinanten zijn beïnvloedende factoren van gedrag. Een gedragstheorie bestaat uit verschillende determinanten om gedrag te verklaren of te voorspellen. De Theory of Planned Behaviour (TPB) van Ajzen (1991) (zie figuur 1) is een gedragstheorie welke stelt dat gedragsintenties worden beïnvloed door attitudes, sociale normen en de 'waargenomen gedragscontrole'.

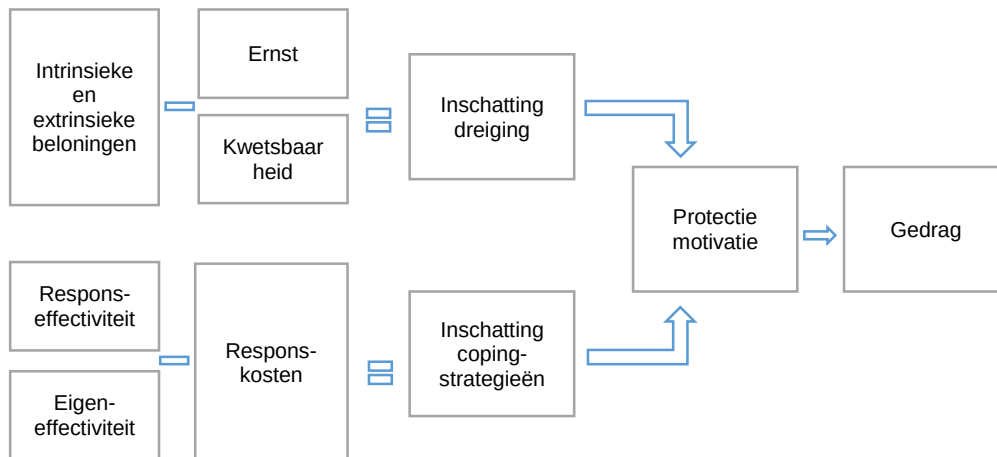


Figuur 1: Schematische weergaven: determinanten Theory of Planned Behaviour

De subjectieve norm staat voor 'waargenomen normen' in de naaste omgeving (Ajzen, 1991). De 'waargenomen gedragscontrole' geeft aan in welke mate iemand zichzelf in staat acht een bepaald gedrag uit te kunnen voeren en beïnvloedt in het TPB model ook direct het gedrag (Ajzen, 1991). Het TPB model wordt op vele (gezondheids)gedragingen toegepast en is ook veelvuldig gebruikt rond seksueel risicogedrag (Mausbach, Semple, Strathdee, & Patterson, 2009). Montanaro en Bryan (2013) laten zien dat de determinanten van de TPB 32.8 % van onveilig seksueel gedrag verklaren. Attitude en waargenomen gedragscontrole worden hier geassocieerd met de intentie tot condoomgebruik (Montanaro & Bryan, 2013). Marston en King (2006) vonden dat condoomgebruik als stigmatiserend- en als vorm van wantrouwen naar de seksuele partner wordt gezien (subjectieve norm). Volgens Schrijvers en Schuit (2010) heeft de sociale omgeving de belangrijkste en meest eenduidige invloed op de leefstijl van jongeren met een lage sociale status. Zo blijkt dat de mate van risico-inschatting van jongeren niet verschilt met die van volwassenen (Albert, Chein, & Steinberg, 2013; Roa et al., 2011) maar dat alleen het idee te worden geobserveerd door leeftijdsgenootjes, het risicogedrag van jongeren vergroot (Albert et al., 2013). Ook blijkt dat de perceptie van het seksuele risicogedrag van leeftijdsgenoten een belangrijke voorspeller is van eigen seksueel risicogedrag (Albert et al., 2013). Dit is van belang omdat jongeren risicogedrag van anderen vaak overschatten en veiligheidsgedrag, zoals condoomgebruik onderschatten (Black, Schmiede & Bull, 2013). Daarnaast vergroot het stellen van regels, evenals communicatie over seksuele activiteiten door ouders, het gebruik van anticonceptie en stelt het seksuele activiteiten uit (Aspy et al., 2007).

Een andere gedragstheorie waar risicoperceptie een grotere rol speelt, is de Protection Motivation Theory (PMT) van (Rogers, 1975). Deze theorie (zie figuur 2) bestaat uit determinanten ter

inschatting van de gezondheidsdreiging en determinanten ter inschatting van de eigen middelen om de dreiging te verhelpen (coping).



Figuur 2: Schematische weergaven determinanten Protection Motivation Theory

Hierbij wordt gesteld dat wanneer de dreiging hoog- en als ernstig wordt ingeschat, de motivatie wordt vergroot om het gezondheidsgedrag uit te voeren. Of dit gebeurt is afhankelijk van een aantal factoren zoals de inschatting of het gezondheidsgedrag de gezondheidsdreiging wegneemt, de inschatting of het individu zichzelf in staat acht het gewenste gedrag uit te voeren (eigen-effectiviteit), de mate van intrinsieke- en extrinsieke beloningen van ongewenst gedrag en de respons kosten (nadelen) van het gezondheidsgedrag (Brug et al., 2007). Uit een meta-analyse van Milne, Sheeran en Orbell (2000) blijkt dat de determinanten van PMT bruikbaar worden geacht in het voorspellen van gezondheid-gerelateerde intenties, voornamelijk als het gaat om huidig gedrag (Milne et al., 2000). Hierbij is de samenhang tussen intentie en gedrag het sterkst.

Volgens Tenkorang (2013) wordt een hogere risicoperceptie inderdaad geassocieerd met minder seksueel risicogedrag. Kievik, Ter Huurne en Gutteling (2012) tonen aan dat een hoge risicoperceptie in combinatie met een hoge mate van betrokkenheid en respons-effectiviteit (coping) het zoeken naar informatie ter bevordering van gedragsverandering en daadwerkelijke gedragsverandering positief beïnvloed. Volgens Donovan en Ross (2000) is een inaccurate risicoperceptie de belangrijkste barrière voor veilige seks. Uit een systematische review van Marston en King (2006) kwam naar voren dat jonge mensen denken dat ze zelf kunnen beoordelen of hun sekspartner een soa heeft. Uit een onderzoek van Khawcharoenporn, Kendrick en Smith (2012) bleek dat het grootste deel van de cliënten (85%) met het hoogste risico op hiv-besmetting van een soa-poli, zichzelf geen- tot weinig risico toeschreef. Ondanks kennis over hiv-transmissie was het condoomgebruik bij de meesten inconsistent (Khawcharoenporn et al., 2012). Bij de risicoperceptie van jongeren treedt het 'downhill fenomeen' op waarbij jongeren zichzelf vergelijken met anderen die meer risico lopen dan zichzelf (Donovan & Ross, 2000). Ook grote voordelen van ongewenst gedrag, in combinatie met de behoefte aan sensatie, zijn gerelateerd aan risicogedrag van jongeren (Zimmerman, 2010). De behoefte aan sensatie is het hoogst rond 19-22 jaar (Zimmermann, 2010).

Ook komt naar voren dat jongeren risicogedrag anders definiëren dan volwassenen en wanneer risico's wel worden gezien wegen de voordelen vaak zwaarder. Een gevoel van welzijn, of een hechtere band met vrienden, is dan belangrijker (Zimmermann, 2010).

1.3 Hulpverlening GGD Twente en Sense

Om jongeren met seksuele problematiek beter te ondersteunen, geeft de Poli Seksuele Gezondheid van de GGD landelijk en regionaal invulling aan het programma "Sense". Het programma is speciaal opgezet voor de risicogroepen: laagopgeleiden- en allochtone jongeren en jongeren in de leeftijd van 12 tot 25 jaar (RIVM, 2010). Sense bestaat uit een website waar jongeren informatie over seks, liefde en relaties kunnen vinden. Tevens zijn op de website contactgegevens beschikbaar waarmee deskundigen telefonisch, per mail, per chat of op basis van een consult kunnen worden geraadpleegd. De consulten vinden plaats op de Poli Seksuele Gezondheid van de lokale GGD. Hier kunnen jongeren gratis en anoniem terecht voor een soa-test of vragen over seksualiteit.

De spreekuren worden verzorgd door sociaal verpleegkundigen die een opleiding 'Aanvullende seksuele hulpverlening' (Sense-scholing) en een scholing 'motivational interviewing' [MI] (Heijman & De Feijter, 2011) hebben afgerond (RIVM/Cib & GGD Nederland, 2011). Op deze manier kunnen jongeren met verschillende problematiek op het gebied van seks, liefde en relaties geadviseerd of doorverwezen worden.

MI is een cliëntgerichte methode met als doel de intrinsieke motivatie voor gedragsverandering te vergroten. Hierbij wordt ingespeeld op ambivalente gedachten of gevoelens en de discrepantie tussen de huidige- en de gewenste situatie (Heijman & De Feijter, 2011). Het tonen van empathie, het helpen ontwikkelen van discrepanties, meeveren met weerstand en de eigen effectiviteit van de cliënt vergroten en ondersteunen, zijn de vaardigheden die worden verwacht van de hulpverlener. Bij MI worden vijf gesprekstechnieken gebruikt: het stellen van open vragen, reflecteren, bevestigen, samenvatten en verandertaal uitlokken. Dit laatste betekent dat de hulpverlener probeert om de cliënt zelf uitspraken te laten doen over (gedrags)verandering. Zo kunnen vragen gesteld worden als: "In welke situaties zou je wel een condoom gebruiken? Kun je een hulpmiddel bedenken zodat je wel iedere dag je anticonceptiepil slikt?" Daarna probeert men tot commitmenttaal te komen waarin een cliënt ook daadwerkelijk een intentie vormt om gedrag te veranderen. Hiervoor wordt het DARN=C model gebruikt (Heijman & De Feijter, 2011). DARN=C staat voor Desire, Ability, Reason, Need en Change. Waarbij Desire staat voor praten over het resultaat van de verandering. Ability gaat over de aanpak om te kunnen slagen. Bij Reason worden de 3 belangrijkste redenen voor verandering benoemd. Het belang van de verandering wordt bepaald op schaal 1-10 met Need. Met gedragsverandering (Change) als resultaat (Heijman & De Feijter, 2011) welke het doel vormt van MI.

1.4. eHealth ter bevordering van seksuele gezondheid

Definities van eHealth variëren. De meest eenvoudige beschrijving luidt als volgt: "Het gebruik van informatie- en communicatie technologieën om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en te verbeteren" (Van Gemert-Pijnen, Peters, & Ossebaard, 2013). eHealth-toepassingen worden steeds

vaker gebruikt ter bevordering van gezondheidsgedragingen, zoals web-based interventies en mobiele applicaties ter bevordering van de fysieke activiteit, gezond eetgedrag, de reductie van alcoholconsumptie of stoppen met roken (Webb, Joseph, Yardley, & Michie, 2010).

Vanuit het zorgperspectief biedt eHealth de kans om de gezondheidszorg efficiënter in te richten door patiënten sneller de juiste zorg te bieden (Van Gemert-Pijnen et al., 2011). Door e-consultatie kunnen bijvoorbeeld onnodige artsbezoeken worden voorkomen en door standaardisatie van behandelingselementen kan de kwaliteit van de zorg worden vergroot en de kans op medische fouten worden verkleind (Van Gemert-Pijnen et al., 2013).

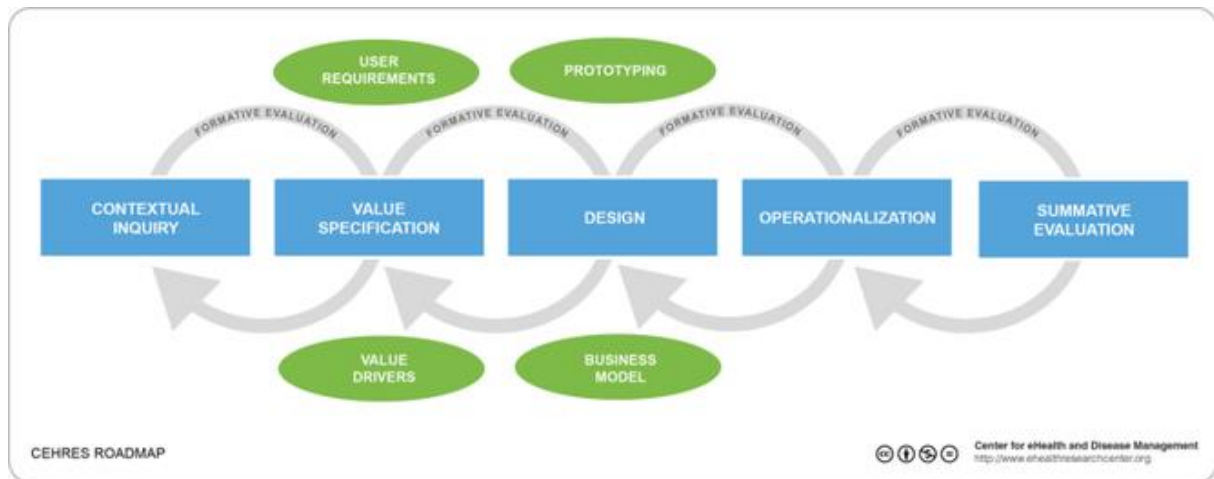
Een groot voordeel van eHealth is dat zorg op velerlei manieren toegankelijk is voor een groot publiek. De onafhankelijkheid van tijd en plaats zorgt ervoor dat patiënten op een zelfgekozen moment zorg kunnen ontvangen. Deze verhoogde toegang tot zorg, evenals de makkelijke beschikbaarheid van belangrijke informatie, leidt ertoe dat patiënten beter voorbereid op een consult kunnen verschijnen (Timmer, 2011). Het laatste heeft als voordeel dat de patiënt thuis al kan nadenken over mogelijke oplossingen, wat wederom leidt tot een verhoogde zelfredzaamheid van patiënten. Dit geldt zeker als het gaat om moeilijke of gevoelige onderwerpen (Timmer, 2011) zoals soa's of problemen met seks, liefde en relaties.

eHealth kan op verschillende manieren worden vormgegeven en kan zowel passieve-, actieve- als interactieve hulpvormen aannemen. Een voorbeeld van een passieve hulpvorm is het bieden van online informatie (Timmer, 2011). Actieve hulpvormen zijn zelftesten, social media waarbij ervaringsverhalen kunnen worden gedeeld en 'serious games' waarbij een online spelelement wordt ingezet om een gezondheidsdoel te behalen (Timmer, 2011). Interactieve hulpvormen van eHealth zijn onder andere een online behandeling of zelfhulpcursus, een forum op social media en e-communicatie waar e-mail-, chatcontact of het online maken van afspraken wordt verstaan (Timmer, 2011). Andere vormen van eHealth zijn robotica en domotica en Ambient Technology.

1.4.1 Ontwikkeling eHealth

De implementatie van eHealth is op het gebied van gezondheidsgedrag niet altijd succesvol gebleken (LeRouge, Ma, Sneha, & Tolle, 2013). Dit heeft voor een groot deel ermee te maken dat stakeholders vaak niet voldoende worden betrokken bij de ontwikkeling van eHealth (Van Gemert-Pijnen et al., 2011).

Om de implementatie en effectiviteit van eHealth te vergroten, is de CeHRes Roadmap ontwikkeld (Van Gemert-Pijnen et al., 2011) (zie figuur 3). Hierbij wordt de focus gelegd op een goede aansluiting tussen mensen, technologie en de context waarin deze wordt gebruikt (Van Gemert-Pijnen et al., 2011). Het raamwerk bestaat uit vijf fasen die de ontwikkeling en implementatie van eHealth begeleiden. Deze fasen volgen elkaar op in een iteratief proces, zodat na elke fase wordt geëvalueerd. De verschillende fasen zijn 'de Contextual inquiry', 'de Value specification', 'de Design', 'de Operationalization' en de 'Summative evaluation' fase.



Figuur 3: CeHRes Roadmap (Van Gemert-Pijnen et al., 2011)

Daarnaast zijn er vijf principes opgesteld die de basis vormen van de holistische benadering van de Roadmap. Ten eerste wordt de ontwikkeling van eHealth technologie gezien als een participatief proces (Van Gemert-Pijnen et al., 2011). Dit betekent dat alle stakeholders, zowel de eindgebruikers als financiers, betrokken dienen te worden tijdens de ontwikkeling en implementatie van eHealth. Dit wordt ook wel co-design genoemd, aangezien verschillende expertises worden gebundeld. Het tweede principe stelt dat het ontwikkelproces op zichzelf al een infrastructuur creëert voor de levering van gezondheidszorg. De eerste twee principes zorgen samen voor een groter draagvlak en gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de implementatie van de eHealth technologie (Van Gemert-Pijnen et al., 2011). Het derde principe staat voor de implementatie die geen op zichzelf staande fase betreft, maar in elke fase wordt betrokken. Hiermee kan worden voorkomen dat de eHealth-toepassing aan het eind van het ontwikkelproces niet wordt ingezet in de praktijk. Het vierde principe stelt dat de ontwikkeling van eHealth samen dient te gaan met persuasieve design technologieën (Van Gemert-Pijnen et al., 2011). Deze persuasieve elementen worden toegevoegd om het gebruik en de adherentie van de eHealth-toepassing door de eindgebruikers te stimuleren en daarmee de effectiviteit te vergroten (zie 1.4.1.1 PSD-model). Als laatste vormt evaluatie een belangrijk en continue proces tijdens de gehele ontwikkeling en implementatie van de technologie (Van Gemert-Pijnen et al., 2011).

Eén van de kenmerken van de CeHRes Roadmap is dat deze zich te allen tijde van het ontwikkelingsproces van eHealth blijft richten op de belangen, eisen en behoeften van de eindgebruikers. Deze vorm van technologieontwikkeling wordt ook wel 'User Centered Design' of 'Human Centered Design' genoemd. Persona's kunnen hierbij als communicatiemiddel fungeren. Persona's zijn fictieve karakters gebaseerd op verworven data welke één of meerdere groepen eindgebruikers vertegenwoordigen (Pruitt & Grudin, 2003). Deze kunnen ingezet worden bij het ontwerp-, de ontwikkeling en de implementatie van eHealth waardoor de adoptie- en gebruik door de doelgroep wordt bevorderd (LeRouge et al., 2013). Door de belevingswereld van de eindgebruikers te schetsen, voorkom je dat ontwerpers de technologie vanuit hun eigen belevingswereld ontwikkelen (Pruitt & Grudin, 2003). Uit eerder onderzoek blijkt dat het gebruik van Persona's binnen de fasen van

de CeHRes Roadmap waardevol is gebleken (Van Velsen, Van Gemert-Pijnen, Nijland, Beaujean, & Van Steenbergen, 2012).

1.4.1.1 Persuasive system design model (PSD-model)

Het Persuasive system design model (PSD-model) van Oinas-Kukkonen en Harjumaa (2008) hetgeen gebaseerd is op verschillende (gedrags)theorieën (Lehto & Oinas-Kukkonen, 2011), is ontworpen ter ontwikkeling- en evaluatie van persuasieve systemen, zoals eHealth. Het model beschrijft vier persuasieve elementen met ontwerpprincipes om attitudes- of gedrag te beïnvloeden (Oinas-Kukkonen & Harjumaa, 2009) (zie figuur 4).

‘Primary task support’ zijn ontwerpprincipes (features) om de uitvoer van activiteiten te ondersteunen. Zo helpt *‘Reduction’* complex gedrag op te delen in simpele taken. *‘Tunneling’* leidt gebruikers stapsgewijs naar de juiste informatie. *‘Tailoring’* zorgt er voor dat de inhoud van de interventie wordt aangepast aan de behoefte of persoonlijkheid van de gebruiker.

‘Dialogue support’ zijn ontwerpprincipes die de interactie tussen gebruiker en computer stimuleren met als doel gewenst gedrag te bevorderen. Zo zorgen *‘Reminders’* dat gebruikers herinnert worden aan het doelgedrag. Ook de visuele aantrekkelijkheid van het design (*‘liking’*) en de mate waarin de gebruiker zich met de eHealth toepassing kan identificeren (*‘similarity’*) vallen hier onder.

“Credibility support” zijn ontwerpprincipes die de beoogde betrouwbaarheid van de toepassing ondersteunen en daarmee de overtuigingskracht vergroten. *‘Trustworthiness’*, de betrouwbaarheid van de inhoud, *‘expertise’*, de uitstraling van vakmanschap van de toepassing en *‘authority’*, de verbinding met autoriteiten zijn hiervan voorbeelden.

Bij “Social support” worden sociale interactie-elementen ingezet. *‘social learning’* faciliteert het leren via medegebruikers van eHealth. *‘Recognition’* is de mogelijkheid erkenning te krijgen van anderen voor behaalde successen. En bij *‘social comparison’* kunnen gebruikers onderling scores vergelijken.

PERSUASIVE DESIGN FEATURES			
PRIMARY TASK SUPPORT	DIALOGUE SUPPORT	CREDIBILITY SUPPORT	SOCIAL SUPPORT
<i>Reduction</i>	<i>Praise</i>	<i>Trustworthiness</i>	<i>Social learning</i>
<i>Tunneling</i>	<i>Rewards</i>	<i>Expertise</i>	<i>Social comparison</i>
<i>Tailoring</i>	<i>Reminders</i>	<i>Surface credibility</i>	<i>Normative influence</i>
<i>Personalization</i>	<i>Suggestion</i>	<i>Real world feel</i>	<i>Social facilitation</i>
<i>Self-monitoring</i>	<i>Similarity</i>	<i>Authority</i>	<i>Cooperation</i>
<i>Simulation</i>	<i>Liking</i>	<i>Third party endorsements</i>	<i>Competition</i>
<i>Rehearsal</i>	<i>Social role</i>	<i>Verifiability</i>	<i>Recognition</i>

Figuur 4: Persuasieve design features PSD-model (Oinas-Kukkonen & Harjumaa, 2009)

1.4.2 Effectieve factoren bestaande eHealth-toepassingen

Een meta-analyse van Webb et al. (2010) beschrijft de effectieve elementen voor (gezondheids)gedragsverandering. Hieronder vallen het gebruik van psychologische theorieën als basis, het bieden van meerdere strategieën/technieken, zoals doelen stellen of terugvalpreventie, het gebruik van tekstberichten (SMS) en communicatieve functies zoals toegang hebben tot een adviseur of expert.

In een meta-analyse naar eHealth-interventies over hiv-preventie onder met name (jong)volwassenen worden effectieve elementen beschreven die kunnen leiden tot een verhoogd condoomgebruik en een verminderd aantal seksuele contacten- activiteiten en soa's (Noar, Black, & Pierce, 2009). Het gaat hierbij om tailoring- (zie PSD-model), het richten op één geslacht, het gebruik van een gedragsveranderingstheorie (Noar, 2011) en een hogere interventiedosis (3 of meer contactmomenten). Een meta-analyse van Noar, Pierce en Back (2010) onder met name adolescenten wees uit dat het online aanbieden van de interventie en geïndividualiseerde tailoring effectieve elementen bleken te zijn bij het bevorderen van een positieve attitude naar seksualiteit en condoomgebruik (Noar, 2011).

Een review van Muessig, Pike, LeGrand en Hightow-Weidman (2012) over mobiele applicaties ter bevordering van seksuele gezondheid wereldwijd, laat wederom zien dat de aanpassing op- en de interactie met een specifieke doelgroep van belang is. Hiermee worden zowel de behoeften van een specifieke groep- als het individu bedoeld.

Met name tailoring blijkt dus een belangrijk element in eHealth (Van Gemert-Pijnen et al., 2011; Noar, 2011) als ook het gebruik van een gedragstheorie als fundering. Met name interventies die gebaseerd zijn op de 'Theorie van gepland gedrag' bleken effectief voor (gezondheids)gedragsverandering (Web et al, 2010). Hierbij moet wel gezegd worden dat er weinig andere theorieën werden gebruikt in de geëvalueerde interventies.

1.4.3 eHealth voor jongeren

Jongeren besteden relatief veel tijd aan activiteiten zoals gamen, internetten, social media en het gebruik van de mobiele telefoon. Internet wordt door jongeren voornamelijk ingezet ter entertainment (games, filmpjes, muziek), gevolgd door het bijhouden van sociale netwerken, zoals facebook (Korvorst & Sleijpen, 2014). Daarnaast wordt door 79% van de jongeren (12-25 jaar) internet gebruikt als informatievoorziening (CBS, 2014).

De laagdrempeligheid van e-Health door anonimiteit (Hiemstra & Grauvogl, 2012) en de onafhankelijkheid van tijd en plaats kan voordelig zijn voor jongeren, waarbij seksualiteit vaak gepaard gaat met schaamte en onzekerheid (Hiemstra, 2012). Ook uit eerder onderzoek blijkt dat jongeren positief staan tegenover het gebruik van e-Health ter bevordering van de seksuele gezondheid (David & Kulyk, 2014). Uit onderzoek van Richman, Webb, Brinkley en Martin (2014) onder 5000 studenten bleek dat 67% interesse had in een mobiele applicatie ter bevordering van de seksuele gezondheid. Dat gold voornamelijk voor studenten die vaker seks- en meerdere seksuele partners hadden. Maar ook vrouwen, transgenders, homoseksuelen en studenten die ooit een ongewenste zwangerschap hadden meegemaakt of ooit een soa-test hadden ondergaan, waren geïnteresseerd. Interesse ging uit

naar applicaties om de menstruatiecyclus te monitoren en om inzicht te krijgen in symptomen van soa's of zwangerschappen. Maar ook naar manieren om te vrijen zonder daadwerkelijk geslachtsgemeenschap te hebben, veilig-vrijen-games en weetjes over seks. Om aan de wensen van de doelgroep te voldoen, stellen Richman et al. (2014) dat deze informatie op een creatieve en amusante manier vormgegeven dient te worden. En ook privacy, interactiviteit en mobiliteit van eHealth is hierbij van belang (Lehmann, 2013).

Een persoonlijke virtuele coach ter bevordering van de seksuele gezondheid werd door jongeren met een lage sociale klasse (12-25 jaar) positief geëvalueerd wanneer (gedacht wordt dat) deze een echt persoon representeert (Kulyk, Op den Akker, Klaassen, & Van Gemert-Pijnen, 2014). Jongeren vinden anonimiteit en privacy heel belangrijk en de voorkeur ging daarom uit naar de mobiele telefoon als middel om eHealth te gebruiken. De betrouwbaarheid van de bron, visuele ondersteuning en eenvoudig taalgebruik worden gezien als factoren ter bevordering van een goede opname- en gebruik van eHealth (Kulyk et al, 2014).

Op het gebied van e-Health interventies ter bevordering van de seksuele gezondheid lijken er geen Nederlandstalige interventies te zijn die zich richten op nazorg of direct aansluiten op soa-sense spreekuren. Gus et al. (2012) keken naar alle verschenen eHealth interventies voor jongeren tussen de 13 en 24 jaar van de afgelopen tien jaar. Deze waren voornamelijk web-based en niet direct gerelateerd aan spreekuren op het gebied van de seksuele gezondheid.

1.5 Onderzoeksvragen

Dit onderzoek doorloopt de eerste twee fasen van de CeHRes Raodmap en onderzoekt of- en welke behoeften jongeren- en sociaal verpleegkundigen van de Poli Seksuele Gezondheid hebben aan aanvullende zorg in de vorm van eHealth. Gezien uit de literatuur blijkt dat 'tailoring' samenhangt met effectiviteit, zal na de onderzoekronde met sociaal verpleegkundigen een keuze gemaakt worden voor een specifieke groep jongeren. Tot slot wordt er een start gemaakt met de derde fase (pre-designfase), waarbij een eerste prototype door jongeren wordt geëvalueerd.

De onderzoeksvragen luiden als volgt:

- 1. Wat zijn de problemen en behoeften van hulpverleners op het gebied van de seksuele gezondheid van jongeren en hoe kan eHealth hier ondersteuning bieden?**
 - a. Hoe staan hulpverleners tegenover aanvullende Sense-zorg voor jongeren?
 - b. Wat zijn volgens hulpverleners de belangrijkste Sense-problemen- en risicogroepen op de Poli Seksuele Gezondheid en hoe kan eHealth hier ondersteuning bieden?
 - c. Wat kan er volgens hulpverleners aan de huidige zorg voor jongeren met Sense problematiek verbeterd worden en hoe kan eHealth hierbij ondersteunen?
- 2. Wat zijn de problemen en behoeften van laagopgeleide meisjes* en hoe kan eHealth hierbij ondersteuning bieden?**
 - a. Wat kan er volgens laagopgeleide meisjes aan de huidige hulpverlening verbeterd worden en hoe kan eHealth hierbij ondersteunen?

- b. Voor welke Sense-problematiek is er vanuit laagopgeleide meisjes gezien behoeften aan aanvullende zorg?
- c. Zouden laagopgeleide meisjes eHealth voor Sense-problematiek willen gebruiken?
- d. Wat zijn de eventuele belemmerende factoren voor aanvullende zorg?
- e. Welke hulpbronnen raadplegen laagopgeleide meisjes bij Sense-problematiek en waarom?

3. Wat vinden laagopgeleide meisjes* en hulpverleners belangrijke factoren bij de ontwikkeling en het gebruik van eHealth en in welke vorm moet deze worden aangeboden?

- a. Wat zijn volgens hulpverleners de voordelen en barrières van aanvullende zorg in de vorm van eHealth, hoe moet deze eruitzien en aan welke eisen moet de eHealth-toepassing voldoen?
- b. Wat zijn volgens laagopgeleide meisjes de voordelen en barrières van aanvullende zorg in de vorm van eHealth, hoe moet deze eruitzien en aan welke eisen moet de eHealth-toepassing voldoen?

4. Wat vinden laagopgeleide meisjes* van de ontworpen paper-prototypes van eHealth?

- a. Wat zijn de positieve en negatieve punten van de ontwerpen en aan welk ontwerp geven laagopgeleide meisjes de voorkeur?

*Na de eerste onderzoekronde met hulpverleners is een keuze gemaakt voor de specifieke doelgroep: laagopgeleide meisjes. Zie hoofdstuk methode paragraaf 2.2: participanten.

2. Methode

2.1 Onderzoeksopzet

Het onderzoek is uitgevoerd op de Poli Seksuele Gezondheid van de GGD Twente.

Het doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen in de aard van verschillende opvattingen en visies van verschillende partijen. Daarom betreft het een kwalitatief onderzoek (Baarda, De Goede & Teunissen, 2009). Tabel 1 geeft weer welke methoden bij welke respondenten zijn gebruikt om de vraagstellingen te beantwoorden in de verschillende fasen van de CeHRes Roadmap.

Tabel 1: *Overzicht van de gebruikte onderzoeksvragen en methode per onderzoeksfase*

Fase CeHRes Roadmap	Onderzoeksvraag	Methode	Respondenten (n=23)
Contextual inquiry	1. Wat zijn de problemen en behoeften van hulpverleners op het gebied van de seksuele gezondheid van jongeren en hoe kan eHealth hier ondersteuning bieden?	Interviews	Hulpverleners (n=3)
	2. Wat zijn de problemen en behoeften van laagopgeleiden meisjes en hoe kan eHealth hierbij ondersteuning bieden?		Jongeren (n=10)
Value specification	3. Wat vinden laagopgeleide meisjes en hulpverleners belangrijke factoren bij de ontwikkeling en het gebruik van eHealth?	Interviews	Hulpverleners (n=3) Jongeren (n=10)
Pre-design fase (formatieve evaluatie)	4. Wat vinden laagopgeleide meisjes van de ontworpen prototypes van eHealth?	Use-case scenario	Jongeren (n=9)

Om antwoord te geven op vraagstelling 1, 2 en 3 werden interviews afgenomen, zowel bij de jongeren als ook de hulpverleners (n=13). Ter verheldering van vraagstelling 4 is een formatieve evaluatie middels use-case scenario uitgevoerd bij jongeren (n=9).

2.2 Participanten

Naar aanleiding van de interviews met hulpverleners is er een keuze gemaakt voor de specifieke doelgroep: laagopgeleide meisjes (18-24 jaar). Dit omdat meisjes een risicogroep vormen (De Graaf et al., 2012), vaker met seksuele problematiek kampen dan andere groepen, meisjes vaker de Sense consulten bezoeken en meisjes in de leeftijd 18-24 jaar de grootste kostenbron voor soa-preventie- en behandeling vormen (Van Aar & Van der Noordt, 2014).

2.2.1 Hulpverleners

Om een representatief beeld te krijgen van het team op de Poli Seksuele Gezondheid werden drie sociaal verpleegkundigen (n=3) geselecteerd op basis van werkervaring en leeftijd. Middels een informatieve e-mail met uitnodiging werden de hulpverleners over het onderzoek geïnformeerd.

2.2.2 Jongeren

In totaal hebben 19 jongeren (n=19) deelgenomen aan het onderzoek. Tien jongeren (n=10) zijn voor de afname van de interviews geworven tijdens het telefonisch spreekuur van de Poli Seksuele Gezondheid. Met behulp van een lijst met inclusiecriteria en instructies (zie bijlage 4) werden de jongeren geïnformeerd over het onderzoek en uitgenodigd na het consult tegen een kleine vergoeding (ter waarde van €20,-) aan het onderzoek deel te nemen. Bijna alle jongeren die gevraagd werden stemden hiermee in. De meest genoemde reden om niet mee te doen was het hebben van andere afspraken of verplichtingen na het consult.

In de pre-designfase werden negen jongeren (n=9) die op grond van de inclusiecriteria geschikt werden geacht voor deelname aan het onderzoek, direct na afloop van het consult geworven door de sociaal verpleegkundigen. Wanneer jongeren instemden, werd de formatieve evaluatie meteen in een van de spreekkamers op de Poli Seksuele Gezondheid afgenomen.

2.3 Onderzoeksmethoden en meetinstrumenten

2.3.1 Semigestructureerde interviews

Interviews hulpverleners:

De interviews zijn afgenomen volgens een vast draaiboek (zie bijlage 1). Het interviewschema (zie bijlage 2) is gebaseerd op de eerste twee fasen van de CeHRes Roadmap, waarbij de huidige zorg, eventuele problemen en behoeften van de hulpverleners, evenals mogelijke verbeterpunten en randvoorwaarden in kaart worden gebracht. Om een beeld te krijgen van de steekproef en ter ontwikkeling van een persona werden eerst een aantal persoonlijke gegevens gevraagd, zoals leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, functie omschrijving GGD, aantal jaren werkervaring, werkuren per week, en aanvullende scholing (Sense, MI).

Om inzicht te krijgen in de huidige situatie werden er onder andere vragen gesteld over veelvoorkomende Sense-problemen en risicogroepen: *“Als je de drie meest voorkomende problemen naast soa moet noemen, welke zijn dat dan?”* en *“Is er een bepaalde groep jongeren die vaker komt dan anderen? En kun je deze groep omschrijven?”*. Verder werd er geïnformeerd naar welke zorg jongeren op dit moment wordt aangeboden en waar zij mogelijkheden zien voor verbetering: *Welke hulp bieden jullie om jongeren te helpen?* en *“Hoe zou dit verbeterd kunnen worden?”*. Daarnaast werd er ingegaan op de behoefte van zowel jongeren als hulpverleners aan extra zorg: *“Voor welke problematiek denk je dat er vanuit de jongeren gezien, behoefte is aan een extra hulp/(na)zorgmiddel?”* Na het vertonen van bestaande eHealth voorbeelden over seks, liefde en relaties voor jongeren (*‘Beter in Bed’* en *‘My Pill’*) (zie bijlage 3), om de attitude en ideeën van hulpverleners over de inzet van eHealth te onderzoeken, werden verschillende vragen gesteld zoals: *“Zou je een applicatie als deze willen gebruiken, deze willen adviseren of ernaar verwijzen als aanvulling op het spreekuur?”* (waarom wel/waarom niet?). *“Heb je ideeën over hoe een*

hulp/nazorgtoepassing van eHealth eruit zou kunnen zien?” en “Aan welke eisen moet de extra zorg voldoen om aan te sluiten op het huidige zorgaanbod?”. De vragen boden structuur tijdens het gesprek, maar gezien het een semigestructureerd interview was, werd er vooral ingegaan en doorgevraagd op de antwoorden die werden gegeven. De interviews werden individueel afgenomen op de locatie van de GGD en duurden gemiddeld 68 minuten met een spreiding van 60 tot 80 minuten. Van alle interviews zijn audio-opnames gemaakt.

Interviews jongeren:

De interviews zijn afgenomen volgens een vast draaiboek (zie bijlage 5). Het interviewschema (zie bijlage 7) van de jongeren is ontworpen met het oog op de doelen van de eerste twee fasen van de CeHRes Roadmap: Wat wordt er gevonden van de huidige zorg? Wat kan er verbeterd worden? Waar liggen (zorg)behoeften en welke factoren zijn belangrijk bij de vormgeving van de oplossing hiervan? Daarnaast zijn er vragen over veelvoorkomende problemen van jongeren in het interviewschema opgenomen, voort gekomen uit de interviews met de hulpverleners.

Voor de ontwikkeling van persona's is een korte vragenlijst opgesteld met demografische- gezondheidszorg specifieke- en technische vaardigheden (zie bijlage 9). Hierbij werd onder andere gevraagd naar het bezit van een mobiele telefoon en internetgebruik, ervaring met mobiele applicaties ter bevordering van de gezondheid, Social media gebruik, kennis van eHealth/website's over seks, liefde en relaties en gamegedrag. Daarnaast zijn tijdens het interview een aantal demografische kenmerken bevraagd: leeftijd, opleidingsniveau, nationaliteit en geloofsovertuiging.

De vragen over hoe de huidige zorg wordt ervaren luiden als volgt: *“Wat vond je van het gesprek?(consult)”* en *“Wat vond je van de informatie/tips/adviezen die je kreeg?”*. Verder werd gevraagd naar mogelijke verbeteringen van de zorg: *“Wat heb je gemist tijdens het gesprek wat je wel graag had willen bespreken?”* of *“Heb je ideeën hoe dit verbeterd kan worden?”*, en eventuele behoeftes aan aanvullende zorg (bij liefde, seks en relaties) of *“Waar zou je (nu na het gesprek) nog meer over willen weten of ondersteuning bij willen krijgen?”* of *“In hoeverre zou je het fijn vinden om nog extra informatie, tips of adviezen te krijgen over seks, liefde en relaties?”*. Ook werden eventuele behoeftes rondom condoomgebruik besproken: *“Je bent hier gekomen omdat je onveilige seks hebt gehad, wat zou jou kunnen helpen om wel condooms te gaan gebruiken?”*, evenals eventuele behoeftes over de onderwerpen die uit de interviews met de hulpverleners naar voren kwam: anticonceptie: *“In hoeverre zou jij nog meer informatie, tips of adviezen over anticonceptie of bij het gebruik van anticonceptie willen krijgen?”*, en wensen en grenzen. Ook bij de jongeren werden er vervolgens bestaande voorbeelden van eHealth-toepassingen over seks, liefde en relaties voor jongeren, ter inspiratie getoond ('Beter in Bed' en 'My Pill') (zie bijlage 8). De jongeren is gevraagd wat zij hiervan vonden en in hoeverre ze zelf behoefte hebben aan een eHealth-toepassing ter ondersteuning van de huidige zorg: *“Als er zo iets als dit (maar het kan alles zijn: games, chat, filmpjes) wordt ontwikkeld om meiden zoals jij te helpen met vragen over seks, anticonceptie en wensen en grenzen, wat vind je hier dan van?”* aan welke randvoorwaarden deze toepassing dan zou moeten voldoen en hoe deze eruit zou mogen zien: *“Als alles mag, hoe zou jij dan willen dat die extra informatie, tips of adviezen worden aangeboden?”*. Ook hier geldt dat er is doorgevraagd op de

antwoorden van de jongeren en niet alle vragen op één vaste volgorde tijdens het interview zijn doorgenomen. Om te kunnen verwijzen naar de informatie, tips en adviezen die tijdens het consult aan de jongeren zijn gegeven en eventuele sense-problematiek te herkennen, heeft de onderzoeker eerst het consult van de deelnemende jongeren bijgewoond (zie bijlage 6 voor het aantekeningenschema). Vervolgens vond direct na het consult het interview plaats op locatie van de GGD. Van de interviews zijn audio-opnames gemaakt. Zij duurden gemiddeld 60 minuten met een spreiding van 35 tot 70 minuten.

2.3.2 Formatieve gebruikersevaluatie – Use case scenario

Om de verschillende fasen en stappen tijdens de ontwikkeling van een eHealth-toepassing te blijven toetsen aan de behoeften, eisen en doelen van de gebruikersgroep werd er gebruikt gemaakt van een formatieve evaluatie. Deze wordt vroeg in het ontwikkelstadium van eHealth gebruikt en legt de focus op het verbeteren van het eHealth-ontwerp (Eng, Gustafson, Henderson, Jimison, & Patrick, 1999). Op deze manier kan voorkomen worden dat er teveel tijd en geld geïnvesteerd wordt in niet effectieve eHealth-toepassingen. Tevens kan dit het veelvoorkomende probleem van onderbenutting van de applicaties helpen voorkomen (Muessing et al., 2013).

Een snelle, efficiënte en goedkope methode om product-ideeën te evalueren is paper prototyping (Loch & Kavadias, 2008; Slegers & Donoso, 2012). Hierbij worden ontwerp-ideeën visueel geschetst (zie bijlage 11), en gebruikt als communicatiemiddel tussen ontwerper en eindgebruiker (Slegers & Donoso, 2012). Paper prototyping kan helpen bovenstaande problemen te voorkomen (Loch & Kavadias, 2008) en resulteert in minder aanmerkingen en aanpassingen in een later stadium van het ontwerp (Hogg et al., 1997).

De paper prototypes zijn ontworpen met het programma Balsamiq en bestaan uit twee concepten die worden aangeboden in de vorm van interactieve mobiele applicaties, een persoonlijke webpagina en een e-card (zie tabel 2 en bijlage 11 en 13). De concepten zijn ontwikkeld op basis van de gerapporteerde behoeften en randvoorwaarden van de hulpverleners (zie 3.3 (pre)design fase). Hierbij zijn ook functies van het PSD-Model toegevoegd. Tevens is gebruik gemaakt van het PMT model- en de methode 'Fear appeal' en effectieve factoren van eHealth uit bestaande literatuur zoals 'tailoring' (zie 3.3 (pre)design fase). In totaal zijn vier verschillende ontwerpen beoordeeld. Om jongeren die uit het algemeen spreekuur kwamen niet bezorgd te maken, werd de laatste stap van ontwerp 1 over risicogedrag en de consequenties van een soa alleen na het behandelssprekkuur aan de jongeren getoond.

Tabel 2: *Vorgelegde ontwerpen met functie van ontwerp*

eHealth ter voorbereiding van consult	eHealth als nazorg
Ontwerp 1: Mobiele applicatie tekst	Ontwerp 3: Persoonlijke webpagina
Ontwerp 2: Mobile applicatie beeld	Ontwerp 4: e-Card

De formatieve gebruikers-evaluatie is uitgevoerd in de vorm van een 'use case scenario'. Door het schetsen van situaties kunnen gebruikers zich beter inleven in het gebruik van de nieuwe technologie

(Pommeranz, Brinkman, Wiggers, Broekens, & Jonker, 2009). Op deze manier kan zowel het eHealth-concept- als de context van gebruik worden geëvalueerd (Pommeranz et al., 2009). De scenario's zijn tot stand gekomen op basis van de behoeften- en problemen die in de interviews met jongeren zijn gerapporteerd. Hierbij wordt geschetst dat de gebruiker onbekend is met het consult en dit spannend vindt. Zij voor een soa test komt maar eigenlijk ook van anticonceptie wil wisselen én het moeilijk vindt grenzen aan te geven bij jongens (zie bijlage 12). De jongeren werden gevraagd zich in te leven in twee geschetste scenario's, gevolgd door een vraag als: *"Stel dat je één van deze ontwerpen nu aangeboden zou krijgen, wat vind je hier dan van?"* om vervolgens een mening te geven over de verschillende ontwerpen die als (interactieve) paper prototypes op een tablet werden getoond (zie bijlage 11). Tot slot is er een poster met alle ontwerpen voorgelegd (zie bijlage 13). Hierbij werden de volgende vragen gesteld: *"Welke van deze ontwerpen vind je nu het beste en waarom?"* en *"Zou je deze ook gebruiken als ze jou wordt aangeboden?"*. Tijdens de formatieve evaluatie heeft de onderzoeker aantekeningen gemaakt.

Het doel van de evaluatie was om de verschillende concepten van de eHealth ontwerpen te toetsen, die werden ontwikkeld naar aanleiding van de contextual- en specification fase. De resultaten geven inzicht in de vervolgstappen voor de keuze van het concept en het ontwerp van de eHealth-toepassing in de designfase.

2.4 Data analyse

Interview rondes: De audiobestanden van de interviews zijn getranscribeerd. De transcripten zijn voornamelijk op een inductieve wijze gecodeerd. Een uitzondering vormen uitspraken over condoomgebruik waarbij de Protection Motivation Theory en het Theory of Planned Behaviour werden gebruikt. Uitlatingen over positieve of belangrijke factoren van eHealth werden vanuit de labels vertaald naar de functies van het PDS-model. De gevormde labels zijn verwerkt in een codeboek. Hierna zijn alle transcripten nagelopen om te kijken of het codeboek een representatief beeld gaf van alle verzamelde data (zie codeboek bijlage 10).

Formatieve evaluatie: De aantekeningen, die gemaakt zijn tijdens de evaluatie, zijn na de afname direct uitgeschreven in verhaalvorm en vervolgens in een tabel geordend naar voorkeur voor ontwerp, en minpunten en pluspunten van de ontwerpen.

2.5 Ethische aspecten

Het onderzoeksplan is vooraf door de ethische commissie van de Universiteit Twente goedgekeurd. Alle deelnemers zijn vooraf geïnformeerd over het onderzoek en hen is de mogelijkheid tot vragenstellen en aanvullende informatie geboden. Voor aanvang van het consult is wederom toestemming gevraagd voor het bijwonen van het consult. Voor het interview startte, is nogmaals het doel- en de duur van het onderzoek, het gebruik van geluidsopname en het privacy beleid uitgelegd. Alle participanten hebben hierna een 'informed consent' formulier ondertekend (zie bijlage 14). Om de privacy van cliënten te respecteren zullen nergens namen worden vermeld en is in plaats daarvan bij de analyse van de interviews een nummer-aanduiding gebruikt voor elke cliënt. Door het kleine aantal hulpverleners worden demografische gegevens niet individueel weergegeven.

3. Resultaten

3.1 Contextual Inquiry

3.1.1 Behoeften hulpverleners aan aanvullende seksualiteitshulp voor jongeren

De hulpverleners, die deelnamen aan het onderzoek, waren van Nederlandse afkomst, bijna allemaal vrouw, gemiddeld 45 jaar oud (SD=10.54), 26.7 uur per week werkzaam- (SD=4.62) en 8.5 jaar sociaal verpleegkundige bij de GGD Twente (SD 5.68) (zie tabel 3). Samen stonden de hulpverleners garant voor de afname van 1200 consulten in 2014 (ieder +-400).

Tabel 3: *Demografische gegevens hulpverleners (n=3)*

Leeftijd ± (SD)	Functie	Aantal jaar werkzaam ± (SD)	Werkuren per week ± (SD)
45 (10.54)	Sociaal verpleegkundige	8.5 (5.68)	26.7 (4.62)

De attitude van hulpverleners ten aanzien van aanvullende Sense-zorg voor jongeren en eHealth

Alle hulpverleners staan positief tegen aanvullende zorg voor jongeren in de vorm van eHealth: “...je kunt niet alles doornemen in zo’n consult he dus het is vaak gewoon fijn om aanvullende informatie te hebben, of zelf als jongeren ook gewoon nog eens een keer iets...kunnen nakijken”. Een enkeling heeft bedenkingen mogelijke uitbreiding van zorg: “Wat wij hier op locatie bieden is echt heel uitgebreid en heel goed”. De meerderheid van de hulpverleners denkt dat jongeren behoeften hebben aan aanvullende zorg rond Sense-problematiek: “Jongeren hebben vaak veel vragen....vragen over seksualiteit, maar ook vragen rondom soa”. Een enkeling denkt dat de huidige zorg voldoende is: “Heel veel.... is gewoon vaak echt in die twintig minuten half uur op te lossen en te bespreken”.

Alle hulpverleners zien een voordeel in het feit dat eHealth in de eigen tijd en plaats zelfstandig door jongeren ingezet kan worden, onafhankelijk van een hulpverlener (zie tabel 4). Een enkeling is kritisch en denkt dat onbewuste beïnvloeding beter is dan iets wat jongeren zelf moeten installeren of opzoeken. Volgens deze hulpverlener is onbewuste beïnvloeding via Social media met leuzen over soa of seksualiteit effectiever: “Dingen op Facebook zetten of retweeten, dat er gewoon kreten inderdaad langs komen. ...dat op die manier mensen.. onbewust dat meer meepikken”. Daarnaast denkt deze hulpverlener dat onvoldoende privacy bij eHealth in de vorm van mobiele applicaties (zoals 'Beter in Bed'), een barrière voor gebruik zou kunnen vormen voor jongeren: “..heel veel van hun ouders weten daar echt niet van (consult)...Dan gaan ze dat helemaal niet op de telefoon zetten”. Een ander laat weten dat de getoonde eHealth voorbeelden niet voor alle doelgroepen geschikt zijn: “.. jongeren met een verstandelijke beperking.. die kunnen hier helemaal niks mee.”

Alle hulpverleners zien een meerwaarde in eHealth als verlenging na een consult en niet (deels) ter vervanging: “Ja een jongere die hier komt daar wil je ook gewoon het eigen vingerspits

gevoel bij hebben, kijken hoe hij reageert op vragen, uhm of iemand wel echt de waarheid spreekt”.

Een enkeling oppert dat het wel tijd zou kunnen besparen tijdens het consult als er al eerder informatie is verschaft. ‘Na het consult’ wordt door alle hulpverleners als geschikt moment voor de inzet van eHealth gezien, een meerderheid ziet ook mogelijkheden voor de inzet van eHealth ter voorbereiding van het consult: “Dat je ze online iets laat doen, een bepaalde vragenlijst ...dat er ook bepaalde vragen m.b.t anticonceptie, seksueel geweld, uh de andere thema’s en... dat ze eigenlijk al een stukje voorbereiding hebben gehad voordat ze bij ons komen”. Alle hulpverleners geven aan bereid te zijn jongeren door te verwijzen naar een kwalitatief goede eHealth-toepassing.

Tabel 4: Door hulpverleners genoemde voordelen en barrières van eHealth

Categorie	Uitwerking	Resp.*	Citaat
<u>Voordelen</u> <u>eHealth</u>	Gebruik in eigen tijd en plaats	3	“...wat ze op een tijdstip kunnen doen dat het hun ook gewoon uitkomt”
	Onafhankelijk van hulpverlener	3	“...om die informatie gewoon te halen zonder dat je meteen een hulpverlener erbij moet roepen, ik denk dat dat gewoon heel goed werkt”
	Verlenging van consult - informatie kunnen nalezen na het consult	3	“Kijk, je kunt niet alles doornemen in zo’n consult he dus het is vaak gewoon fijn om aanvullende informatie te hebben of zelf als jongeren ook gewoon nog eens een keer iets te kunnen nakijken”
	-Voorbereid zijn voor het consult	2	“Dat ze eigenlijk al een stukje voorbereiding hebben gehad voordat ze bij ons komen”.
	Tijdbesparing consult	1	“het zou ook tijdbesparend moeten zijn. Dat zou het mooiste zijn”.
<u>Barrières</u> <u>eHealth</u>	Onvoldoende privacy bij mobiele applicaties zoals “Beter in Bed” kunnen barrière vormen voor jongeren	1	“...veel van hun ouders weten daar (consult) niets van, met name als ze echt een Sense vraag hebben... Dan gaan ze dat helemaal niet op de telefoon zetten”.
	Applicaties zoals ‘Beter in Bed’ niet geschikt voor alle doelgroepen	1	“... jongeren met een verstandelijke beperking, ..die kunnen hier helemaal niks mee.”

*=aantal respondenten (n=3)

Belangrijkste Sense-problemen en risicogroepen

De meest geziene vragen of problemen op de Poli Seksuele Gezondheid gaan over seksueel functioneren, anticonceptie en het aangeven van wensen en grenzen of seksueel geweld (zie tabel 5). Alle hulpverleners noemen dat pijn bij het vrijen vaak bij meisjes voorkomt die perfectionistisch zijn,

controle willen houden of veel piekeren. De meerderheid geeft aan dat dit vaker hoog opgeleide meisjes zijn, tussen de 18 en 21 jaar. Volgens een enkeling is dit niet leeftijdsgebonden en speelt kennisgebrek een rol: *“Dat is ook gewoon puur onwetendheid dat ze niet weten dat ze eerst gewoon echt goed vochtig moeten zijn”*. Een meerderheid noemt bij jongens (16-18 jaar) een erectiestoornis of te vroeg klaarkomen en ook hier speelt kennis een rol: *“Die jongens hebben soms gewoon een heel ander beeld van hoe lang seks moet duren of hoe lang het moet duren voordat ze klaarkomen”*. Vragen over anticonceptie komt volgens de hulpverleners bij jonge meisjes onder de 21 jaar het vaakst voor, maar dit is niet perse leeftijds- of opleidingsniveau gebonden. Een enkeling noemt allochtone- of religieuze meisjes als risicogroep, gezien een verbod op anticonceptie door de omgeving hier een rol kan spelen. Alle hulpverleners noemen het aangeven van grenzen of seksueel geweld als veel voorkomend probleem bij meisjes. De meerderheid ziet geen verband met het opleidingsniveau.

Naast Sense problematiek is geen condoomgebruik het grootste probleem op de Poli Seksuele Gezondheid. Een inadequate risicoperceptie van eigen gezondheid speelt hierbij een rol: *“Ach ze heeft toch niet zo veel contacten, en ze is wel schoon en ik krijg toch geen soa”*. Kennisgebrek wordt hierbij door de meerderheid, als oorzaak genoemd: *“Bijvoorbeeld onbeschermd orale seks dat ze niet weten dat ze daar soa van kunnen krijgen dat ze denken ik doe het harstikke veilig”*. Maar ook onvoldoende vaardigheden en een negatieve attitude naar condoomgebruik worden genoemd: *“..Door heel veel jongeren wordt ervaren dat het gebruik van het condoom stoort”*. Ook spelen volgens een enkeling de weerbaarheid en (vooral bij meisjes) een onrealistisch verwachtingspatroon van de relatie hierbij mee: *“...zij denken dan gewoon steeds meer van oh nah hij vindt me echt leuk en daarom doet hij dat”*.

Tabel 5: Belangrijkste Sense-problematiek en risicogroep en zorgbehoefte eHealth

Problematiek	Risicogroep	Citaat
<u>Seksueel disfunctioneren</u>		
-Pijn bij het vrijen	Meisjes - Vaker hoger opgeleid - Vooral 18-21 jaar - Alle leeftijden	<i>“Maar wat mij wel opvalt is dat vooral de hoger opgeleide jonge vrouwen en dan heb ik het vanaf 18-19-20-21 ja, dat je die regelmatig wel ziet met voor pijn met vrijen”</i>
-Erectiestoornis of te vroeg klaarkomen	Jongens 16-18	<i>“Aantal jongere jongens die de afgelopen tijd met de klacht te snel klaar komen kwamen”</i> <i>“..dus echt rond een jaar of 16, 17 dus echt een beetje de beginners”</i> .

<u>Vragen over of hulp bij anticonceptie</u>	Meisjes - Vaker bij jonge meisjes - Niet per se leeftijdsgebonden - Onafhankelijk van opleidingsniveau - Allochtone/religieuze meisjes	<i>"Anticonceptie is eigenlijk door alle lagen heen wel een beetje dat uh.. daar kan ik eigenlijk geen specifieke groep noemen nee"</i> <i>"Nou ik denk wel dat de allochtone die hebben dat thuis en gereformeerde zeg maar, die mogen thuis vaak niet aan pil of die mogen geen anticonceptie, dus dat is natuurlijk wel wat zorgwekkender"</i>
<u>Moeite met aangeven van grenzen en seksueel geweld</u>	Meisjes - Onafhankelijk van opleidingsniveau - Jonge meisjes	<i>"Ik denk dat het (moeite met grenzen aangeven) bij het vrouwelijk geslacht meer voor komt"</i> <i>"Uhm Nee ik denk dat het (moeite met grenzen aangeven) in alle lagen voorkomt".</i> <i>"...vooral jonge meisjes wel"</i>
<u>Geen condoomgebruik</u>	Jongens en meisjes	
- Inadequate risicoperceptie jongeren	Denken soa's te kunnen zien	<i>"En ach ze heeft toch niet zo veel contacten, en ze is wel schoon en ik krijg toch geen soa".</i>
- Kennisgebrek		<i>"Bijvoorbeeld onbeschermd orale seks dat ze niet weten dat ze daar soa van kunnen krijgen dat ze denken ik doe het harstikke veilig".</i>
-Negatieve attitude condoomgebruik		<i>"... door heel veel jongeren wordt ervaren dat het gebruik van het condoom stoort"</i>
- Onvoldoende vaardigheden	Verkeerd gebruik (niet goede maat etc.)	<i>"Ik denk dat heel veel mensen gewoon het condoom verkeerd gebruiken als ze hem gebruiken"</i>
- Weerbaarheid en verwachtingspatroon over relatie	Niet durven vragen of denken dat de ander (jongen) een relatie wil	<i>"...die denken dan gewoon steeds meer van oh nah hij vindt me echt leuk en daarom doet hij dat".</i>

Verbetermogelijkheden huidige zorg, aanknopingspunten voor eHealth

Hulpverleners bieden jongeren informatie en voorlichting, maar ze twijfelen allemaal over de mate van kennisoverdracht: *"Mensen knikken vaak ja en amen en als je ze dan gaat vragen van goh kun je mij nou eens met je eigen woorden vertellen wat ik jou net uitgelegd hebt nou ja als je dan ziet soms wat er dan uit komt, dat is schrikbarend"* (zie tabel 6). Eén van de hulpverleners denkt dat de communicatie op te hoog niveau plaatsvindt. Daarnaast richten zij zich op het bevorderen van de bewustwording van het probleem, waarbij zij allen wel eens te maken krijgen met jongeren die niet open staan voor bewustwording en gedragsverandering: *"Kijk er zijn natuurlijk ook wel jongeren die zoiets hebben van nou... ik kom echt puur voor een testje en je hoeft me verder niks te vertellen"*.

Ook bieden hulpverleners de cliënt de mogelijkheid om na het consult contact op te nemen voor vragen of zo nodig voor bepaalde hulpvragen een extra Sense-consult in te plannen. Alle hulpverleners vinden het echter lastig om er zeker van te zijn of er geen achterliggende (Sense)hulpvragen zijn gemist: *"Soms komen ze voor inderdaad een soa-test en dan blijkt er een hele reeks van seksueel geweld achter te zitten of een loverboy"*. Hierbij moet goed aangevoeld- en

doorgevraagd worden. Een hulpverlener gaf aan dat een vragenlijstje met Sense onderwerpen in de wachtkamer in het verleden hulp bood: *“Daar kon je gewoon dingen in aanvinken en ja daar vond ik tochredelijk vaak wat uit komen wat eigenlijk niet ter sprake komt op het moment dat je...gewoon het (standaard) vragenlijstje langs loopt”* en deze hulpverlener vraagt zich af of er iets ontwikkeld kan worden om het vinden van de Sense-hulpvraag weer te vergemakkelijken. Een enkeling meldde soms tijdgebrek te hebben tijdens het consult, maar anderen gaven aan dat dit vaak onderling kan worden opgelost.

Bij het doorverwijzen naar derden gaf de meerderheid aan problemen te ondervinden met de lange wachttijd bij de seksuoloog: *“Als iemand net begonnen is met zijn seksuele carrière en begint gelijk met pijn met vrijen.... dan moet je er zo snel mogelijk bij zijn”*.

Buiten het consult geeft de meerderheid aan dat vragen van jongeren die via de mail worden gesteld sneller- en persoonlijker én per mail beantwoordt moet worden: *“Kijk als iemand met een vrij specifieke vraag mailt en ik stuur die algemene mail dat ze contact kunnen opnemen dan kan het ook zijn dat mensen gewoon niet meer daar op reageren. ...het is natuurlijk niet voor niks dat dat ze de mail gebruiken “*. Eén van de hulpverleners zou de informatievoorziening voor jongeren hier ook efficiënter willen zien: *“...Als er bijvoorbeeld een bepaalde tool is of zo in de computer van onze website. Dat als ze met een bepaald...ja ik bedenk maar even wat hoor, term intypen of woord dat je gelijk een bepaald antwoord krijgt”*.

Als laatste wordt het niet afzeggen van consulten door alle hulpverleners gemeld als voorkomend probleem.

Tabel 6: Verbeterpunten huidige zorg en eventuele (eHealth-)oplossingen vanuit hulpverleners

Zorgonderdelen en problemen	Verbeterpunten
<u>Twijfel over mate van kennisoverdracht</u>	Overdracht vergroten <i>“Mensen knikken vaak ja en amen en als je ze dan gaat vragen van goh kun je mij nou eens met je eigen woorden vertellen wat ik jou net uitgelegd hebt nou ja als je dan ziet soms wat er dan uit komt, dat is schrikbarend. Dus we moeten echt heel goed opletten dat we wel op het goede niveau zitten”</i>
<u>Jongeren staat niet altijd open voor bewustwording en gedragsverandering</u>	Verbeteren <i>“Dan hebben ze gewoon van ik wil gewoon een soa test ik wil gewoon weten of ik een soa heb of niet en wat jij allemaal verteld dat boeit me niet”</i>
<u>Twijfel of achterliggende (Sense)hulpvragen niet zijn gemist</u> <i>“De hulpvraag goed duidelijk krijgen en zo voelen van.. zit hier nog meer achter, moet ik nog doorvragen naar bepaalde gebieden of niet,....dat ik achteraf denk van uh heb ik nou goed doorgevraagd”</i>	Sense vragenlijst weer invoeren <i>“daar kon je gewoon dingen in aanvinken en ja daar vond ik tochredelijk vaak wat uit komen wat eigenlijk niet ter sprake komt op het moment dat je...gewoon het (standaard) vragenlijstje langs loopt”</i>
<u>Lange wachttijden doorverwijzing seksuoloog</u>	Verkorten <i>“Nou voordat ze bij degene terecht kunnen waar je naar toekan zo een wachttijd van 3-4 maand zijn voordat ze aan de beurt zijn”</i>

Beantwoording van e-mail van jongeren kan beter

Sneller juiste informatie of antwoord sturen.

"Ze kunnen ons altijd mailen met een vraag waar we binnen twee dagen een antwoord op geven. Dat zou misschien nog wel iets sneller kunnen"

Jongeren zelf op de site makkelijker antwoord laten vinden.

"..een bepaalde tool is of zo in de computer van onze website dat als ze...een term intypen of woord dat je gelijk een bepaald antwoord krijgt wat daar dan eigenlijk naar terugverwijst, Dus bijvoorbeeld als er kosten in staat nou dat er geen kosten aan verbonden zijn etc."

Mailtjes persoonlijker beantwoorden.

"Nou ik ben me er wel eens van bewust dat kijk als iemand met een vrij specifieke vraag belt (hij bedoelt mailt) en ik stuur die algemene mail dat ze contact kunnen opnemen dan kan het ook zijn dat mensen gewoon niet meer daar op reageren".

Niet afzeggen van consult door jongeren

"...best vaak afspraken worden afgezegd of niet afgezegd dat mensen gewoon niet komen opdagen"

3.1.2 Zorgbehoeften laagopgeleide meisjes en eHealth-mogelijkheden

Bijna alle jongeren die deelnamen aan de interview-onderzoek-ronde (zie tabel 7) zijn geboren in Nederland en hebben Nederlandse ouders. De leeftijd varieerde van 18 tot 24 jaar met een gemiddelde van 21.9 jaar (SD=1.91). Alle meisjes noemden zichzelf heteroseksueel, de meerderheid van de meisjes had al vaker een soa test ondergaan en het aantal sekspartners van het afgelopen half jaar varieerde van 1 tot 5 met een gemiddelde van 2.3. Iets minder dan de helft van de meisjes gaf aan een vaste relatie te hebben.

Tabel 7: Demografische gegevens jongeren (interviews) n=10

Resp.*	Leeftijd	Opleidingsniveau	Nationaliteit	**Aantal sekspartners	Aantal keer test	Vaste relatie	Seksuele geaardheid
1	24	HAVO	Nederlands	1	3	Nee	Hetero
2	23	MBO	Nederlands	3	2	Nee	Hetero
3	22	MBO	Nederlands	3	2	Nee	Hetero
4	23	MBO	Nederlands	3	2	Ja	Hetero
5	24	MBO	Nederlands	5	3	Nee	Hetero
6	21	MBO 4	Nederlands	3	2	Nee	Hetero
7	23	MBO 4	Nederlands	1	2	Ja	Hetero
8	21	MBO 4	Antilliaans	3	1	Ja	Hetero
9	18	VMBO	Nederlands	2	1	Nee	Hetero
10	20	MBO 3	Nederlands	2	1	Ja	Hetero
∅	21.9	8/10 MBO	9/10 NL	2.3	1.89	4/10	10/10

*=respondenten, **=(≤6 maanden)

Ervaren huidige zorg en verbeterpunten

Over het algemeen waren de jongeren heel tevreden over het consult. Bijna alle jongeren gaven aan content te zijn met de bejegening en de informatieverstrekking van de hulpverlener: *"Ze weten ook veel.."* en: *"Ze helpen meedenken"*. Meer dan de helft van de jongeren waren positief over het algemene beleid van de GGD. Zo werd de optie van het spreekuur: *"Persoonlijk ben ik blij dat ze dit hebben zodat ik niet naar mijn eigen dokter hoeft te gaan"*, de duur van het consult: *"het is allemaal nog kort en ze gaat er ook snel doorheen dat is wel prettig"*, de uitslag via sms, de gratis consultatie en het privacy beleid: *"Het is toch fijn dat het vertrouwelijk blijft"* door enkelingen genoemd.

Meer dan de helft van de meisjes had ook opmerkingen (zie tabel 8). Een minderheid noemde de beperkte beschikbaarheid van het telefonisch spreekuur: *"Je kunt tussen 10.30 en 13.00 uur bellen, maar ik zit dan op stage en wanneer moet ik dan bellen... dat lukt gewoon niet"*. Minder dan de helft van de jongeren opperden als oplossing digitale mogelijkheden om een afspraak te maken: *"Bijvoorbeeld als je via een smsje een afspraak kan maken"* of een verruiming van het telefonisch spreekuur als oplossing. Een enkeling was kritisch over de dossieraanmaak: *"Wat ik me dus wel afvraag is waarom mijn oude gegevens nog in het systeem stonden.....en toen hebben ze wel gezegd dat het dus na elke keer dat je bent geweest uhm opnieuw begint"*. En waarom er, als er een dossier wordt gemaakt vragen dubbel worden gesteld: *"Maar ze vraagt wel elke keer of mijn ouders nog Nederlands zijn."*

Een aantal jongeren gaven aan voorkeur te hebben voor een vrouwelijke hulpverlener. Hierbij was een enkeling ook daadwerkelijk door een mannelijke hulpverlener geholpen. De overigen spraken juist hun tevredenheid uit over de vrouwelijke hulpverlener: *"Vrouwen onder mekaar daar voel ik mij persoonlijk fijner bij"*.

Jongeren voelden zich overvallen door de triagevragen die tijdens het consult werden gesteld. Bij meer dan de helft van de jongeren gevoelens van schaamte of ongemak op: *"Met de ene vraag had ik zoiets van moet ik dit nou gaan vertellen ik weet niet of ik me daarbij prettig voel"* en *"Pijp je met of zonder condoom dat soort dingen.... ja die vragen zijn toch best intiem"*. Er was niemand die het liever anders zag en het merendeel van de jongeren gaf daarbij als reden het belang en de noodzaak van de vragen in te zien *"Ik weet het doel ervan dus ja"*, *"Ik bedoel je kiest er zelf voor om hier naartoe te gaan dus dan moet je er ook open voor staan"*.

Tijdens het consult was er bij een paar jongeren onduidelijkheid over de testprocedure: *"ik snap eigenlijk niet waarom er oraal geen test is afgenomen terwijl ik heb aangegeven dat ik dat heb gedaan"*

De helft van de jongeren zou beter voorbereid willen worden op (de mogelijkheden van) het consult en daarmee de testprocedure en de triagevragen. Zo werd het vooraf inzien van de vragenlijst geopperd: *"Dat je bijvoorbeeld zelf al die lijst kunt invullen en op het moment dat jij 'ja' hebt ingevuld dat zij dan kan nakijken"*. Vooraf een betere uitleg van het doel van de vragen/procedure genoemd: *"Zo van goh he er kan bloed afgenomen worden .. ja misschien is dat toch wel fijn dan, dat het gezegd wordt"*, en het vooraf op de hoogte brengen van de mogelijkheid voor het stellen van Sense-vragen aangehaald: *"Ik wist ook niet dat dat kon..... als je bijvoorbeeld ergens nog andere vragen over hebt behalve dan over soa's dat je dat kon bespreken... het is makkelijk als je dat van tevoren weet..."*.

Een paar gaven aan de mogelijkheid voor de aankoop van condooms positief te vinden, een enkeling vond dat dit beter promoot kan worden.

Tabel 8: *Problemen in de huidige zorg en verbeterpunten (in de vorm van eHealth) van jongeren.*

Zorgonderdeel of probleem	Resp.*	Verbeterpunten	Citaat
<u>Beleid</u>	<u>6</u>		
- Beperkte bereikbaarheid telefonisch spreekuur	4	Spreekuur voor/na schooltijden Andere afspraakmogelijkheden	<i>“Je kunt tussen half 11 en 13.00 uur bellen, maar ik zit dan op stage en wanneer moet ik dan bellen,... dat lukt gewoon niet”</i>
- Voorkeur geslacht hulpverlener	3	Geen mannelijke hulpverlener willen.	<i>“Maar ik had toch liever een vrouwelijk iemand voor me zitten”</i>
- Onvoldoende bekendheid condoomverkoop	1	Mogelijkheid condoomgebruik beter promoten	<i>“Ja met die condooms ze adverteren eigenlijk alleen hier daarvoor, eigenlijk zouden ze dat dan ook op die website kunnen zetten...ja gewoon zorgen dat het een beetje duidelijk is”.</i>
- Onduidelijkheid over persoonlijk dossier	1	Of geen dossier of geen dubbele vragen stellen.	<i>“Wat ik me dus wel afvraag is waarom mijn oude gegevens nog in het systeem stonden.. toen hebben ze wel gezegd dat het dus na elke keer dat je bent geweest opnieuw begint dus dat eigenlijk je oude gegevens weg zijn”</i>
<u>Vorbereiding consult</u>	<u>5</u>		
- Overvallen door Triagevragen	4	Meer voorbereiding op consult	<i>“Het zou helpen als er foldertjes of zo zijn dat je in de wachtkamer ook alvast een beetje kan lezen van goh wat gaat er gebeuren”</i>
- Onduidelijkheid over Sense mogelijkheden	3	-	<i>“Ik wist ook niet dat dat kon..... als je bijvoorbeeld ergens nog anders vragen over hebt behalve dan over soa's dat je dat je dat kon bespreken...”</i>
- Onduidelijkheid over testprocedure	2	Meer uitleg over testkeuzen	<i>“ik snap eigenlijk niet waarom er oraal geen test is afgenomen terwijl ik heb aangegeven dat ik dat heb gedaan”</i>

*=aantal respondenten (n=10).

_=totaal aantal verschillende respondenten per zorgonderdeel.

Zorgbehoefte jongeren en mogelijkheden voor eHealth

Een ruime meerderheid van de jongeren zou meer informatie willen over soa's (zie tabel 9). Hierbij werden verschillende onderwerpen genoemd, zoals de symptomen, consequenties, soa's op verschillende plekken: *“Op welke manieren je een soa kunt krijgen...dat had ik misschien nog wel willen weten”*, de relatie tussen drugs en soa en het risico op soa's in het buitenland. Deze informatie zou volgens de jongeren aangeboden kunnen worden in de vorm van een mobiele applicatie, een website, shockerende plaatjes via Social media en een door een enkeling noemde een tv programma

als vorm van eHealth. Bijna de helft van de jongeren wil alleen informatie over soa's wanneer uit de test blijkt dat zij een soa hebben: *"Nu niet zo maar stel dat er iets uit zou komen dan zou ik wel graag willen wetenof het daarna dan ook echt weg is"* maar ook over soa's in het algemeen: *"Ja dán (bij een soa) wil ik wel tot in detail weten wat"*.

De helft van de jongeren wil aanvullende zorg over anticonceptie en zwangerschap. Interesses liepen uiteen van informatie over het in aanmerking komen voor- en de vergoeding van anticonceptie middelen: *"..Ik wil binnenkort toch misschien naar de prikpil of dergelijke overstappen. Maar een prikpil ik weet niet of dat zomaar kan ook"*, tot de werking van de pil, hulp bij de keuze voor een nieuw anticonceptiemiddel en informatie over zwangerschap. Een enkeling gaf de voorkeur aan een consult om dit te bespreken: *"Dat zou natuurlijk ook gaaf zijn als je dan alleen voor anticonceptie een afspraak zou kunnen maken"*. Hiernaast zou ook een website geschikt kunnen zijn voor dit thema. Een deel van deze jongeren had uitsluitend behoefte aan een tool (pil reminder): *"Ik zet het altijd in mijn agenda wanneer ik mijn laatste stopweek heb gehad, dat is wel handig, dat zo'n app dat dan gewoon bij houdt"*. Na het zien van een app die helpt herinneren wanneer de pil ingenomen moet worden gaven een aantal jongeren aan dit nu of wellicht in de toekomst te willen gaan gebruiken.

Een aantal jongeren wilde informatie over het thema wensen en grenzen. Weerbaarheid, je grenzen aangeven en respectvol met je eigen lichaam omgaan werden hierbij genoemd: *"Dus misschien dat je daar nog wat van goh hoe kun je echt duidelijk zeggen dat je dat niet wil"*. Een filmpje of serie, chat en een mobiele applicatie werden genoemd als mogelijke hulpmiddelen hierbij: *"dan een soort kleine serie of zo dat ze bijvoorbeeld bepaalde situaties laten zien en hoe je daar dan mee om kunt gaan"*.

Een paar jongeren wilden informatie over condoomgebruik. Dit ging over soorten en kwaliteit van condooms: *"Ik ben zelf al een beetje zoekende naar een oplossing voor condooms en glijmiddel, het kan zo zijn dat ik daar allergisch voor ben"* en *"welke zijn dan ja wel sterk maar waar je wel dan wat voelt he"*. Zij noemden allemaal wel iets te zien in een mobile applicatie als hulpmiddel. Ook gaf een enkeling aan mondeling advies te kunnen gaan vragen in een winkel.

Een paar jongeren wilden informatie over verschillende soorten seks en standjes: *"Ik denk dat mensen qua nu, mijn leeftijd best wel nieuwsgierig zijn wat ze qua seksueel gebied beter kunnen doen.....Gewoon um, ja standjes"*. De anderen noemde de mobiele applicatie als geschikt hulpmiddel om informatie te geven over dit onderwerp.

Een paar jongeren wilden meer hulp zoals praktische tips of testjes over het vaginaal milieu: *"gewoon iets dat je kunt checken van oh misschien is mijn milieu niet goed"*.

Op het gebied van relaties noemde een enkeling interesse te hebben in informatie over de verschillen tussen mannen en vrouwen: *"Ja misschien hoe mannen in elkaar zitten of zo?...wat je kunt doen in een relatie om het uh toch te laten werken"*.

Tabel 9: Sense-thema's en zorgbehoefte (in eHealth) van jongeren

(Sense) thema	Resp.*	Zorg behoefte	Citaat	Voorkeur vorm eHealth
Soa's en behandeling - Alleen indien soa:	9 4	Informatie over symptomen, risico's, vormen, consequenties	"Op welke manieren je een soa kunt krijgen misschien dat had ik misschien nog wel willen weten"	Mobiele applicatie Website Shockerende plaatjes (Social media) TV programma
		Behandeling en genezing	"Nu niet zo maar stel dat er iets uit zou komen dan zou ik wel graag willen wetenof het daarna dan ook echt weg is"	Consult/mail
Anticonceptie en zwangerschap - Alleen een tool:	5 3	Informatie over soorten, vergoeding, keuzehulp, reminder Tool (inname anticonceptie)	"Ik ga ook nog iets meer uh informatie zoeken over dat zwangerschap, weetje wel worden en zo."	Consult Website
Wensen en grenzen	3	Tips/info grenzen aangeven, respect eigen lichaam etc.	"Tips of zo van hoe je met elkaar kunt communiceren over dit soort dingen met je partner ofzo. Dat je dat uh beter duidelijk zou kunnen maken ofzo. Als je iets niet zou willen of.."	Film/serie Chat Mobiele applicatie
Condoomgebruik	2	Informatie over kwaliteit, soorten etc.	"Welke zijn dan ja wel sterk maar waar je wel dan wat voelt he)"	Consult Mobiele applicatie
Seks	2	Tips/informatie standjes, soorten seks.	"ik denk dat mensen qua nu, mijn leeftijd best wel nieuwsgierig zijn wat ze qua seksueel gebied beter kunnen doen.....Gewoon um, ja standjes"	Mobiele applicatie
Lichamelijke verzorging	2	Tips/informatie vaginaal milieu	"Maar wel gewoon iets dat je kunt checken van o misschien is mijn milieu niet goed"	Tips of Testje
Relaties	1	Tips/Informatie over man/vrouw verschillen in relatie	"Ja misschien hoe mannen in elkaar zitten ofzo?...wat je kunt doen in een relatie om het uh toch te laten werken"	-

*aantal respondenten (n=10)

Attitude jongeren aanvullende zorg via eHealth

Een ruime meerderheid geeft aan dat aanvullende zorg in de vorm van eHealth geschikt zou zijn voor een jongere- of minder ervaren doelgroep in de leeftijd variërend van 12 tot 19 jaar (zie tabel 10). De

meerderheid van de jongeren wil een toekomstige eHealth-toepassing zelf gebruiken: *“Nou als daar... veel informatie in staat.. nou dan zou ik daar zeker gebruik van maken”*. Een aantal jongeren zei de toepassing niet te willen gebruiken. Ook houdt een enkeling de mogelijkheid open: *“Ja goed nou weet ik het, dat je zulke appjes ook op kunt zoeken dus misschien als ik ooit weer een probleem heb en ik kan het niet bij de huisarts of bij mijn vriendinnen”*. Het moment van gebruik is niet eenduidig. Voor- en los van het consult wordt door een aantal genoemd: *“Dat je dat uh ook al kunt lezen op de site van de GGD zodat je die vragen niet meer hoeft te stellen”*. Een paar noemen na het consult: *“Dat je iets meekrijgt bijvoorbeeld waar het (informatie over plaats waar je soa's kunt krijgen) instaat”*.

Jongeren staan positief tegen het gebruik van eHealth (zie tabel 11). Een ruime meerderheid van de jongeren noemde de laagdrempeligheid van eHealth als voordelig: *“Ik snap dat sommigen een enorme schaamte in hebben of ja of gewoon een laag zelfvertrouwen en dat ze dat niet durven en dus liever via een app doen”* Hierbij wordt ook het kenmerk anonimiteit gebruikt. Een ruime meerderheid vindt het goed dat dit soort hulpmiddelen bestaan: *“Ja, ik vind het wel goed zeg maar dat er zulke apps zijn”*. Een aantal jongeren benoemden de onafhankelijkheid van tijd, plaats en hulpverlener als positief: *“dat ik zoiets heb van nou ik ga nu niet andere mensen inlichten maar ik ga eerst even voor mezelf kijken”*. Een enkeling noemde het gebruik van eHealth onpersoonlijkheid en waardeert de statische informatie als negatief: *“Stel je voor je snapt toch net één ding daar in net niet, ja er zit niet iemand die jou gewoon in kindertaal of zo of babytaal het echt makkelijk kan uitleggen”*. Een aantal jongeren gaven aan niet bekend te zijn met deze manier van kennisoverdracht over dit thema. *“Ik wist dat echt niet hoor dat je ook apps kunt downloaden...”*

Tabel 10: Doelgroep voor aanvullende Sense-zorg in de vorm van eHealth volgens jongeren.

Gebruikersgroep toekomstige eHealth	Resp.*	Citaat
Jongere, minder ervaren jongeren	7	<i>“Voor mijzelf dan, als ik denk.. ik jonger was geweest”</i>
De laagopgeleide meisjes zelf	6	<i>“Nou als daar een beetje... veel informatie in staat zeg maar.. nou dan zou ik daar zeker gebruik van maken”</i>
De laagopgeleide meisjes zelf niet	3	<i>“Ja nee, ik zou dat zelf niet gebruiken nee”</i>

*=aantal respondenten (n=10)

Tabel 11: Voordelen en barrières voor gebruik van eHealth volgens jongeren

Categorie	Uitwerking	Resp.*	Citaat
<u>Voordelen</u>	Laagdrempelig (anoniem)	7	<i>“Ik snap dat sommigen een enorme schaamte in hebben of ja of gewoon een laag zelfvertrouwen en dat ze dat niet durven en dus liever via een app doen”</i>
	Onafhankelijk van plaats/tijd en hulpverlener	3	<i>“Je kan het in je eigen tijd doen”</i>
<u>Barrières</u>	Onbekendheid van eHealth over dit thema	3	<i>“Wel een goed idee ik wist helemaal niet dat het bestond”</i>

*=aantal respondenten (n=10)

Belemmerende factoren voor aanvullende zorg

Er komen vijf factoren naar voren die de behoefte aan aanvullende zorg belemmeren (zie tabel 12). De belangrijkste twee redenen die door alle jongeren worden genoemd zijn het niet hebben van een hulpvraag of het hebben van genoeg competentie of ervaring. De meerderheid van de jongeren geeft aan geen hulpvraag te ervaren omdat alles al behandeld is tijdens het consult, de helft zegt geen vragen of problemen te hebben: *“Weet je ik kom eigenlijk alleen echt voor die test en ik heb verder nergens verder problemen of last van”*. De twee andere factoren worden ook beide door een ruime meerderheid van de jongeren genoemd, namelijk: Voldoende steun hebben aan eigen hulpbronnen: *“Als ik vragen heb of ergens mee zit dan kan ik het gewoon thuis wel kwijt”* of bepaalde problematiek zien als eigen verantwoordelijkheid of ‘zelfstandig proces’: *“Ja dat is toch iets wat je eigenlijk zelf moet uitzoeken zeg maar, echte liefde relaties en dat soort dingen”*

Tabel 12: Top 5 factoren die de behoefte aan aanvullende zorg belemmeren weergegeven in relatie tot de verschillende zorg-thema's.

Problematiek / Belangrijkste redenen	Seks, liefde en relaties	Anticonceptie	Wensen en grenzen	Condoom gebruik	Soa*	Extra zorg algemeen
Geen hulpvraag/ tevreden met huidige situatie	X	X				X
Genoeg competentie/ ervaring	X	X	X	X		X
Tijdens consult al behandeld		X				X
Genoeg aan eigen hulpbronnen	X					X
Zelfstandig/persoonlijk proces/eigen verantwoordelijkheid	X		X	X		

Overig:

Angst					X	
Vroeger wel behoefte	X		X			

*=Soa wijkt wat af van Sense-problematiek maar is gezien de grote zorgbehoefte erbij gezet.

Als het gaat om aanvullende informatie over seks, liefde en relaties geven een aantal jongeren aan dit te zien als een zelfstandig of persoonlijk proces, of iets waar zij geen vragen of problemen bij ervaren. Voor anticonceptie is de belangrijkste reden van jongeren tevreden zijn met de huidige situatie: *“Nee ik denk er ook niet aan om iets anders te gaan gebruiken dus....dit bevalt me gewoon goed”*. Een kleine minderheid zegt dat dit al in het consult is behandeld of dat zij het zelf al hebben uitgezocht.

Genoeg competentie of ervaring wordt bij het thema wensen en grenzen door bijna iedereen genoemd. Ook wordt dit door een aantal gezien als een persoonlijk en zelfstandig proces. Bij het thema condoomgebruik wordt door de helft van de jongeren voldoende competentie en de eigen verantwoordelijkheid als argument gebruikt: *“Weet je, je weet allemaal zelf wel dat je dat moet gebruiken”*. Bij de weerstand tegen informatie over soa's speelt angst bij een paar jongeren een rol.

De helft van de jongeren had vroeger wel behoefte aan aanvullende informatie over seks, liefde en relaties: *“Hoe je dan een orgasme krijgt.. op het internet konden ze je daar ook niet echt informatie over geven dus dat was wel echt een langdurig probleem waarmee ik niet wist waar ik terecht kon”*. Problemen rond wensen en grenzen, orgasme, maar ook nieuwsgierigheid naar seks, en liefde en relaties werden hierbij door een paar jongeren genoemd.

Huidige hulpbronnen bij Sense problematiek

Jongeren zoeken bij vragen of problemen over seks, liefde en relaties met name hulp bij vrienden of familie (zie tabel 13). De helft van de jongeren geeft hiervoor als hoofdreden het krijgen van persoonlijke informatie en adviezen: *“Ja omdat zij ook jou gewoon heel goed kennen en ik denk zo'n instantie dat ik dan eerder....zou zeggen van ja... je weet helemaal niet waar je het over hebt”*, een paar geven als reden dat informatie, tips en adviezen van familie, betrouwbaar zijn.

De helft van de jongeren raadpleegt het internet. De meerderheid schrijft internet echter negatieve kenmerken toe. De helft van de jongeren zegt de informatiebron niet (altijd) betrouwbaar te vinden. Iets minder dan de helft van de jongeren vinden de informatiebron te onpersoonlijk: *“Iemand kan wel een soortgelijk verhaal hebben, maar ieder verhaal is anders”*, een aantal te breed: *“Je kan over één onderwerp kan je een miljoen dingen horen dat het zo moet en die zegt dat het zo moet”* of angstaanjagend. Een enkeling vindt het niveau te hoog. Dit zijn dan ook de belangrijkste redenen voor de meerderheid van de jongeren om geen gebruik te maken van internet. Een paar jongeren noemen de directe beschikbaarheid als voordeel van internet, een enkeling de laagdrempeligheid.

Meer dan de helft van de jongeren zegt bij problemen een professional te raadplegen en een enkeling een analoge hulpbron te gebruiken zoals een boek.

Uit de korte vragenlijst blijkt dat bijna niemand weet op welke websites ze terecht kunnen voor vragen over seks, liefde en relaties. Een enkeling noemt 'spuiten en slikken', 'dokterspagina.nl', 'Wikipedia' of 'gezondheidszorg.nl'. Iets minder dan de helft zegt via de zoekmachine Google te gaan zoeken. Een iemand is bekend met de website sense.info.

Tabel 13: Top 3 hulpbronnen van jongeren voor vragen rond seks, liefde en relatie en de plus- en minpunten per hulpbron.

Hulpbronnen	Resp.*	Pluspunt hulpbron	Resp.*	Minpunt hulpbron	Resp.*
Familie/ vrienden	8	Persoonlijk <i>"Ik denk ook wel dat we zo lang al vriendinnen zijn met de meeste dat ze.. ja dat ze wel een goed beeld er over hebben".</i>	5	-	
		Betrouwbaar <i>"Ja mijn zusje heeft wel goede tips ... zij zorgt ook dat zij altijd wel weet wat ze heeft of weet waar het over gaat".</i>	2	-	
		Begrijpelijk	1		
Internet	5	Direct beschikbaar <i>"als je op dat moment met een vraag zit dan kun je het meteen opzoeken"</i>	2	Onbetrouwbaar <i>"Ja vaak zijn het forums wat je dan krijgt. ...daar lees ik eigenlijk altijd zo overheen want dat is.. dat vind ik niet uh dat vind ik niet vertrouwd."</i>	5
		Laagdrempelig <i>"Internet is iets meer voor de hand liggend, is iets makkelijker. En zou ik er niet uitkomen dan had ik daar nog wel aan gedacht om hiernaartoe te bellen maar dat zou ik minder snel doen"</i>	1	Te brede informatie <i>"Er staat zoveel op... ja ik zou niet weten waar ik moet zoeken"</i>	3
		-		Onpersoonlijke informatie	4
				Angstaanjagende informatie <i>"op internet kijk ik eigenlijk niet want daar maken ze je alleen maar gek"</i>	3
		-		Informatie van te hoog niveau <i>"Op internet, ja....daar staat het zoals het staat. Ja en stel je voor ik snap één woord niet"</i>	1
Professional	6	Betrouwbaar <i>"je gaat er van uit dat ze hier betrouwbare informatie leveren"</i>	1	-	

*=aantal respondenten (n=10)

Uitlatingen van jongeren over condoomgebruik

De belangrijkste invloed op condoomgebruik is de 'waargenomen kwetsbaarheid'(zie tabel 14).

Een ruime meerderheid van de jongeren ervoer dit in het verleden onvoldoende: *"Ik dacht ik krijg toch geen soa eigenlijk....dat gebeurd niet"*, of stond hier niet bij stil: *"Ja het is niet echt dat je op het*

moment zelf aan condooms denkt of aan veiligheid of zo". De huidige 'ervaren kwetsbaarheid' wordt door de meerderheid van de jongeren als reden genoemd voor condoomgebruik: *"Ik wist überhaupt niet dat orale seks zoveel kwaad kon... misschien moet ik dat ook maar met condoom doen, daar kun je ook een soa van krijgen"*.

De 'waargenomen kwetsbaarheid' wordt bij de helft van de jongeren verzwakt door vaker seks te hebben met dezelfde persoon: *"als je het al vaker met iemand gedaan hebt, dan ja dan vertrouw je diegene daar toch in dat je denkt ja dat hoeft niet"*. Bij een paar jongeren door alcoholgebruik: *"Dan denk je heel snel inderdaad met drank op van ach laat maar, gaat wel goed"*. De 'waargenomen kwetsbaarheid' wordt bij iets minder dan de helft van de jongeren versterkt door een groter aantal sekspartners en bij een aantal jongeren door nieuwe of losse partners.

Meer dan de helft van de jongeren noemt de 'waargenomen ernst' van soa's als reden voor condoomgebruik: *"Ja dat ik nu denk van nou dat (soa-test) wil ik niet elke keer hoeven doen. Ik wil dat gewoon al van mezelf weten dat het veilig is"*. Jongeren noemden hierbij vooral de huidige angst voor een soa in de toekomst te willen voorkomen en een paar jongeren noemden daadwerkelijke consequenties van onveilige seks: *"Als je dan daardoor later misschien geen kinderen kan krijgen dan is dat wel heel heftig daardoor"*. De 'waargenomen ernst' werd in het verleden door een aantal jongeren niet gezien: *"..even een pilletje en huppa het is weer klaar"*.

Een aantal jongeren geven 'hoge responskosten/negatieve attitude' als reden voor geen condoomgebruik in het verleden: *"Ik heb wel ervaring met condooms, maar ik vind het niet fijn"*.

Bij een paar jongeren speelt de "sociale invloed" een rol: *"Ik denk dat er heel weinig mensen zijn die het gebruiken, die het echt altijd gebruiken dus ja weet je"* of *"Ja dat vind ik eigenlijk ook niet meer dan normaal als je al zo lang bij elkaar bent"*.

Een enkeling noemde het niet altijd overal beschikbaar hebben van condooms als reden voor geen condoomgebruik.

Tabel 14: Top 4 determinanten PMT en TPB in relatie tot wel of geen condoomgebruik en factoren die de 'waargenomen kwetsbaarheid' beïnvloeden en daarmee ook het condoomgebruik.

Determinanten	Condoomgebruik	Geen condoomgebruik
Waargenomen kwetsbaarheid ¹	X <i>"Ja kijk als ik een spiraaltje neem ja dan weet ik zeker dat ik niet zwanger word, maar dat wil niet zeggen dat het ook een soa tegenhoud"</i>	X <i>"Ik dacht ik krijg toch geen soa eigenlijk....Dat gebeurd niet"</i>
- 'Waargenomen kwetsbaarheid' wordt beïnvloedt door:	Aantal sekspartners <i>"Nou ik zou er in ieder geval beter over na denken en uh bij meerdere partners toch uh.. een condoom gebruiken"</i>	Vaker seks met dezelfde persoon <i>"Als je het al vaker met iemand gedaan hebt, dan ja dan vertrouw je diegene daar toch in dat je denkt ja dat hoeft niet"</i>
		Versterkt door Invloed alcohol <i>"Dan denk je heel snel inderdaad met drank op van ach laat maar, gaat wel goed"</i>

Waargenomen ernst ¹	X	X
	<i>"Ja dat ik nu denk van nou dat (soa-test) wil ik niet elke keer hoeven doen...ik wil dat gewoon al van mezelf weten dat het veilig uhh is gebeurd."</i>	<i>"En dan weet ik nog niet of dat uhh (soa) nou zo'n hele ramp is"</i>
Responskosten ¹ / attitude ²	X <i>"Dan zou ik eerder denken van nee dat uhh.. doe maar een condoom er omheen want voor een vrouw maakt het toch niet heel veel uit"</i>	X <i>"Maar uhm.. condooms, ik ben er niet heel erg fan van eerlijk gezegd... Ja het moment dat je zoiets er om heen moet gaan doen dat vind ik gewoon heel irritant"</i>
Sociale omgeving ²		X <i>"Moet je dan iedereen waar je dan mee naar bed wil eerst zeggen van uhh heb je je wel getest of heb je je ooit wel eens getest? Ja dat doe je gewoon niet"</i>

¹= determinanten PMT, ²= determinanten TPB

Alle jongeren achten zichzelf in staat om condooms te gebruiken ('Waargenomen gedragscontrole'): *"Het is niet omdat ik te zwak ben om te zeggen dat ik..uhh condooms wil gebruiken"* of *"Ik weet van condooms af en ik weet dat het onveilig is als je... dus ik weet hoe het in elkaar zit"*.

Helpende factoren voor toekomstig condoomgebruik (zie tabel 15) zijn volgens de helft van de jongeren de huidige angst voor de soa-uitslag of de daadwerkelijk diagnose van een soa: *"ik denk ook wel dat de soa een beetje helpt want ik heb nu ook dan wel zo iets van uhh ja ik heb niet echt heel veel zin om me druk te maken over heb ik een soa of niet"* of *"Als ik nu straks niks heb weet je wel, alles positief dan wil ik ook dat diegene met wie ik ben dat dat ook weer positief is, zodat ik hier niet weer terug hoef te komen"*. Iets minder dan de helft zegt dat in het vervolg zelf kopen- of het beschikbaar hebben van condooms zal helpen: *"Nou misschien zelf één op zak hebben.. meestal heeft de jongen dat"*. Een enkeling denkt dat shockende plaatjes haar zouden helpen: *"Dan zou ik eerder zeggen van een reclame op tv, akelige video's of plaatjes of afbeeldingen dat zou mij wel kunnen helpen"*. Daarnaast zegt de helft van de jongeren dat het een kwestie is van gewoon doen.

Tabel 15: *Helpende factoren voor condoomgebruik in de toekomst volgens jongeren*

Helpende factoren condoomgebruik in de toekomst	Resp*	Citaat
Geen onzekerheid (soa) meer willen	5	<i>"Ja ik denk gewoon omdat ik niet meer elke keer dit.. snap je nu heb ik in december de afspraak gemaakt, het is nu eind januari, dat ik gewoon echt een beetje een maand de hele tijd hier aan denk van dat wil ik eigenlijk niet meer"</i> <i>"Dan doe ik het alsnog veilig de volgende keer want ja ik heb geen zin om met het gevoel te zitten van o straks heb ik wat of uh.. nee.."</i>
Het een kwestie vinden van 'gewoon doen'	5	<i>"Ja, gewoon doen"(veilige seks).</i> <i>"Gewoon een condoom, gewoon doen"</i> .
Condooms beschikbaar hebben	4	<i>"Gewoon een condoom kopen, gewoon naar de winkel toe en ik koop gewoon een paar condooms"</i>
Shockerende plaatjes	1	<i>"Dan zou ik eerder zeggen van een reclame op tv, akelige video's of plaatjes of afbeeldingen dat zou mij wel kunnen helpen"</i> .

*=aantal respondenten (n=10)

3.2 Value specification

3.2.1 Factoren en randvoorwaarden van stakeholders bij de ontwikkeling eHealth

Randvoorwaarden en voorkeuren eHealth vanuit hulpverleners

Alle hulpverleners gaven aan dat de informatie die gegeven wordt goed en betrouwbaar moet zijn: *“Wel gerichte informatie hebben, dus geen kul dingen, dus het moet echt gewoon een goede app zijn met goede informatie”* (zie tabel 16). De meerderheid gaf aan dat er in moet staan waar jongeren terecht kunnen voor hulp. Daarnaast mag de toepassing niet te complex zijn. De informatie moet eenduidig, compact en doelgericht worden aangeboden. Een enkeling noemde dat toegankelijkheid en een eenvoudige bediening van de eHealth: *“Ik denk wel dat het heel duidelijk moet zijn van oké, dit, klik dat, en ook voor mensen die wat minder geschoold zijn goed toegankelijk zijn”*.

Verder dient de toepassing aan te sluiten aan het opleidingsniveau, de cultuur en de belevingswereld van jongeren. Een enkeling opperde het belang dat het ontwikkelproces in samenspraak met de jongeren dient te gaan. De meerderheid vond dat de eigen verantwoordelijkheid van de jongeren moet worden aangesproken: *“Je moet ook mensen wijzen op hun eigen verantwoordelijkheden”*. Ook gaven zij aan dat de toepassing geen extra tijd of meer persoonlijk contact van de hulpverlener mag vragen en dat de toepassing geen ruimte binnen het consult mag innemen. Wanneer deze eisen vertaald worden naar het PSD-model zijn dit met name functies van ‘Primary task support’ en ‘Credibility support’.

De meerderheid van de hulpverleners zei te denken dat de inzet van games over een bepaalde problematiek of een mobiele applicatie voor verschillende doeleinden positief zou kunnen werken: *“Want die vinden jongeren ook leuk om te doen, fix it (game) en dat soort dingen”*. Andere genoemde vormen zijne en website of via Social media (zie tabel 17).

Tabel 16: Randvoorwaarden waaraan de eHealth-toepassing volgens hulpverleners moet voldoen, in relatie tot de functies van het PSD-model

Randvoorwaarde eHealth- toepassing	PSD categorie en functie	Citaat
Betrouwbare informatie	Credibility support ‘Truthworthiness’	<i>“Je moet in ieder geval wel um.. gerichte informatie hebben dus geen kul dingen”</i>
Doorverwijzing voor hulp		<i>“Ik denk wel dat het heel duidelijk ook in moet staan met doorverwijzingen naar hulpverleners, naar de ggd naar eventueel de huisarts..”</i>
Aansluiting op belevingswereld, cultuur, opleidingsniveau groep jongeren.	Primary task support ‘Tailoring’	<i>“Ja wat belangrijk is denk ik dat je zo veel mogelijk probeert aan te sluiten bij de belevingswereld van diegene die je daarmee wil bereiken”</i>

Mag geen extra tijd of persoonlijk contact zorgverlener vragen	-	"... het zou ook tijdbesparend moeten zijn".
Mag niet te complex zijn: eenduidige, doelgerichte en compacte informatie en eenvoudig in bediening.	Primary task support 'Tunneling'	"Maar ik denk wel dat het heel duidelijk moet zijn van oke, dit, klik dat, en ook voor mensen die wat minder geschoold zijn goed toegankelijk zijn"
Verantwoordelijkheid van jongeren aanspreken	-	"... je moet ook mensen wijzen op hun eigen verantwoordelijkheden".
Wetenschappelijk getest	Credibility support 'Surface credibility'	"Maar het mooiste is als het dan ook inderdaad bewezen effectief is".

Tabel 17: Door Hulpverleners gewenste vormen van eHealth en ideeën over de toepassing hiervan.

Vorm eHealth	Resp.*	Citaat
Mobiele applicatie	3	"Dat je via die app ook gewoon doorgestuurd kan worden naar de Sense site en naar Soa-aids Nederland en naar de GGD site" "Als alles mag, nou dan zou ik gewoon ook nog graag een app ontwikkeld willen zien"
Games	2	"Games en zo.... want die vinden jongeren ook leuk om te doen 'Fix it' en dat soort dingen"
Website (Online triage-systeem)	1	"..je zou misschien als mensen op de website kijken en dat je ze online iets laat doen" "...dat er ook bepaalde vragen m.b.t anticonceptie, seksueel geweld, uh de andere thema's en stel daar komt iets over van uhh nou ja pijn bij het vrijen van oké goh.. heb je enig idee hoe het komt?"
Social media	1	"Dan denk ik dat je vaker of meer mensen bereikt door uhhh. Dingen inderdaad op Facebook te zetten of te retwieten, dat er gewoon kreten inderdaad langs komen."

*=aantal respondenten (n=10)

Randvoorwaarden en voorkeuren eHealth vanuit jongeren

Meer dan de helft van de jongeren reageert na het zien van de eHealth-voorbeelden positief op de herinneringsfunctie van de applicatie voor anticonceptie-inname: "Ja zoals met die pil is misschien ook wel handig als je het elke keer vergeet". De meerderheid maakte positieve opmerkingen over de manier van informatieverstrekking van de applicaties. Hierbij werd de mate van uitleg, de relevantie van de inhoud en de vele informatiemogelijkheden genoemd: "Best wel goede informatie....uit die rondjes kun je best wel veel keuzes kiezen om heel veel dingen weer te weten te komen". Daarnaast noemde de helft van de jongeren herkenbare situaties in de applicaties als positief: "Dat is zo herkenbaar ook, dit is wel grappig". Iets minder dan de helft van de jongeren noemde de spelletje/testjes in de applicatie: "Ja op zich zijn er wel leuke dingetjes bij dat je denkt van ooh dat je die testjes een keer zou doen" en het design van de applicatie als positief: "Ja het ziet er wel leuk uit eigenlijk. Met die plaatjes". Een paar jongeren waardeerden de mogelijkheid van sociale interactie zoals het ontvangen van feedback of lotgenotencontact: "En dat je dingen van andere mensen kunt lezen zeg maar, reacties, ervaringen, dat is gewoon wel heel handig....".

Wanneer de kenmerken vertaald worden naar de elementen van PSD-model, dan wordt er met name waarde gehecht aan Dialogue support (zie tabel 18).

Tabel 18: *Positieve elementen bestaande eHealth en randvoorwaarden toekomstige eHealth volgens jongeren, in relatie tot de functies van het PSD-model.*

Bestaande eHealth	Positieve elementen	Resp.*	PSD categorie en functies	Citaat
'My Pill'	Herinneringsfunctie	6	Dialogue support "Reminder" of "Self-monitoring"	"Ja zoals met die pil is misschien ook wel handig als je het elke keer vergeet"
'Beter in Bed'	Informatieverstrekking (inhoud en vorm)	5	Primary task support "Tunneling"	"Best wel goede informatie....uit die rondjes kun je..veel keuzes kiezen om..dingen weer te weten te komen"
'Beter in Bed'	Herkenbare situaties / informatie	5	Dialogue support "Similarity"	"Dat is zo herkenbaar ook, dit is wel grappig"
'Beter in Bed'	Spelletjes/testjes	3	Dialogue support "praise/rewards"	"Ja op zich zijn er wel leuke dingetjes bij dat je denkt van ooh dat je die testjes een keer zou doen"
'Beter in Bed'	Design	3	Dialogue support "Liking"	"Ja het ziet er wel leuk uit eigenlijk. Met die plaatjes"
'My Pill'	Sociale interactie	2	Dialogue support en Social support "Social comparison"	"En dat je dingen van andere mensen kunt lezen zeg maar, reacties, ervaringen, dat is gewoon wel heel handig"

*=aantal respondenten (n=10)

Als er gekeken wordt naar waar de eHealth-toepassing aan zou moeten voldoen, worden een aantal kenmerken genoemd (zie tabel 19). De meerderheid van de jongeren noemt dat de informatie overzichtelijk moet worden weergegeven: *"Dat het gewoon een soort van tabel is, dat per onderwerp gerangschikt is, en niet dat je denkt o dan moet ik ook nog zo'n testje maken"*. Dit heeft als voordeel dat de gezochte informatie snel gevonden kan worden. Een aantal jongeren willen hierbij geen game of quizjes.

Betrouwbaarheid van bron en informatie wordt door de meerderheid van de jongeren genoemd: *"Ja het moet wel professioneel zijn dat je echt weet van wat er staat dat dat komt van iemand die er echt verstand van heeft"*. Meer dan de helft van de jongeren wil vooral eenvoudig te begrijpen informatie met eenvoudig taalgebruik en voldoende uitleg: *"Geef de informatie maar gewoon zo simpel mogelijk....."*. Meer dan de helft van de jongeren laat ook weten dat de toepassing wel publiekelijk bekend moet zijn. Verspreiding via social media of een duidelijke melding van de eHealth-toepassing op de GGD site wordt hierbij geopperd. Daarnaast geeft ook bijna de helft van de jongeren aan dat de eHealth-toepassing veilig moet zijn. Hierbij wordt anonimiteit het vaakst genoemd. Een aantal jongeren laat weten dat informatie realistisch en herkenbaar dient te zijn: *"..dat mensen zichzelf er wel in kunnen uhh ja dat ze wel een situatie hebben van oh daar herken ik mij in"*. Daarnaast geven een paar jongeren aan dat de eHealth toepassing toegankelijk en laagdrempelig moet zijn zowel inhoudelijk: *"..Misschien op een grappige manier wordt verteld dat je het ook makkelijker bespreekbaar kan maken met je omgeving of zo"* als functioneel: *"Als het je (eHealth) gewoon*

toegestuurd krijgt of je krijgt weet ik veel, een berichtje er over dan kijk je er nog wel een keer naar maar anders niet”.

Tabel 19: Randvoorwaarden vanuit jongeren voor een toekomstige eHealth-toepassing

Eisen eHealth toepassing	Resp.*	PSD categorie	Citaat
Overzichtelijke weergaven informatie	7	Primary task support “Tunneling”	“Nou dat het een beetje overzichtelijk is dus dat je niet uh dat je niet urenlang hoeft te zoeken naar wat je vraag is”
Betrouwbare bron en informatie	7	Credibility support “Trustworthiness” “Expertise” “Third-party endorsement”	“Dat je wel iets, zoiets hebt van oké.. hier spreekt wel iemand die er verstand van heeft” “Nou ik wil in ieder geval zeker weten of het betrouwbaar is”
Eenvoudig te begrijpen informatie en taalgebruik	6	-	“Geef de informatie maar gewoon zo simpel mogelijk.....”
Publiekelijke bekendheid	6	-	“Maar daar moet dan ook reclame voor worden gemaakt”
Veilig en anoniem	4	Credibility support “Surface credibility”	“Niet als je bijvoorbeeld door linkt naar een site niet dat je dan allemaal rare reclame dingetjes eronder krijgt en virussen op je telefoon”
Informatie moet realistisch en herkenbaar zijn	3	Dialogue support “Similarity”	“Dat mensen zichzelf er wel in kunnen uhh ja dat ze wel een situatie hebben van oh daar herken ik mij in”
Laagdrempelig en toegankelijk	2	-	“Ik denk dat het ook niet te serieus moet zijn...dat het toch.. op een grappige manier wordt verteld dat je het ook makkelijker bespreekbaar kan maken met je omgeving” “Als het je gewoon toegestuurd krijgt of je krijgt weet ik veel, een berichtje er over dan kijk je er nog wel een keer naar maar anders niet.

*=aantal respondenten (n=10)

Er worden verschillende vormen van eHealth genoemd waarmee jongeren graag informatie, tips of adviezen aangeboden zouden willen krijgen, onafhankelijk van het probleem (zie tabel 20). Meer dan de helft van de jongeren geeft de voorkeur aan een mobiele applicatie. Iets minder dan de helft aan beeldmateriaal zoals filmpjes, een serie, tv programma of reclame: “Je kunt de informatie wel krijgen maar als je het leest, ziet of hoort van dat dat misschien toch beter binnen komt of sneller omdat mensen dan sneller geneigd zijn om even te kijken”. Daarnaast geven een paar jongeren de voorkeur aan een consult of gesprek: “Ik vraag het liever gewoon.... Ik ga liever gewoon naar iemand toe ja....”, een website en een enkeling aan chatcontact.

Tabel 20: Voorkeur van jongeren voor de vorm van eHealth

Vorm van eHealth	Resp.*	Citaat
Mobiele applicatie	6	<i>"Ja deze tijd is het natuurlijk sowieso app, dat is uh.. ja iedereen heeft een telefoontje"</i>
Beeldmateriaal	4	<i>"Je kunt de informatie wel krijgen maar als je het leest, ziet of hoort van dat dat misschien toch beter binnen komt of sneller, omdat mensen dan sneller geneigd zijn om even te kijken"</i>
Consult	2	<i>"Ik denk liever iemand die mij dat verteld...ja ik ben dyslectisch dus lezen wordt ook niet echt mijn.. uh.. nee.."</i>
Website	2	<i>"Nou dan toch een website.... Omdat het toch om belangrijke keuzes gaat bijvoorbeeld anticonceptie en daar wil je toch wel even voor gaan zitten"</i>
Chat	1	<i>"Dat gewoon iemand achter een computertje zit en dan antwoorden geeft op de vragen die iemand heeft en zo"</i>

*=aantal respondenten (n=10)

3.2.2 Persona's

Aan de hand van de korte vragenlijst (bij jongeren) en de resultaten van de interviews zijn er vier verschillende persona's opgesteld welke de hulpverleners vertegenwoordigen en de jongeren uit de interview-onderzoek-ronde.

Persona hulpverleners:

 <i>"Als het een mooie toepassing wordt zou ik jongeren er zeker naar verwijzen"</i>	
Naam	Gerda van Dalen
Leeftijd	45 jaar
Sociaal leven	Woont samen met haar man en hun twee kinderen (12 en 14 jaar).
Werkleven	Sinds 8 jaar werkzaam als sociaal verpleegkundige.
Zorgbehoeften/verbeterpunten	Onderliggende Sense-problematiek opsporen blijft lastig. Twijfel over mate van kennisoverdracht/kennisoverdracht. Niet alle jongeren open voor bewustwording/gedragsverandering.
Meest geziene problematiek	Problematiek rond seksueel functioneren, anticonceptie en wensen en grenzen.
Ziet in eHealth	Verlenging (nazorg of voorbereiding) van consult.
Eisen/randvoorwaarden eHealth hulpmiddel	<i>Randvoorwaarden:</i> Mag geen extra tijd kosten, zelfstandig door jongeren te gebruiken, verantwoordelijkheid aanspreken van jongeren, makkelijk te bedienen. <i>Inhoud:</i> Goede, betrouwbare informatie die aansluit op het niveau en de belevingswereld van jongeren.
Eigen technische vaardigheden	Gebruik WhatsApp, Facebook, niet heel bekend- en handig met technologie.

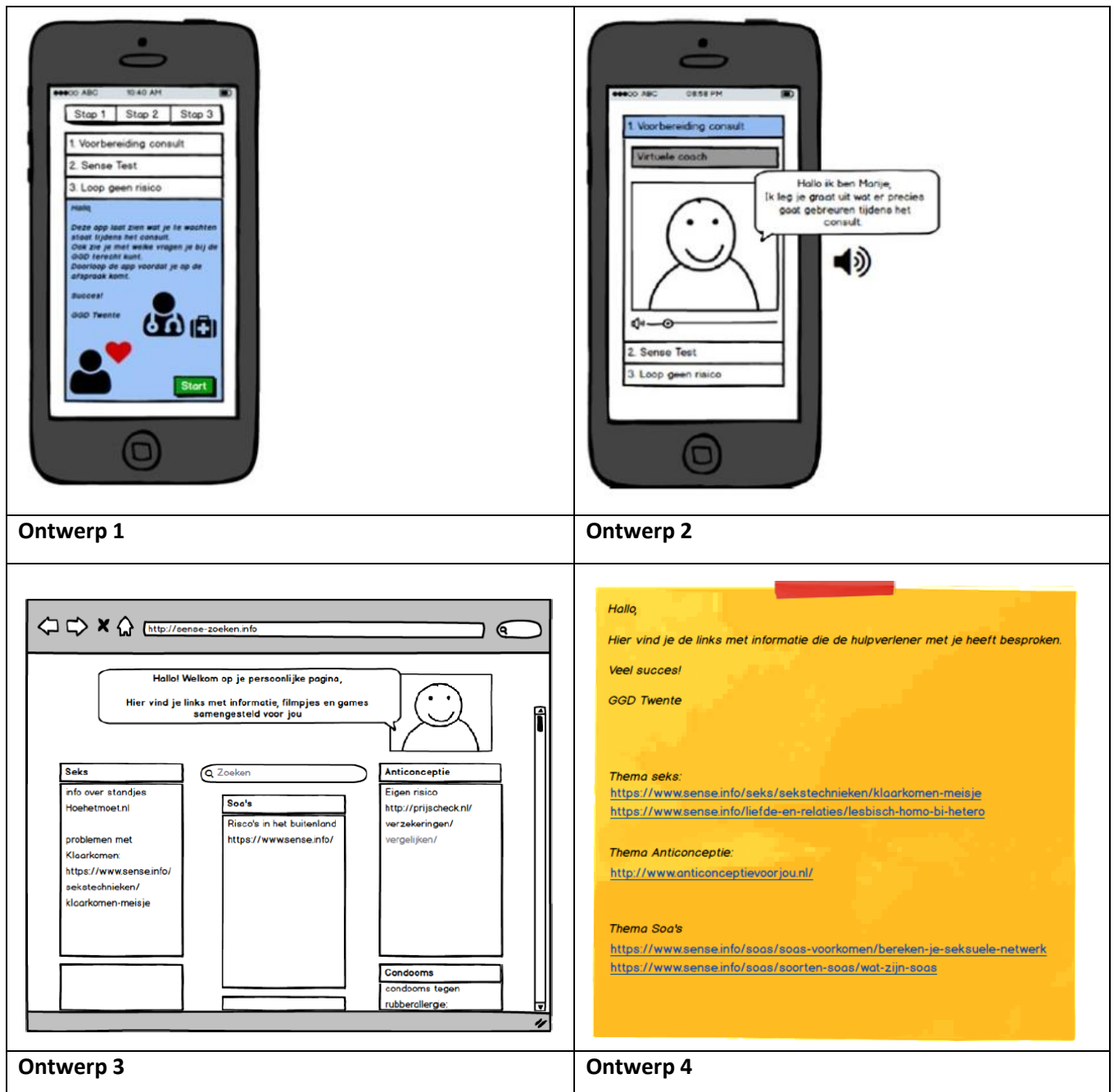
Persona's jongeren:

	"Zo'n testje wil ik wel eens doen"	"Liever praktisch en overzichtelijk"	"Doe mij de informatie maar zo makkelijk mogelijk"
			
Naam	Justine Scholberg	Clarinde Kampman	Daisy Jansen
Leeftijd	22 jaar	24 jaar	20 jaar
Afkomst	Nederland	Nederland	Nederland
Sociaal leven	Single, woont bij haar ouders en broer in Enschede	Start serieuze relatie, woont net op zichzelf in Lonneker.	Woont met haar moeder in Losser. Vaste sekspartner.
Interesses	Uitgaan, veel met vriendinnen	Zekerheid Voeding, sport	TV kijken, familie, games/spelletjes
Eigenschappen	Nonchalant, zelfverzekerd, optimistisch	Wil graag controle, kritische houding,	Angstig, wantrouwend naar informatiebronnen, tekstueel onzeker
Werkleven	Student Sociaal Pedagogisch Werk	Afgeronde MBO in de zorg	Kassière in een supermarkt
Reden consultatie	Vaker onveilige seks	Klachten, onveilige seks en start nieuwe relatie	Vaste sekspartner had meer vaste partners
Informatiebronnen	Vriendinnen	Internet	Familie
Zorgbehoeften /verbeterpunten	Soa's, behandeling, seks, soorten condooms, voorbereiding consult	Anticonceptie, vergoedingen, medische informatie	Voorbereiding consult, Anticonceptie.
Voorkeur eHealth	Mobiele applicatie	Website	Mobiele applicatie of consult
Eisen eHealth	Testjes, herkenbare info, reminder, leuk design met plaatjes	Overzichtelijk, betrouwbaar, zakelijk	Makkelijke informatie, genoeg uitleg, betrouwbare bron
Smartphone/3G internet/Wifi (thuis)	✓	✓	✓
App's op telefoon en gebruik	"Runkeeper" Gebruik: Niet meer	"Basic fit" en "Sugar challenge". Gebruik: Soms	"Stoppen met roken-app" Gebruik: Nee lukte niet
Social media gebruik	Dagelijks gebruik Facebook, Instagram.	Dagelijks gebruik Facebook	Dagelijks gebruik Facebook

3.3 (pre)Design fase

3.3.1 Uitwerking ideeën eHealth Sense naar prototypes

In de designfase zijn vier concept-ontwerpen van een eHealth-toepassing ontwikkeld (zie figuur 5).



Figuur 5: De eHealth concept-ontwerpen (zie voor gehele versies bijlage 11)

Het uitgangspunt van de concept-ontwerpen zijn de zorgbehoeften en randvoorwaarden van hulpverleners en jongeren, evenals effectieve elementen uit de literatuur en de gedragstheorie PMT (zie tabel 21). Bij ontwerp 1 en 2 is de methode 'Fear arousal' (afkomstig van de theorie PMT) toegevoegd ter bevordering van gedragsverandering (zie ontwerp 1 en 2). Daarnaast zijn verschillende persuasieve strategieën uit het PSD-model gebruikt (zie tabel 22).

Tabel 21: *Het doel, moment van inzet en de vorm van eHealth, per ontwerp*

Ontwerp:	Moment van inzet en vorm eHealth	Doel van ontwerp
Ontwerp 1 en 2	Voor het consult Mobiele applicatie	Ter voorbereiding van het consult,
		Het opsporen van Sense-problematiek
		Het makkelijker bespreekbaar maken van Sense-problematiek
		Ter bevordering van (doelgerichte) kennisoverdracht.
Ontwerp 3 en 4	Na het consult Website / eCard	Trechtersvorming van bestaande professionele informatiebronnen
		Ter bevordering van kennisoverdracht en doelgerichte informatievoorziening

Tabel 22: *De PSD-functies per ontwerp*

Ontwerp	Onderdeel	PSD functie	Uitleg
1,2,3,4	Algemeen	Tailoring	Applicatie sluit aan op behoeften laagopgeleide meisjes
		Liking	Aantrekkelijk uiterlijk van de applicatie.
		Trustworthiness	Applicatie is van een gerespecteerde bron: GGD.
		Expertise	Informatie die wordt verstrekt is door experts
		Authority	samengesteld.
		Third-party endorsements	
		Real-world feel	
		Surface credibility	
		Personificatie	Advies op maat in de vorm van weblinks
		Verschillende PSD functies in bestaande tools/informatiebronnen waarna wordt verwezen.	Adviezen (weblinks naar informatiebronnen/quiz etc.)
1,2	Stap 1	Tunneling	Loodsen door de applicatie.
		Praise/reward	Vinkje bij voldane opdracht, toegang tot volgende stap.
	Stap 2 – Sense test + advies	Personificatie	Advies op maat
	Stap 3 – loop geen risico	Simulation	Oorzaak-gevolg condoomgebruik weergeven.
		Suggestion	Suggesties geven (condoomgebruik) om gedrag te veranderen.
2		Social role	Virtuele coach geeft uitleg

3,4	Wijze van kennisoverdracht	Personificatie	Persoonlijke toegangscode Advies in persoonlijke mailbox
-----	----------------------------	----------------	---

Ontwerp 1 en 2: mobiele applicatie in tekstvorm of virtuele coach met triagesysteem ter voorbereiding van het consult en ter verduidelijking van Sense-hulpvragen.

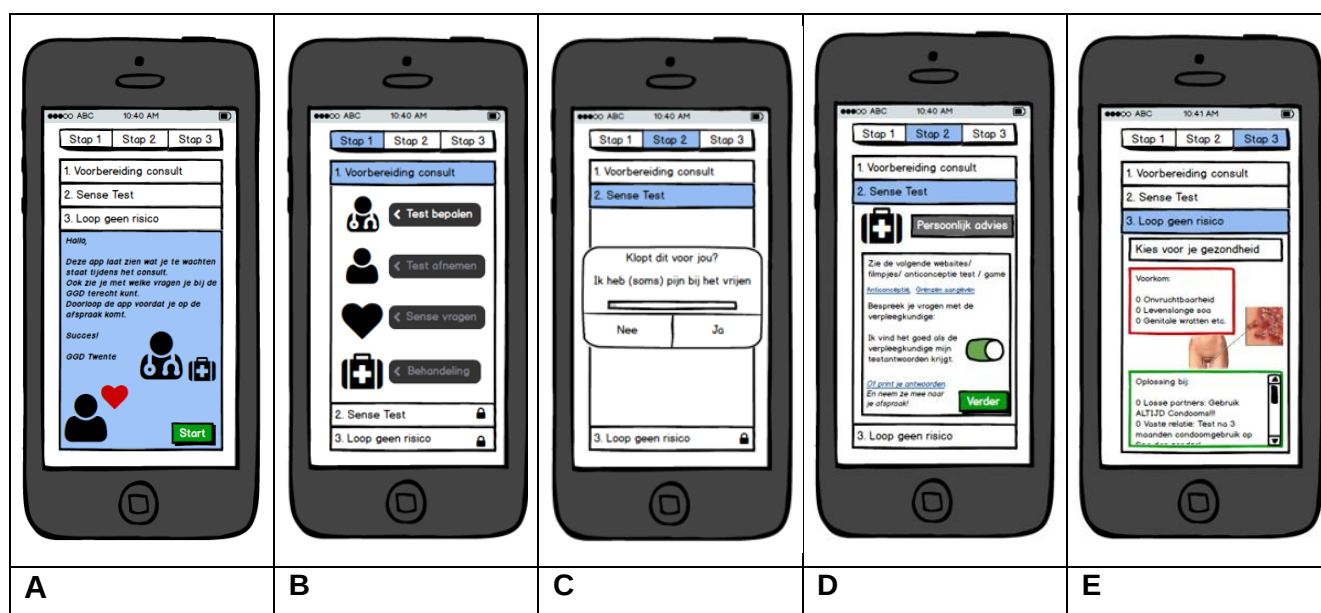
Deze ontwerpen zijn gebaseerd op verschillende onderzoeksresultaten (zie tabel 22).

Tabel 22: De onderzoeksresultaten met bron, ter verantwoording van ontwerp 1 en 2.

Bron	Resultaat	Onderdeel ontwerp 1 en 2
Hulpverleners	Hebben moeite met vinden Sense problematiek	Stap 2: Sense-test
	De wil het Sense-vragenlijstje weer te gebruiken	Stap 2: Sense-test
Jongeren	Twijfelen over mate van kennisoverdracht	Stap 2: Persoonlijk advies
	Jongeren willen voorbereid worden op het consult	Stap 1: Voorbereiding consult
	De grootste zorgbehoeften liggen rondom soa's	Stap 1: Voorbereiding consult
	Jongeren willen niet te brede en onbetrouwbare informatie.	Stap 2: Persoonlijk advies
	De bron van informatie moet betrouwbaar zijn.	Aanbieden via de GGD
	Actieve benadering maakt bewust van Sense-hulpvragen.	Stap 2: Sense-test
	- Het aanhalen van Sense-thema's - Het tonen van eHealth-toepassingen	Aanbieden van applicatie via smsje door GGD
	Hebben een voorkeur voor een mobiele applicatie	Vorm: Mobiele applicatie
	Jongeren geven ook de voorkeur aan beeldmateriaal (filmpjes, reclame, serie)	Stap 2: Persoonlijk advies
	Jongeren kennen de mogelijkheden niet van het consult (Sense- vragen stellen, condooms kopen etc.)	Stap 1: Voorbereiding consult
	Sense.info is ondanks (passieve) reclame onbekend bij jongeren.	Stap 2: Sense-test/Persoonlijk advies
	Jongeren lijken hun gedrag niet te veranderen (ze komen vaak voor de 2 ^e of 3 ^e keer).	Stap 3: Kies voor je gezondheid
	Het onvoldoende ervaren van "kwetsbaarheid" (Waargenomen kwetsbaarheid) speelt een rol bij condoomgebruik.	Stap 3: Hoe veilig vrij jij? Wat is veilig?
	"De waargenomen ernst" wordt genoemd als een reden om in het vervolg condooms te gebruiken.	Stap 3: Kies voor gezondheid "Methode Fear arousal"
	Jongeren zeggen competent te zijn als het gaat om condoomgebruik (Waargenomen gedragscontrole).	Stap 3: Kies voor je gezondheid "Methode Fear arousal"

Literatuur	Er zijn vele betrouwbare informatiebronnen beschikbaar voor jongeren over seks, liefde en relaties.	Stap 2: Persoonlijk advies
	Percentage recidive is hoog (Dukers-Muijters et al., 2013)	
Effectieve elementen uit de literatuur	Interactie is van belang (Muessig et al., 2011)	Stap 2: Sense-test Stap 3: Hoe veilig vrij jij?
	Tailoring (Crutzen et al., 2013; Muessig et al., 2013; Van Gemert-Pijnen et al, 2011; Noar, 2011) Interventie op basis van een theorie (Web et al., 2010; Crutzen et al., 2013) Virtuele coach (Kulyk et al., 2014).	Gericht op specifieke doelgroep Stap 2: Persoonlijk advies Stap 3: Loop geen risico/ Kies voor je gezondheid Ontwerp 2

Ontwerp 1:



Figuur 6: Mobiele applicatie in tekstvorm met triage-systeem ter voorbereiding van het consult en ter verduidelijking van Sense-hulpvragen (Zie voor de gehele versie bijlage 11)

Jongeren die een afspraak maken op de Poli Seksuele Gezondheid van de GGD, krijgen hier altijd per sms een bevestiging van toegestuurd. Hierbij is nu de link naar ontwerp 1 (zie figuur 6) bijgevoegd, met de vraag de applicatie te doorlopen ter voorbereiding van het consult. Op deze manier wordt de informatie actief aangereikt, in plaats van passief via een poster of folder.

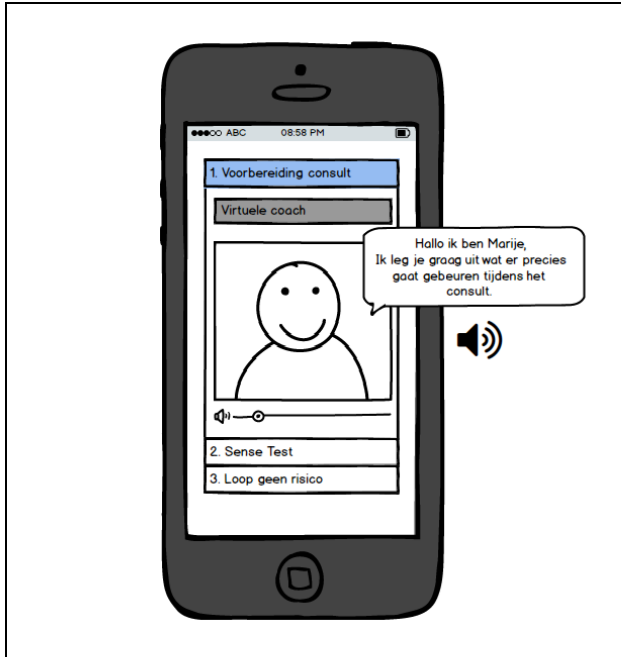
De applicatie bestaat uit 3 stappen (zie bijlage 11) waar jongeren middels 'tunneling' doorheen worden geleid. *Stap 1* (zie figuur 6B) is ter voorbereiding op het consult, de vragen : 'Hoe wordt de soa-test bepaald?' 'Welke vragen worden hierbij gesteld?' 'Wie neemt de soa-test af en waar is dit afhankelijk van?' staan hierbij centraal. Ook kan hier kort informatie gevonden worden over de mogelijkheden van het consult (Sense-vragen stellen, de verkoop van condooms, doorverwijzing naar derden etc.) en over de behandeling van soa's. Dit laatste blijft algemeen en bereidt jongeren vooral

voor op een mogelijke tweede afspraak. Bij *Stap 2* (zie figuur 6C) volgen triagevragen over eventueel aanwezige Sense-problematiek, waarna afhankelijk van de gegeven antwoorden, een persoonlijk advies (zie figuur 6D) in de vorm van weblinks wordt gegeven. Door het aanbieden van web-linkjes worden jongeren geholpen om specifieke, persoonlijk relevante en betrouwbare informatie te vinden. Tevens wordt geadviseerd de vragen tijdens het consult te bespreken. Via de applicatie kunnen de Sense-test-resultaten direct naar de hulpverlener worden verstuurd. Echter, het is ook mogelijk om het zelf te printen en mee te nemen naar consult. Zo kan de hulpverlener ingaan op mogelijke Sense-klachten en wordt het voor de jongere laagdrempeliger om dit tijdens het consult ter sprake te brengen. Wanneer jongeren de behandeling hebben afgerond of geen soa hebben, wordt er of door de hulpverlener na de behandeling, of per sms (na een goede uitslag) een code gegeven om toegang te krijgen tot *Stap 3* (zie figuur 6D). *Stap 3* omvat een gedragsveranderings-element om de kans op recidive te verkleinen. Om jongeren meer bewust te maken van de “waargenomen kwetsbaarheid” en “ernst” betreft soa’s, wordt de methode ‘Fear arousal’ (afkomstig van de Protection Motivation Theory) in combinatie met ‘Consciousness raising’ (afkomstig uit het Health Believe Model van Hochbaum, Rosenstock en Kegels (1950) waarin de determinanten ‘waargenomen kwetsbaarheid’ en ‘waargenomen ernst’ ook een hoofdrol spelen) gebruikt. Deze methoden veranderen bewustzijn en risicopercepties (Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb, & Fernández, 2011). ‘Consciousness raising’ bestaat uit het bieden van informatie, feedback of confrontaties over de oorzaken, consequenties van het probleemgedrag en biedt daarbij alternatieven. ‘Fear arousal’ is het oproepen van angstreactie ter bevordering van zelf-beschermend gezondheidsgedrag. Uit een meta-analyse blijkt dat “Fear appeals” de “waargenomen kwetsbaarheid” en “waargenomen ernst” vergroten en overtuigend werken (Witte & Allen, 2000). Bij beide methoden geldt dat het opwekken van angst en bewustwording voor gezondheidsrisico’s, alleen werkt wanneer handreikingen worden geboden om opgewekte angsten te verlichten (Bartholomew et al., 2011; Witte & Allen, 2000). Dat is de reden waarom jongeren pas na een goede uitslag of behandeling toegang krijgen tot *Stap 3*. Wanneer jongeren in afwachting zijn van de soa-uitslag biedt veilig vrijen namelijk geen oplossing meer, om in het verleden gelopen risico’s te voorkomen. Daarnaast is het van belang dat jongeren zichzelf in staat achten (waargenomen gedragscontrole) om veilig te vrijen (Witte & Allen, 2011). Uit de interviews met de jongeren bleek dat dit het geval was. In *stap 3* wordt informatie gegeven over soa’s, de veiligheid van verschillende seksuele handelingen, de risico’s van soa’s en hoe je dit kunt voorkomen. Door middel van een bestaande quiz (Sense.info) wordt de bewustwording van het eigen (risico-)gedrag vergroot. Uit de literatuur blijkt dat interactiviteit bijdraagt aan gedragsverandering (Muessig et al., 2013). ‘Fear arousal’ en ‘Consciousness raising’ wordt toegepast door het tonen van gezondheidsrisico’s op lange termijn en door het tonen van afschrikkende plaatjes van geïnfecteerde genitaliën. De nadruk ligt hierbij op voorkomen van soa’s en het gebruik van condooms.

Daarnaast is er voor de vorm van een mobiele applicatie gekozen, omdat jongeren deze het meest prefereren. Door de applicatie aan te bieden door de GGD wordt verwacht dat jongeren de informatie betrouwbaarder achten dan wanneer ze zelf op internet zoeken. Er wordt gebruik gemaakt van bestaande online informatiebronnen, omdat deze voldoende voorhanden zijn. Deze worden echter gericht aangeboden, zodat jongeren hier niet in ‘verdwalen’.

Ontwerp 2:

Het tweede ontwerp (zie figuur 7) is een variatie op ontwerp 1. Inhoudelijk is deze applicatie hetzelfde. Het enige verschil is dat in deze toepassing de verschillende stappen door een coach worden uitgelegd. De keuze hiervoor berust op het feit dat in eerder onderzoek is aangetoond dat jongeren erg worden aangesproken door deze vorm van interactie (Kulyk et al., 2014).



Figuur 7: Mobiele applicatie in 'virtuele coach vorm' met triage-systeem ter voorbereiding van het consult en ter verduidelijking van Sense-hulpvragen.

Ontwerp 3 en 4: een persoonlijke webpagina of E-card ter bevordering van kennisoverdracht

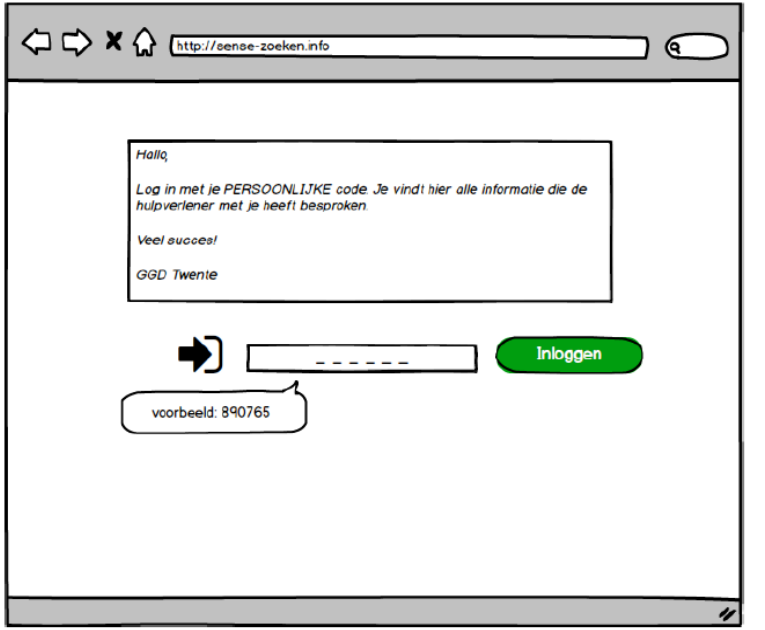
Deze ontwerpen zijn gebaseerd op verschillende onderzoeksresultaten (zie tabel 23). Zie tabel 22 voor de gebruikte persuasieve functies.

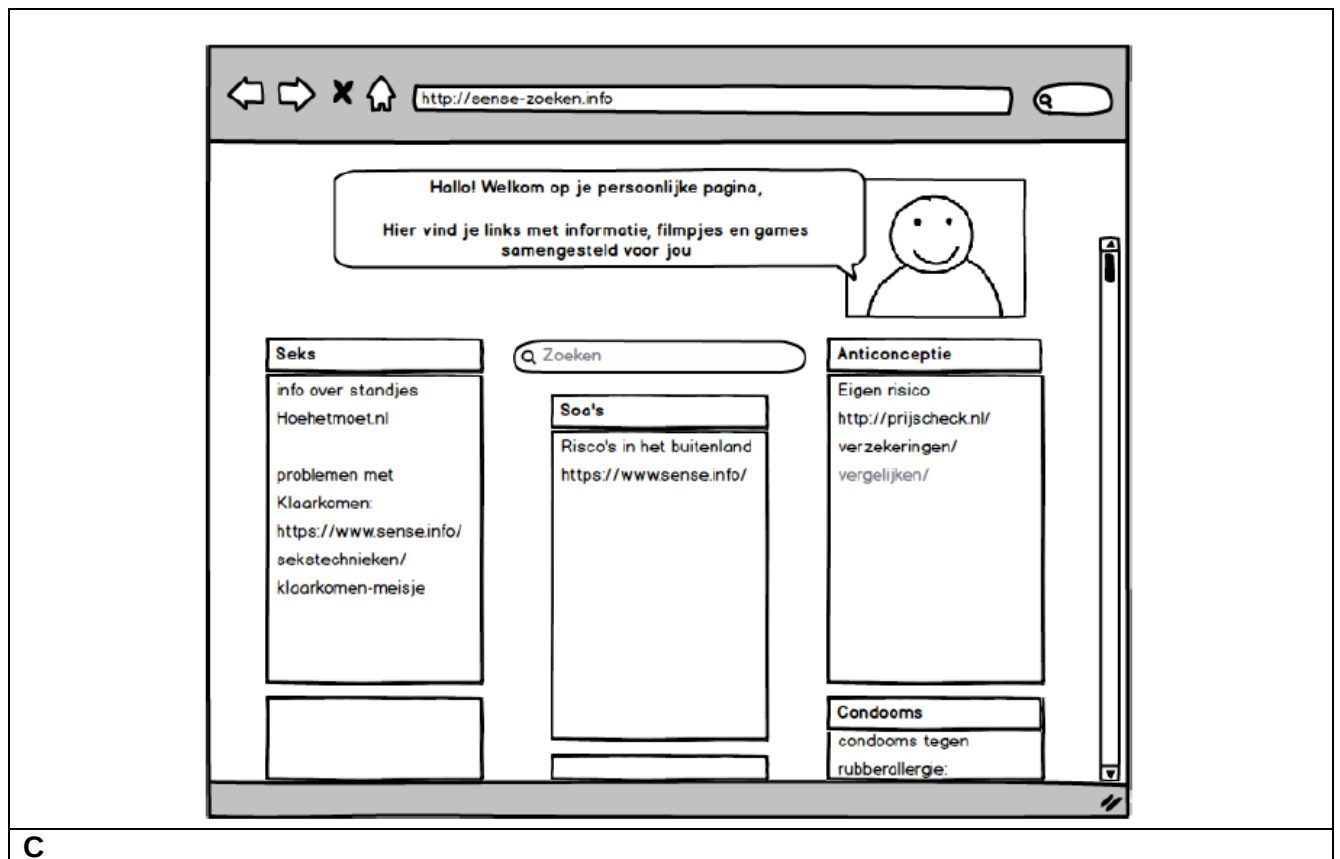
Tabel 23: De onderzoeksresultaten met bron, ter verantwoording van ontwerp 3 en 4

Bron	Resultaat	Kernmerken ontwerp 3 en 4
Hulpverleners	Twijfelen over mate van kennisoverdracht	Jongeren kunnen informatie nalezen in eigen tijd/plaats
	Zij zien mogelijkheid in het bieden van informatie aan jongeren, als naslagwerk	“ “
Jongeren	Soa's vormen één van de grootste zorgbehoefte	Bieden van informatie via weblinks
	Jongeren willen niet te brede en onbetrouwbare informatie.	Bieden van informatie via weblinks
	De bron van informatie moet betrouwbaar zijn.	Aanbieden vanuit de GGD
	Sense.info is ondanks (passieve) reclame onbekend bij jongeren	Tijdens het consult wordt een korte checklist met Sense-thema's besproken
	Actieve benadering maakt bewust van hulpvragen.	Tijdens het consult wordt een korte checklist met Sense-thema's besproken

	- Het aanhalen van Sense-thema's - Het tonen van eHealth-toepassingen	
	Jongeren geven ook de voorkeur aan beeldmateriaal (filmpjes, reclame, serie)	De mogelijkheid zelf voorkeuren aan te geven voor vorm van informatieverstrekking
	Zorgbehoeften verschillen onder jongeren	Informatie aanvinken naar persoonlijke behoeften
Literatuur	Er zijn vele betrouwbare informatiebronnen beschikbaar voor jongeren, over seks liefde en relaties	Bieden van specifieke persoonlijke relevante weblinks
	Beperkte informatieoverdracht bij medisch consult (Lechner, Mesters, & Bolman, 2010)	Informatie kunnen nalezen in eigen tijd/plaats
	Tailoring (Crutzen et al., 2013; Muessig et al., 2013; Van Gemert-Pijnen et al, 2011; Noar, 2011)	Persoonlijke code/e-card voor persoonlijke informatie

Ontwerp 3:

	
A	B

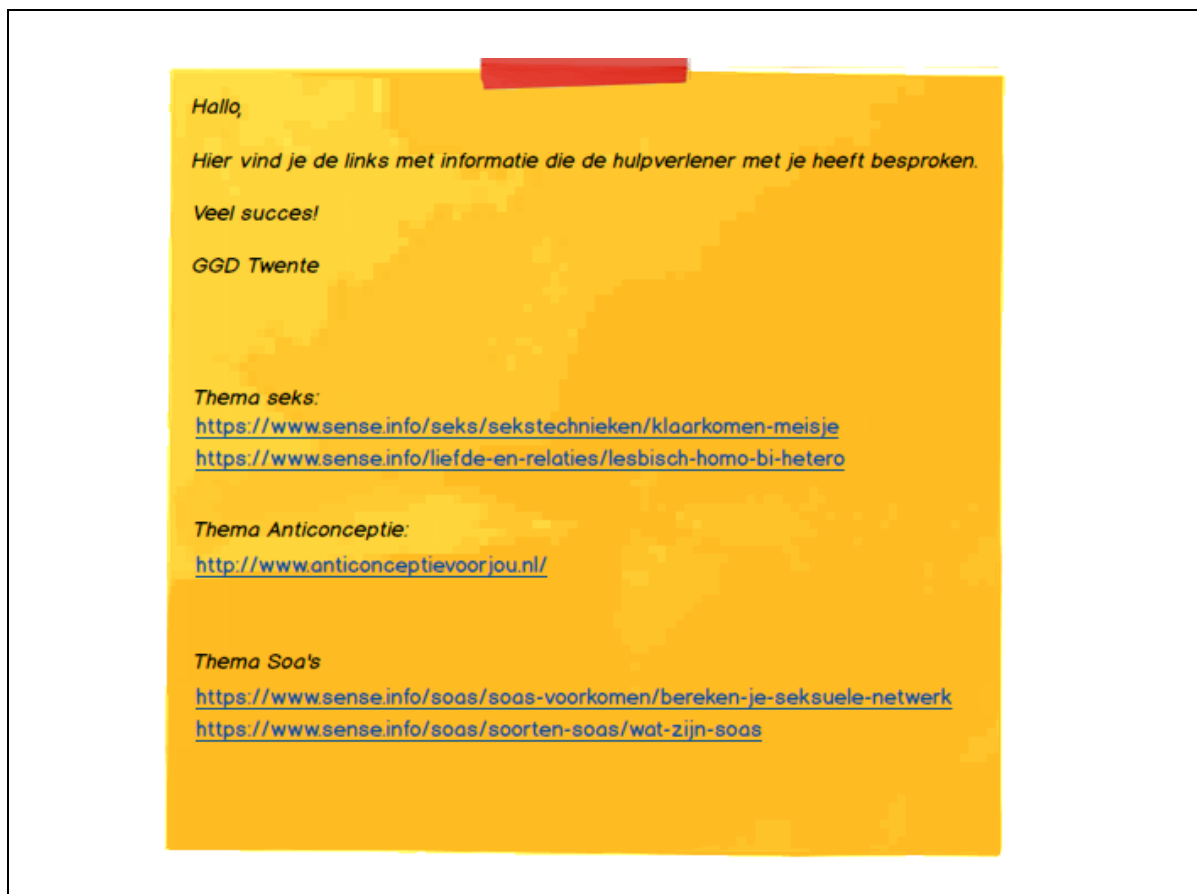


C

Figuur 8: Persoonlijke code en webpagina ter bevordering van kennisoverdracht (zie verder bijlage 11)

Ook hier worden jongeren (net als in ontwerp 1 en 2) actief benaderd. Tijdens het consult, waarin een algemene vragenlijst wordt afgenomen, wordt nu een Sense-onderdeel toegevoegd. Hierin staan de belangrijkste Sense-thema's (anticonceptie en zwangerschap, grenzen aangeven, condoomgebruik), maar ook informatie over soa's, gezien daar de meeste vraag naar bleek. Hierbij kan ook aangegeven worden in welke vorm de jongere het liefst de informatie ontvangt (beeld, tekst, game). Hulpverlener en jongere bepalen zo samen de inhoud van de webpagina. De jongere ontvangt van de hulpverlener een kaartje (zie figuur 8A) met een persoonlijk nummer waarmee ingelogd kan worden op een website (zie figuur 8B). Op de webpagina staan vervolgens alle web-linken die voor de jongere relevant zijn (zie figuur 8C). Op deze manier hoeft de jongere niet zelf op internet op zoek te gaan naar de antwoorden op zijn vragen en dit biedt tevens de mogelijkheid om besproken onderwerpen nog eens na te lezen. Ook bij deze benadering is het weer de bedoeling dat er gebruik wordt gemaakt van bestaande hulpbronnen die beschikbaar zijn.

Ontwerp 4:



Figuur 9: e-Card ter bevordering van kennisoverdracht

Ontwerp 4 (zie figuur 9) is een variatie op ontwerp 3. De inhoud komt met elkaar overeen. Het enige verschil is dat de weblinks bij applicatie 4 in de vorm van een e-Card naar het persoonlijke e-mailadres van de jongere wordt verstuurd.

3.3.2 Attitude van laagopgeleide meisjes ten aanzien van de verschillende concept-ontwerpen (paper prototypes)

De leeftijd van de meisjes die deelnamen aan het evaluatieonderzoek (zie tabel 24), varieerde van 18-24 jaar met een gemiddelde leeftijd van 20.7 jaar. Drie van de tien meisjes waren van allochtone afkomst. De helft van de meisjes was nog nooit eerder op consult geweest. De meeste evaluaties werden na het spreekuur afgenomen. In sommige gevallen heeft de evaluatie na de soa behandeling plaatsgevonden.

Tabel 24: Demografische gegevens jongeren (use case scenario) n=9

Respondent	Leeftijd	Opleidingsniveau	Nationaliteit	Aantal keer test	Primair doel consult:	
					Soa test	Behandeling
1	22	≤MBO	Nederlands	2	X	
2	24	≤MBO	Turks	1	X	
3	19	≤MBO	Syrisch	1	X	
4	18	≤MBO	Nederlands	1	X	
5	19	≤MBO	Nederlands	2	X	
6	23	≤MBO	Nederlands	>2	X	
7	22	≤MBO	Nederlands	>4	X	
8	19	≤MBO	Nederlands	1		X
9	21	≤MBO	Antilliaans*	1		X
Ø	20.7	9/9	3/9	2.8	7/9	2/9

*=ouders van andere allochtone afkomst

Voorkeur eHealth ontwerp

De jongeren reageerden over het algemeen positief op de eHealth-ontwerpen. De voorkeur werd het vaakst gegeven aan ontwerp 1 en ontwerp 4 (zie tabel 25 en 26). Een aantal jongeren gaven aan deze samengevoegd te willen zien.

Tabel 25: Voorkeur van jongeren uit alle ontwerpen*

Voorkeur keuze uit alle ontwerpen	Aantal respondenten (n=9)
Ontwerp 1: Mobiele applicatie tekst	ⅢⅢ
Ontwerp 2: Mobiele applicatie beeld	I
Ontwerp 3: Persoonlijke Webpagina	III
Ontwerp 4: e-Card	IIII

*=soms gaven respondenten de voorkeur aan twee ontwerpen.

Tabel 26: Voorkeur van jongeren per vorm van zorg: Voorbereiding versus nazorg

Voorkeur bij keuze uit twee ontwerpen	Aantal respondenten (n=9)	
	Ontwerp 1	Ontwerp 2
Ter voorbereiding van consult	III I	II
	Ontwerp 3	Ontwerp 4
Nazorg	II	III

Het grootste voordeel dat jongeren noemde in samenhang met ontwerp 1 en 2 is het gegeven voorbereid te worden op het consult (zie tabel 27). Ook wordt de mobiele applicatie als drempel verlagend gezien als het gaat om het vinden of inbrengen van informatie over Sense-problematiek. Eén meisje zei dat ze dit zelf in het consult niet snel ter sprake zou durven brengen. Een ander gaf aan dat zij het handig vindt onderwerpen te kunnen bespreken, informatie te kunnen vinden of hulpmogelijkheden te kunnen krijgen over onderwerpen waar ze het met haar ouders niet over kan hebben.

Een ander genoemd pluspunt is dat ze niet zelf op internet hoeven te zoeken, maar direct de juiste informatie aangeboden krijgen (zie tabel 27). De informatie in eigen tijd rustig kunnen (na)lezen, wordt het vaakst genoemd als pluspunt voor ontwerp 3 en 4. Zo zei één van de meisjes het fijn te vinden de informatie terug te kunnen lezen, gezien ze door de spanning tijdens het consult de informatie moeilijker kon onthouden.

Tabel 27: De belangrijkste plus- en minpunten van de ontwerpen

	Pluspunten	Resp.*	Minpunten	Resp.*
eHealth ter voorbereiding (ontwerp 1 en 2)	Vorbereid worden op het consult	7	Angst voor privacy, doordat anderen de applicatie kunnen zien/horen	4
	De drempel verlagende werking voor de inbreng van Sense-problematiek	5	Afspelen van filmpje/coach kost te veel tijd	2
	Direct de juiste informatie kunnen vinden	5		
eHealth Nazorg (ontwerp 3 en 4)	De mogelijkheid, informatie thuis, rustig na te kunnen lezen	5	Te veel stappen/moeite moeten doen om bij informatie te komen (ontwerp 3)	4
	Via internet meer privacy	2	Angst voor privacy doordat anderen de mailbox kunnen zien	3
	Duidelijke lay-out (ontwerp 3)			

*=aantal respondenten (n=9)

De door de jongeren genoemde minpunten gaan voornamelijk over privacy (zie tabel 27). De angst dat de mobiele applicatie zichtbaar of hoorbaar (ontwerp 2) is voor anderen wordt hierbij genoemd. Zo gaf een meisje aan dat de app zichtbaar is voor anderen en ze niet wil dat iemand ziet dat ze naar de GGD gaat. Maar ook bij het gebruik van de persoonlijke mailbox (ontwerp 4) is er angst dat de informatie terecht komt bij ouders of klasgenootjes. Een paar meisjes gaven aan dat een ouder de mailbox controleert, of dat in het verleden deed. Een ander minpunt dat wordt genoemd bij ontwerp 3, is dat er teveel stappen moeten worden ondernomen om bij de juiste informatie te komen. Zo zei één meisje ontwerp 3 (met code) niet te zullen gebruiken terwijl ze wel op een linkje zou klikken. Het direct ontvangen van informatie via je mailbox of een directe verwijzing naar de applicatie via het afspraak-smsje van de GGD, wordt dan ook als pluspunt genoemd. Zo zei een jongere dat ze via een smsje snel geneigd zou zijn er op te klikken en er naar te kijken. Ontwerp 3 wordt echter wel als minder privacy gevoelig gezien, omdat het een weblink betreft. Eén van de jongeren gaf aan ontwerp 1 om die reden in website-vorm te willen zien.

Bijna alle jongeren gaven aan het gekozen ontwerp te willen gebruiken als het wordt aangeboden. Een paar willen dit alleen bij hun eerste consult, en een paar gaven aan dit vooral nuttig te vinden bij Sense-problematiek. Zo zei een jongere dat als ze zelf Sense-vragen had gehad ze het zeker zou gebruiken.

Twee jongeren gaven aan dat er nog meer informatie over seks (in het algemeen) toegevoegd kan worden, zoals feiten en fabels over wat normaal is en wat niet in relatie tot pornografie. Eén van de allochtone meisjes zou de applicatie ook graag los van het consult willen gebruiken, zodat de stap naar de Poli Seksuele Gezondheid (voor haar Turkse vriendenkring) toegankelijker zou worden. Ze denkt dat de mobiele applicatie in deze groep heel welkom zou zijn. Een enkeling noemde dat het design er wel wat fleuriger en aantrekkelijker uit mag zien. Verder vinden alle jongeren de ontwerpen duidelijk en waren er geen op- of aanmerkingen.

Opvallend was dat de allochtone meisjes het meest enthousiast waren over het gebruik van de eHealth-ontwerpen. Allen noemden hierbij het taboe van vragen over seks en de mogelijkheid die eHealth bood om hier hulp voor te kunnen en durven vragen.

Samenvattend zijn de belangrijkste factoren, de privacy, laagdrempeligheid van gebruik (niet teveel inspanning voor resultaat), en het gebruik in eigen tijd en op eigen plaats van de eHealth toepassing. Voor het daadwerkelijke gebruik, spelen de aanwezigheid van Sense-problematiek/vragen en de hoeveelheid consulten mee, die de jongere heeft gehad.

4. Conclusie

In dit onderzoek is inzicht verkregen in de verschillende behoeften van hulpverleners en laagopgeleide meisjes aan aanvullende (Sense)zorg in de vorm van eHealth op de Poli Seksuele Gezondheid.

Beide stakeholders zien mogelijkheden voor de inzet van een eHealth technologie om de huidige zorg te verbeteren. Dit kan hulpverleners ondersteuning bieden bij het vinden van achterliggende (Sense)hulpvragen, kennisoverdracht en het vergroten van de bewustwording- en de risicoperceptie van jongeren ten aanzien van soa's. Bij jongeren kan eHealth dienen ter voorbereiding van het consult en het verkrijgen van meer informatie over en bewustwording van verschillende (Sense)thema's zoals soa's en anticonceptie.

Omdat jongeren zich in eerste instantie vaak onbewust zijn van eigen hulpvragen tot voorbeeldthema's worden geschetst, is het van belang dat de eHealth toepassing actief wordt aangeboden en dat deze (eventuele) persoonlijke zorgvragen van jongeren triggert. Ook omdat zij vaak denken voldoende competent te zijn of genoeg te hebben aan de naaste omgeving als informatiebron. Daarnaast is een belangrijk punt voor het daadwerkelijk gebruik van eHealth door jongeren dat de toepassing bekend is bij het publiek en dat jongeren weten waar ze deze kunnen vinden.

Om tegemoet te komen aan de randvoorwaarden van de stakeholders dient de eHealth-toepassing met name overzichtelijk, betrouwbaar, realistisch en makkelijk in gebruik te zijn. Ook gezien huidige digitale hulpbronnen zoals het internet door jongeren vaak worden gezien als onbetrouwbaar, onpersoonlijk of te breed. Hulpverleners willen met name dat de eHealth-toepassing aansluit op het niveau en de beleavingswereld van jongeren, dat deze eenvoudig is in gebruik en dat jongeren deze zelfstandig kunnen gebruiken. Dialogue support functies zoals design en reminders, Credibility support functies zoals trustworthiness en expertise en Primary task support functies zoals tunneling kunnen het daadwerkelijke gebruik van de eHealth toepassing door jongeren in de toekomst ondersteunen. Dit laatste is van belang om jongeren te helpen de juiste informatie te vinden.

Om het aantal recidive van soa's terug te dringen is het raadzaam theoretisch gefundeerde gedragsveranderings-elementen in te zetten om de 'waargenomen kwetsbaarheid' van jongeren te groten.

Het prototype van de mobiele applicatie en de eCard vinden draagvlak bij jongeren en kunnen bijdragen aan het vinden van de juiste informatie over en het bespreekbaar maken van Sense-problematiek. Deze prototypes kunnen in de toekomst worden doorontwikkeld en ingezet worden in de praktijk.

5. Discussie

5.1 Belangrijkste bevindingen in relatie tot de literatuur

Opvallend is dat jongeren in eerste instantie vaak aangaven geen problemen te ondervinden of alles al te weten over seks, liefde en relaties. Dit terwijl de literatuur juist laagopgeleide jongeren ziet als een risicogroep voor Sense-problematiek (De Graaf et al., 2012) en uit een onderzoek over zorgen onder jongeren bleek, dat onzekerheden over het eigen lichaam en zorgen rondom verliefdheden door meisjes (18-25 jaar) vaak werden genoemd (De Clerck, Vandenbosch, Opgenhaffen, & Eggermont, 2008). Op het moment dat specifieke (Sense)thema's werden bevraagd, bleken er bij de jongeren toch vragen te ontstaan. Ook wordt er positief gereageerd op voorbeelden van eHealth en op de mogelijkheid van een nieuw ontwerp, net als op de ontwikkelde paper prototypes. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat jongeren zich onvoldoende bewust zijn van hulpvragen totdat ze actief tot denken worden aangezet. Gebrek aan kennis over seksualiteit, soa of anticonceptie zoals de Graaf et al. (2012) aan deze doelgroep toeschrijven, kan door jongeren zelf ook onopgemerkt blijven. Uit onderzoek van Dunne, McCann, Millen, Wilson en Macdonald (2015) blijkt namelijk dat 20% van de meisjes die de Poli Seksuele Gezondheid bezochten hun eigen kennis over seksualiteit overschatten.

De onbekendheid van hulp- en informatiemogelijkheden blijkt ook een belangrijke rol te spelen en het denkproces van jongeren te beïnvloeden. Zo gaven een paar jongeren aan niet te weten van de mogelijkheid Sense-vragen te kunnen stellen en dat ze niet over eventuele zorgvragen in die strekking hebben nagedacht. Daarnaast konden zij zich weinig voorstelling maken van eventuele aanvullende zorg of ondersteuning van Sense-problematiek. Ook bleek de website www.sense.info nagenoeg onbekend. Een tekort aan kennis over hulpmogelijkheden wordt ook in de literatuur genoemd als een barrière voor hulp-zoek-gedrag van jongeren bij seksuele problematiek (Formby, Hirst, Owen, Hayter, & Stapleton, 2010). Als het specifiek gaat om eHealth over seks en soa, beamen Muessig et al. (2013) dat het onder de aandacht brengen van deze applicaties vaker een kritiek punt vormt. Zij wijten dit aan slechte promotie, gebrek aan aantrekkelijkheid van applicaties en aan onvoldoende aansluiting op de gebruikerskarakteristieken van doelgroep.

De Sense-thema's waarover jongeren hun zorgbehoeften uitspraken, komen overeen met de onderwerpen die landelijk bij Sense-consulten worden besproken (Van Aar et al., 2014), zoals informatie over soa's en ondersteuning/tips ter preventie van zwangerschap. Problemen met het aangeven van grenzen kwamen minder naar voren, maar werd wel door iedereen erkend als probleem bij anderen of in het verleden bij henzelf. Gevoelens van schaamte zouden het uitdragen van zorgbehoeften hierbij belemmerd kunnen hebben.

Ondanks dat meer dan de helft van de geïnterviewden open staan voor gebruik van eHealth is het opvallend dat de meeste jongeren aangeven de eHealth-toepassing geschikter te achten voor een jongere of minder ervaren doelgroep. Mogelijk speelt de leeftijd van de geïnterviewden hierbij een rol (gemiddeld 21.9 jaar), gezien de initiatie van seks bij laagopgeleide jongeren vaker op jongere leeftijd (13-14 jaar) plaatsvindt (De Graaf et al., 2012; Schrijvers & Schuit, 2012). Daarnaast kan het feit dat deze jongeren niet voor de eerste keer de poli bezochten, (on)terecht een gevoel geven van ervaring en competentie. Omdat jongeren wel aangaven de eHealth-toepassing een goed idee te vinden, kan

het ook zijn dat jongeren eigen behoeften niet toe durfde te geven, door het taboe rond seksualiteit (Hiemstra, 2012). Behoeftte aan informatie over seksualiteit blijkt namelijk niet leeftijdsgebonden (Daneback, Mansson, Ross, & Markham, 2012).

Hulpbronnen jongeren

Dat jongeren bij vragen of problemen over seks, liefde en relaties eerder bij vrienden en familie te rade te gaan wordt in de literatuur bevestigd. Een representatief onderzoek naar seksualiteit onder Nederlandse jongeren laat zien dat de moeder in vele gevallen als informatiebron dient (De Graaf et al., 2012). Dit geldt voor jongeren onder de 20 jaar (Ackard & Neumark-Sztainer, 2001; Gray, Klein, Cantrill, & Noyce, 2002) maar ook nog voor een kwart van de 21-24 jarigen (De Graaf et al., 2012). Als het gaat om sociale relaties, seks maar ook gezondheidsproblemen, gaan jongeren vaak naar een vriend(in) (De Clerck et al., 2008). Dit benadrukt het belang van verspreiding van informatievoorzieningen niet alleen bij jongeren, maar ook bij hun naaste omgeving. Hierbij moet opgemerkt worden dat de allochtone jongeren, die deelnamen aan de formatieve evaluatie, enthousiaster leken over het onderdeel “persoonlijke advies over Sense-thema’s” dan autochtone jongeren. Door deze meisjes werd juist opgemerkt dat dit hen de kans kan geven hulp te vinden bij problemen die thuis of in de omgeving juist minder makkelijk bespreekbaar zijn. De Graaf et al. (2012) bevestigen dit gegeven. Met name islamitsche meisjes praten zelden met hun ouders over seksualiteit. Zoals al eerder werd aangehaald, hebben allochtone jongeren dan ook vaak gebrek aan kennis (De Graaf et al., 2012). Deze combinatie kan erg problematisch zijn. In een onderzoek onder Turkse vrouwen (± 19.74 jaar) blijkt dat 52% van de Turkse vrouwen problemen hebben met seksualiteit (Erbil, 2011). Een jongere leeftijd, en een lager opleidingsniveau blijken hierbij risicofactoren.

Ook de bevindingen van het internet als informatiebron wijken niet veel af van bestaande literatuur. De seksuele gezondheid blijkt één van de belangrijkste gezondheidsonderwerpen waarover jonge mensen online informatie zoeken (Buhi et al., 2009). Uit onderzoek van Daneback et al. (2012) blijkt dat 57% van de meiden tussen 18-24 jaar hiervoor het internet gebruikt. Dit komt overeen met de resultaten uit dit onderzoek, net als het gegeven dat jongeren over het algemeen meer vertrouwen hebben in informatiebronnen zoals schooleducatie, familie en vrienden (Jones & Biddlecom, 2011). In tegenstelling tot laagopgeleide studenten laat onderzoek naar universitaire studenten (18-19 jaar) zien dat zij eerder geneigd zijn het internet als hulpbron te raadplegen dan hulpverleners, vrienden of familie (Jones & Biddlecom, 2011). Dit benadrukt het feit dat specifieke groepen om een aparte benadering en interventie vragen.

Dat er ook jongeren zijn die geen internet gebruiken wordt bevestigd door Jones en Biddlecom (2011). Zij stellen dat niet veel tieners internet gebruiken voor educatieve informatie over de seksuele gezondheid. Wantrouwen ten opzichte van online gezondheidsinformatie blijkt ook hier een rol te spelen. Net als dat de verschillende websites met verschillende antwoorden op dezelfde vragen voor verwarring zorgen. Dit laatste wordt ook genoemd in focusgroepen bij meisjes in de leeftijd van 11-18 jaar (Gray et al., 2002). Hierbij wordt gepleit strategieën te creëren voor jongeren, zodat zij de grote omvang van beschikbare informatie op internet beter kunnen hanteren (Gray et al., 2002).

Informatie vinden 'via Google' werd meerdere keren door jongeren in dit onderzoek genoemd. Dit blijkt ook door andere jongeren veelvuldig als zoekstrategie te worden toegepast (Grey et al., 2002; Buhi et al., 2009). Uit onderzoek van Buhi et al. (2009), waarbij jongeren verschillende vraagstukken op het gebied van seksualiteit online moesten oplossen, bleek dat 94.1% dit via 'Google' deed. Ook bleek dat jongeren vaak niet verder kijken dan de eerste drie webpagina's die de zoekmachine weergeeft en zij ook onbetrouwbare sites bezochten. De jongeren kwamen op deze manier zelden terecht op professionele websites die speciaal voor jongeren zijn ontworpen. Dit komt overeen met de huidige bevindingen waaruit blijkt dat jongeren geen enkele professionele website over de seksuele gezondheid (sense.info, vrijfijn.nl etc.) kennen. Verder bleek in het onderzoek van Buhi et al. (2009) dat jongeren vooral moeite hadden met het oplossen van vraagstukken en scenario's die te maken hadden met het zoeken van lokale hulp. Dit komt overeen met het gegeven in het huidige onderzoek waar enkele hulpverleners het belang van een goede doorverwijzing naar hulpmogelijkheden in de eHealth-toepassing benadrukten. Gezien het onderzoek van Buhi et al. (2002) onder hoger opgeleide jongeren werd afgenomen, is het nog essentiëler de gezondheidsvaardigheden van laagopgeleide jongeren niet te overschatten. De vraag rijst of jongeren die via Google zoeken uitkomen bij bronnen die passend zijn voor de doelgroep en voldoende zijn van kwaliteit. Ook Buhi et al. (2002) ziet het belang van het vinden van een oplossing voor het vraagstuk hoe jongeren gedirigeerd kunnen worden naar bruikbare informatiesites, zoals in de eHealth-ontwerpen in dit onderzoek wordt getracht.

Theorie en determinanten van seksueel risicogedrag

Bij seksueel risicogedrag zijn vooral determinanten van de Protection Motivation Theory (PMT) zichtbaar, in tegenstelling tot de determinanten van de Theory of Planned Behaviour. De waargenomen kwetsbaarheid wordt het vaakst in verband gebracht met condoomgebruik. Dat de risicoperceptie een belangrijk punt is, wordt in bestaande literatuur bevestigd (Khawcharoenporn, Kendrick, & Smith, 2012; Marston & King, 2006; Donovan & Ross, 2000). Het vaker seks hebben met dezelfde persoon blijkt uit huidig onderzoek de belangrijkste factor die waargenomen kwetsbaarheid verzwakt. In bestaande literatuur blijkt ook dat 75.1% van de 15-24 jarige vrouwen geen condoom gebruiken bij een vaste partner (Goenee, Kedde & Picavet, 2012). Bij laagopgeleide jongeren onder de 26 jaar was dit zelfs 80% (Goenee et al., 2012). In het onderzoek van Goenee et al. (2012) wordt iemand als vaste partner betiteld bij een vaste relatie. Er kan echter afgevraagd worden, wanneer een losse partner na herhaaldelijk seksueel contact door jongeren als een vaste partner wordt beschouwd.

Opvallend is dat jongeren zich wel competent achten in het gebruik van condooms (waargenomen gedragscontrole) maar dit dus toch nalaten. Mogelijk kan dit verklaard worden door de lage mate van waargenomen kwetsbaarheid die wordt ervaren. Daarnaast wordt de invloed van de sociale omgeving (subjectieve norm van het TPB model) nauwelijks benoemd, terwijl deze de belangrijkste invloed zou hebben op de leefstijl van laagopgeleide jongeren (Schrijvers en Schuit, 2010) en seksueel risicogedrag beïnvloed (Albert et al., 2013). Een verklaring hiervoor is dat in dit onderzoek geen determinantenanalyse is uitgevoerd, waardoor de werking van de determinanten van PMT en TPB bij deze specifieke groep niet direct is gemeten en dus niet bevestigd kunnen worden. De vraag waaruit informatie over condoomgebruik voortkwam, trachtte de zorgbehoefte van

condoomgebruik in kaart te brengen (*“Wat kan jou helpen om in de toekomst een condoom te gaan gebruiken?”*).

Huidige angst voor een soa wordt door jongeren als een helpende factor gezien om voortaan wel condooms te gaan gebruiken. De helft van de jongeren die dit aangaven waren echter niet voor de eerste keer op de Poli. En ook uit de prevalentie van recidieven (Gotz et al., 2013; Dukers-Muijters et al., 2013; Hosenfeld et al., 2009) blijkt een Polibezoek niet voldoende voor gedragsverandering. De methode ‘Fear appeal’ wordt bij twee van de prototypes gebruikt ter bevordering van gedragsverandering. Over de mate van effectiviteit van deze methode zijn de meningen verdeeld. Uit een meta-analyse blijkt dat bij een juiste inzet en gebruik van ‘Fear appeal’, dit een bruikbare methode is ter bevordering van gedragsverandering (Witte & Allen, 2000). Er is weinig bekend of dit ook effectief is bij het bevorderen van condoomgebruik (Smerecnik & Ruiter, 2010). Een paar jongeren in dit huidige onderzoek denkt van wel. Dit komt overeen met onderzoek van Rhodes en Wolitski (1990) waar posters met ‘Fear appeal’-elementen ter preventie van Hiv door respondenten zelf als effectiever werden ingeschat dan posters zonder deze elementen. Uit onderzoek van Smerecnik & Ruiter (2010) blijkt dat geanticipeerde spijt een rol speelt bij de werking van ‘Fear appeal’ ter preventie van Hiv. Een hoge mate van coping-informatie verhoogde geanticipeerde spijt en leidde tot een verhoogde intentie condooms te gebruiken.

Ook de beschikbaarheid van condooms werd door jongeren genoemd als helpende factor voor condoomgebruik. Uit bestaande literatuur blijkt beschikbaarheid inderdaad geassocieerd te worden met meer condoomgebruik (Blake et al., 2003; Guttmacher et al., 1997; Ko et al., 2009; Song et al., 2009; Wretzel, Visintainer, & Pinkston Koenigs, 2011).

PSD factoren en de inhoud van eHealth

Opvallend was dat de meeste kenmerken die jongeren positief vonden aan de eHealth-voorbeelden onder de categorie Dialogue support van het PSD model vielen. Met name de functies: reminders, similarity, praise/rewards en liking. Maar ook bepaalde functies van Credibility support: trustworthiness, expertise, third party endorsement en surface credibility zijn van belang. Daar de perceptie van betrouwbaarheid en privacy van een mogelijke eHealth toepassing vaak werd benoemd. Een overzichtelijke en eenvoudig te begrijpen weergave van de inhoud en het vinden van persoonlijk relevante informatie werd ook genoemd. De functies tunneling en personificatie of tailoring van de categorie Primary support zijn hierbij helpend.

Uit bestaande literatuur blijken de functies van Dialogue support in belangrijke mate de therapietrouw naar web-based interventies te bepalen (Van Gemert-Pijnen et al., 2013). Eerdere onderzoeken onder Sense-doelgroepen geven eenzelfde beeld weer van de voorkeuren van jongeren van functies uit het PSD-model (Lehmann, 2013; Kulyk et al, 2014). Zo worden de functies van Social Support minder geschikt geacht, gezien de sensitieve aard van het onderwerp. Social media werd alleen ter promotie van de bekendheid van gezondheidsdiensten genoemd. Het belang van de betrouwbaarheid van de informatie en bron, en een duidelijke structuur van de inhoud van eHealth wordt ook door Lehman (2010) bevestigd. Waar Lehman (2010) de betrouwbaarheid als één

belangrijk aspect van een applicatie aanhaalt, komt in dit onderzoek duidelijker naar voren, dat betrouwbaarheid ook een essentiële voorwaarde is voor het gebruik van de applicatie.

Dat jongeren aangaven alleen informatie (over soa's) te willen die op hen van toepassing is, komt overeen met de resultaten van andere onderzoeken waarin het belang van (individuele) 'tailoring' werd aangetoond (Crutzen et al., 2013; Muessig et al., 2013; Van Gemert-Pijnen et al., 2011; Noar, 2011).

Sterktes en zwaktes van het onderzoek en de onderzoeksmethode

Een voordeel van dit onderzoek is zijn kwalitatieve aanpak, gezien hierdoor een wereld belicht heeft kunnen worden, die met kwantitatief onderzoek onderbelicht zou zijn gebleven. De diepgang die met de interviews is geworven en de betrokkenheid van verschillende stakeholders, het iteratieve proces van de CeHRes Roadmap en verschillende onderzoeksmethoden vormen de kracht van dit onderzoek. De CeHRes Roadmap bood een goede leidraad voor de ontwikkeling van eHealth op basis van behoeften in de praktijk. Het iteratieve proces, waarbij bevindingen direct worden benut en bij de stakeholders worden getoetst en aangepast is hierbij een belangrijk punt. Door de toepassing van paper prototyping zijn op een goedkope manier bevindingen uit het onderzoek concreet gemaakt en werd de voorkeur van jongeren getoetst. De 'Contextual inquiry' en de 'Value specification' zijn uitgevoerd middels semigestructureerde interviews. Hierdoor zijn de belangrijkste onderwerpen en vragen in elk interview doorlopen en was er tevens ruimte voor de deelnemers om hun eigen verhaal te vertellen wat een rijkheid aan informatie heeft opgeleverd. Daarnaast is 'het interview' een goed middel om gedachten, gevoelens en meningen in kaart te brengen (Baarda et al., 2009). Een kanttekening, welke niet opweegt tegen de voordelen van een goed product, is de intensiviteit van het onderzoek welke organisatie en tijd vergt van alle betrokkenen.

Het onderzoek heeft ook een aantal beperkingen. Doordat een relatief klein aantal jongeren deelnam aan het onderzoek is de generaliseerbaarheid naar de totale groep laagopgeleide meisjes die de Poli Seksuele Gezondheid bezoeken in Nederland, beperkt. Daar tegenover staat dat de informatie uit de verschillende interviews veelal met elkaar overeenkwam waaruit kan worden opgemaakt dat meer respondenten een beperkte hoeveelheid nieuwe informatie zouden hebben opgeleverd. Daarbij komt dat de doelgroep specifiek samengesteld was wat de kans op overeenkomende resultaten en behoeftes vergrootte. Toch kan ook hierbij afgevraagd worden in hoeverre de zorgbehoeften en het niveau van informatieverstrekking uiteenlopen binnen het ruime opleidingscriterium $\leq$ MBO. Daarbij komt dat het laagst genoten opleidingsniveau VMBO bedroeg, waardoor jongeren uit het praktijkonderwijs buiten beschouwing zijn gebleven. Ook het feit dat jongeren zelf konden bepalen deel te nemen aan het onderzoek kan een representatieve weergave van de totale groep lager opgeleide meisjes hebben vertekend (Crosby et al., 2006). Wellicht waren meisjes die wilden deelnemen assertiever of zelfverzekerder dan andere meisjes, waardoor bepaalde zorgbehoeften buiten beschouwing zijn gebleven. Ook het kleine aantal hulpverleners is te betwisten. Er kan hierbij gesteld worden dat hulpverleners met zoveel jaar werkervaring en een Sense-scholing voldoende inzicht hebben in de problematiek van jongeren. Daarbij komt dat jongeren en niet de hulpverleners de eindgebruikers voor een nieuwe eHealth-toepassing vormen.

Kwalitatieve onderzoeksmethoden kennen naast dat zij een rijkdom aan informatie geven ook een aantal aandachtspunten. Zo kunnen subjectiviteit, interpretatiefouten en de interviewvaardigheden van de onderzoeker de betrouwbaarheid en validiteit bedreigen. Door het gebruik van een draaiboek, geluidsopname apparatuur en een controle van de data-analyse is geprobeerd deze subjectiviteit en mogelijke vertekeningen te voorkomen. De betrokkenheid van een tweede onderzoeker was hierbij echter beter geweest, zodat de interbeoordelings-betrouwbaarheid getoetst had kunnen worden (Verhoeven, 2007).

Daarnaast kan het zijn dat jongeren ondanks de privacy die de behandelkamer bood minder open durfde te zijn over hun zorgbehoefte ten aanzien van seksualiteit dan wanneer zij anoniem een vragenlijst hadden ingevuld. Daar tegenover staat dat met kwalitatief onderzoek 'doorvragen' mogelijk was, welke bij deze doelgroep van groot belang bleek om voldoende input te werven voor de ontwikkeling van een eHealth-toepassing.

6. Aanbevelingen

6.1 Aanbevelingen en vervolgstappen in de ontwikkeling van eHealth

Naar aanleiding van dit onderzoek is duidelijk geworden dat bij seksualiteit-problematiek een persoonlijke en actieve benadering naar jongeren van groot belang is. Jongeren moeten op de hoogte worden gesteld van hulp- en informatiemogelijkheden en geholpen worden de informatie-omvang beter te hanteren. Op deze manier wordt de kans vergroot dat jongeren die hulp nodig hebben, worden bereikt en informatie en hulp krijgen van een betrouwbare bron. Daarbij komt dat dan ook de jongeren die thuis slecht of niet over seksualiteit kunnen praten (zoals wellicht allochtone jongeren), makkelijker toegang krijgen tot zorg.

Het is van groot belang de verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van jongeren aan te spreken en te vergroten. Een autoritaire houding van arts of hulpverlener is niet meer passend in de huidige zorg (Lechner, Mesters, & Bolman, 2010) en werkt (bij seksuele problematiek) juist averechts (Keer et al., 2014). Het onlangs gepresenteerde begrip van arts en onderzoeker Machteld Huber, 'Positieve gezondheid' stelt dat bij gedragsverandering de hulpverlener de patiënt niets moet opleggen, maar dat de hulpverlener de patiënt moet ondersteunen om zelfstandig te kunnen functioneren door het bevorderen van de intrinsieke motivatie en het vergroten van de zelfredzaamheid (Huber, 2014; Walg, 2014). Gezien de GGD Twente het concept van positieve gezondheid graag wil doorvoeren, is de doorontwikkeling van de eHealth-toepassing voor jongeren, die hen beter voorbereid op het consult en de kennisoverdracht vergroot, aan te bevelen. Op die manier vindt er ook een verschuiving plaats in de rol van de hulpverlener, zoals die door Lechner et al. (2010) wordt beschreven. Naast informatie verstrekken, kan de hulpverlener tijdens het consult ook helpen bij het ordenen van de informatie die jongeren al via het internet en de media hebben opgezocht.

De huidige zorg op de Poli Seksuele Gezondheid blijkt onvoldoende om het aantal recidivisten terug te dringen en het is daarom raadzaam om naast 'Motivational Interviewing', meerdere troeven in te zetten ter bevordering van gedragsverandering. Bij gedragsverandering is de inzet van theoretisch gefundeerde gedragsveranderingsmethoden en strategieën essentieel. De eHealth-ontwerpen, die voortkwamen uit dit onderzoek, zijn hierbij de eerste stap. Nu de formatieve evaluatie heeft plaatsgevonden, is bekend wat jongeren vinden van de ontwikkelde eHealth-toepassingen en dat de mobiele applicatie ter voorbereiding van het consult (ontwerp 1) en de e-Card als vorm van nazorg, (ontwerp 4) het meeste aanspreken. De volgende fase van de CeHRes Roadmap is de designfase. In deze fase worden met behulp van technici de functionele eisen van de jongeren en hulpverleners verder omgezet in technische eisen welke het fundament vormen voor werkende eHealth-prototypes (Van Gemert-Pijnen et al., 2013). De ontwikkelde persona's dienen hierbij als hulpmiddel. Gezien zich onder de geïnterviewde jongeren geen allochtone meisjes bevonden, is het van belang voor deze groep een persona te ontwikkelen, zodat deze ook kan worden meegenomen bij de ontwikkeling van eHealth. Vervolgens kan ontwerp 1 worden uitgewerkt met elementen van ontwerp 4 en dienen persuasieve elementen toegevoegd te worden. Uit huidig onderzoek blijkt dat hierbij de inzet van de functies: reminders, similarity, praise/rewards en liking is aan te raden. Net als bepaalde functies van

Credibility support: trustworthiness, expertise, third party endorsement en surface credibility. En de functies tunneling en personificatie of tailoring van de categorie Primary support. Concreet betekent dit dat er interactieve elementen kunnen worden ingezet waardoor jongeren de informatie krijgen die voor hen van belang is of waarbij jongeren worden beloond voor het doorlopen van bepaalde stappen in de applicatie. Daarnaast moet de inhoud van de applicatie herkenbaar zijn voor jongeren, moeten jongeren door de applicatie heen geleid worden en dient het uiterlijk van applicatie aantrekkelijk te ogen. Hierbij moeten kenmerken worden toegevoegd waaraan jongeren de betrouwbaarheid van de applicatie kunnen afleiden, zoals het noemen van de GGD als bron.

Middels een gebruikerstest (usability test) zoals de 'think aloud methode' kan vervolgens nagegaan worden of de inmiddels werkende toepassing aansluit op de vaardigheden (en de behoeften) van de doelgroep. Naast dat deze test systeemfouten opspoot, verhoogd dit het gebruik en de acceptatie van het product door gebruikers (Jaspers, 2009).

Tegelijkertijd dient aandacht te worden besteed aan de implementatie van de toepassing en het aandeel van de verschillende stakeholders hierin. In een Business model kan worden vastgesteld wie verantwoordelijk is voor welke taken, zoals het leveren van de service, technische aspecten: zoals het up-to-date houden van de eHealth-toepassing, de algehele organisatie en de financiering rond de ontwikkeling en het onderhoud van het product (Van Gemert-Pijnen et al., 2013).

Na de implementatie kan een summatieve evaluatie uitwijzen in hoeverre laagopgeleide meisjes baat hebben bij de eHealth-toepassing. Wanneer dit succesvol is gebleken kan er gedacht worden aan de ontwikkeling van eHealth-varianten voor andere groepen die de Poli Seksuele Gezondheid van de GGD bezoeken, gezien problematiek rond Sense-thema's en recidivisten ook in andere doelgroepen voorkomen. Doordat ontwerp 1 en 4 informatie op maat bieden én de informatie ter voorbereiding op het consult (ontwerp 1) voor alle jongeren op de Poli Seksuele Gezondheid van toepassing is, kan door kleine toevoegingen zoals verschillende profielen, wellicht in de toekomst een grotere en meer diverse groep jongeren bereikt worden.

6.2 Praktische aanbevelingen

Meerdere meisjes (ook enkelen tijdens de formatieve evaluatie) rapporteerden over de slechte toegankelijkheid van het telefonisch spreekuur. Zij pleiten dan ook voor een telefonisch spreekuur buiten schooltijden.

Ook zijn er een aantal meisjes die liever geholpen willen worden door een vrouwelijke hulpverlener. Het bieden van deze mogelijkheid kan de openheid over seksuele problematiek vergroten.

Jongeren geven zelf aan dat de beschikbaarheid van condooms zou helpen veilig te vrijen en dat de verkoop van condooms gepromoot zou moeten worden. Het meegeven van condooms en het beter onder de aandacht brengen van de condoomactie van de GGD (10 voor 1 euro) is daarom raadzaam.

Als laatste blijft het van groot belang de mogelijkheid van Sense-hulpverlening te promoten zodat jongeren weten waar ze met problemen terecht kunnen. Dit kan bij de jongeren zelf, maar ook bij hun naaste omgeving (ouders) gezien zij vaak als hulpbron fungeren. Omdat jongeren vaak

informatie via 'Google' zoeken is het raadzaam te investeren in de vindbaarheid van de website Sense.info, zodat deze bij een zoekopdracht bovenaan de pagina van de zoekmachine wordt weergegeven.

6.3 Aanbeveling toekomstig onderzoek

Het is interessant om verder onderzoek te doen naar zorgbehoeften van andere groepen jongeren, zoals allochtone meisjes en een jongere groep meisjes. Door uitspraken gedurende de formatieve evaluatie is er een vermoeden ontstaan dat met name (laagopgeleide) allochtone meisjes veel baat kunnen hebben bij betrouwbare informatie. Zoals één van de meisjes aangaf, kan dit wellicht de opkomst van allochtone meisjes (20%) (Van Daal, 2015) op de Poli Seksuele Gezondheid vergroten. Deze groep jongeren zou voor een behoeftenonderzoek wellicht beter op andere locaties, zoals culturele buurthuizen kunnen worden geworven. Een andere mogelijkheid om de kans op een homogene steekproef (niveau, omgeving) te vergroten, is jongeren te werven op scholen. Dit is van belang omdat jongeren zich niet verbinden met informatiebronnen die niet overeenkomen met hun eigen ervaringen (McKee, Watson, & Dore, 2014).

Gezien 'het hebben van competentie/ervaring' één van de belemmeringen was voor de behoefte aan aanvullende zorg en de jongeren zelf een jongere doelgroep aanwezen voor eHealth is het interessant om eenzelfde behoefteanalyse bij een jongere groep (12-17 jaar) uit te voeren. Deze jongeren hebben nog geen of weinig ervaring met seksualiteit en op deze manier kunnen problemen preventiever worden aangepakt.

Literatuurlijst

- Ackard, D. M., & Neumark-sztainer, D. (2001). Health care information sources for adolescents: age and gender differences on use, concerns and needs. *Journal of adolescent health*, 170-176.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational behavior and human decision processes*, 179-211.
- Akkermans, M. (2013, Oktober 3). *Zeven op de tien gebruiken social media*. Opgehaald van Centraal Bureau van de Statistiek: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/vrije-tijd-cultuur/publicaties/artikelen/archief/2013/2013-3907-wm.htm>
- Albert, D., Chein, J., & Laurence, S. (2013). The Teenage Brain: Peer Influences on Adolescent Decision Making. *Current directions in Psychological Science*, 114-120.
doi:10.1177/0963721412471347
- Aspy, C. B., Vesely, S. K., Oman, R. F., Rodine, S., Marshall, L., & McLeroy, K. (2007). Parental communication and youth sexual behaviour. *Journal of adolescence*, 449-466.
doi:10.1016/j.adolescence.2006.04.007
- Baarda, D. B., De Goede, M. P., & Teunissen, J. (2009). *Basisboek Kwalitatief onderzoek*. Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Bakker, F. (2010, Juni 23). *Seksueel gedrag: zijn er verschillen naar sociaaleconomische status en etniciteit?* Opgehaald van Nationaal Kompas Volksgezondheid:
<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/seksueel-gedrag/verschillen-sociaaleconomisch-en-etniciteit/>
- Bartholomew, K., Parcel, G., Kok, G., Gottlieb, N., & Fernández, M. (2011). *Planning Health Promotion Programs*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bearinger, L. H., Sieving, R. E., Ferguson, J., & Sharma, V. (2007). Global perspective on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *Lancet*, 1220-1231. doi:10.1016/S0140-6736(07)60367-5
- Bishop, E. (2011). Im not a real risk-taker: moral identity construction and sexual-risk perceptions among a group of young rural Tasmanians. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 401-417. doi:10.1080/14681811.2011.595238
- Black, S. R., Schmiede, S., & Bull, S. (2013). Actual versus perceived peer sexual risk behavior in online youth social networks. *TBM*, 312-319. doi:10.1007/s13142-013-0227-y
- Blake, S. M., Ledsky, R., Goodenow, C., Sawyer, R., Lohrmann, D., & Windsor, R. (2003). Condom availability programs in Massachusetts high schools: Relationships with condom use and sexual behavior. *American Journal of Public Health*, 955-962.
- Brown, J. D., & Wissow, L. S. (2009). Discussion of sensitive health topics with youth during primary care visits: relationship to youth perceptions of care. *Journal of adolescents health*, 48-54.
doi:10.1016/j.jadohealth.2008.06.018
- Brug, J., Assema, P., & Lechner, L. (2007). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

- Buhi, E. R., Goodson, C. H., & Goodson, P. (2007). Predictors of adolescent sexual behavior and intention: A theory-guided systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 4-21. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.09.027
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2004, April 10). *Jeugd 2003, Cijfers en feiten*. Opgehaald van Centraal Bureau voor de Statistiek: <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/AF6E0157-6835-4F68-91A9-837157C380D3/0/2003g87p111art.pdf>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2014, April 16). *ICT gebruik van personen naar persoonskenmerken*. Opgehaald van Stateline: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=71098NED&D1=0-7,11-14,33-34,41-47,55-59,65-84,114-133&D2=7-8&D3=a&HDR=G1,G2&STB=T&VW=T>
- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., & Salazar, L. F. (2006). *Research methods in health promotion*. San Francisco: John Wiley & Sons.
- Crutzen, R., Kohl, L., & de Vries, N. (2013). *Kennissynthese online preventie*. Maastricht: Datawyse/Universitaire Pers Maastricht.
- Daneback, K., Mansson, S.-A., Ross, M. W., & Markham, C. M. (2012). The internet as a source of information about sexuality. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 583-598. doi:10.1080/14681811.2011.627739
- David, S., & Kulyk, O. (2014, December 19). *Voorkeur jongeren voor eHealth*. Opgehaald van Seksoa: <http://www.seksoa.nl/artikelen/voorkeur-jongeren-voor-ehealth/>
- De Clerck, M.-L., Vandenbosch, L., Opgenhaffen, M., & Eggermont, S. (2008). *Een onderzoek naar informatiebehoeften van kinderen, tieners en jongeren*. Leuven: Leuven school for mass communication research.
- de Graaf, H. (2012). Seksueel gedrag en seksuele beleving in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 87-97.
- De Graaf, H., Kruijer, H., Van Acker, J., & Meijer, S. (2012). *Seks onder je 25e*. Delft: Uitgeverij Eburon.
- Donovan, B., & Ross, M. W. (2000). Preventing HIV: determinants of sexual behaviour. *World AIDS*, 1897-1901.
- Dukers-Muijters, N. H., van Liere, G. A., & Hoebe, C. J. (2013). Re-screening Chlamydia trachomatis positive subjects: a comparison of practices between an STI clinic, general practitioners and gynaecologists. *Sexual transmitted infections*, 25-27. doi:10.1136/sextrans-2011-050467
- Dunne, L., McCann, M., Millen, S., Wilson, J., & Macdonald, G. (2015). Overconfidence, sexual health awareness and sexual health risk among young female users of sexual health clinics. *International journal of educational research*, 26-32. doi:10.1016/j.ijer.2015.02.007
- Eng, T., Gustafson, D., Henderson, J., Jimison, H., & Patrick, K. (1999). Introduction to evaluation of interactive health communication applications. *American Journal of Preventive Medicine*, 10-15. doi:10.1016/S0749-3797(98)00107-X
- Erbil, N. (2011). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among turkish women attend maternity and gynecology outpatient clinic. *Dex Disabil*, 377-386. doi:10.1007/s11195-011-9202-z

- Esquivel-Santovena, E. E., Lambert, T. L., & Hamel, J. (2013). Partner Abuse Worldwide. *Partner Abuse*, 6-75. doi:10.1891/1946-6560.4.1.6
- Ewalds, D. (2010, Juni 30). *Meer internet en minder tv bij jongeren*. Opgehaald van Centraal Bureau voor de Statistiek: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/vrije-tijd-cultuur/publicaties/artikelen/archief/2010/2010-3144-wm.htm>
- Formby, E., Hirst, J., Owen, J., Hayter, M., & Stapleton, H. (2010). 'Selling it as a holistic health provision and not just about condoms? Sexual health services in school settings: current models and their relationship with sex and relationships education policy and provision. *Sex Education*, 423-435. doi: 10.1080/14681811.2010.515099
- Goenee, M., Kedde, H., & Picavet, C. (2012). Condoomgebruik en testgedrag in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 109-120.
- Gotz, H. M., Wolfers, M. E., Luijendijk, A., & van den Broek, I. V. (2013). Retesting for genital Chlamydia trachomatis among visitors of a sexually transmitted infections clinic: randomized intervention trial of home- versus clinic-based recall. *BMC infectious Diseases*, 239-249.
- Gray, N. J., Klein, J. D., Cantrill, J. A., & Noyce, P. R. (2002). Adolescent girls' use of the internet for health information: issues beyond access. *Journal of Medical Systems*, 545-553.
- Guttmacher, S., Liebermann, L., Ward, D., Freudenberg, N., Radosh, A., & Jarlais, D. D. (1997). Condom availability in New York City public high schools: Relationships to condom use and sexual behavior. *American journal of public health*, 1427-1433.
- Heijman, T., & De Feijter, E. (2011). *Counselen volgens motiverende gespreksvoering met het soa-aids gespreksmodel*. Soa-aids Nederland.
- Hiemstra, J., & Grauvogl, A. (2012). Online hulpverlening voor jongeren met seksuele problemen: een literatuurstudie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 12-18.
- Hogg, P., Hennessey, C., Rowlands, W., Hindle, J., Dodgeon, J., Atkinson, S., . . . Downs, C. (1997). Patient and partner guide to obstetric ultrasound: an overview of a multimedia; computer base information prototype. *European Journal of Ultrasound*, 1-18.
- Hosenfeld, C. B., Workowski, S. B., Akbar, Z., Dyson, J., Bolan, G., & Bauer, H. M. (2009). Repeat infection with chlamydia and gonorrhea among females: a systematic review of the literature. *Sexually Transmitted Diseases*, 478-489. doi:10.1097/OLQ.0b013e3181a2a933
- Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of Health*. Opgehaald van Maastricht University: <http://pub.maastrichtuniversity.nl/ca35cef5-7513-4963-8666-dfed020b66ac>
- Jaspers, M. W. (2009). A comparison of usability methods for testing interactive health technologies: methodological aspects and empirical evidence. *International journal of medical informatics*, 340-353. doi:10.1016/j.ijmedinf.2008.10.002
- Jones, R. K., & Biddlecom, A. E. (2011). Is the internet filling the sexual health information gap for teens? an exploratory study. *Journal of Health Communication*, 112-123. doi:10.1080/10810730.2010.535112
- Kampman, C. J., Koedijk, F. D., Driessen-Hulshof, H. C., Hautvast, J. L., & Van den Broek, I. V. (2015). Retesting young STI-clinic visitors with an urogenital Chlamydia trachomatis infection in the Netherlands; response to a text message reminder and reinfection rates.

- Keatley, D., Clark, D. D., & Hagger, M. S. (2011). Investigating the predictive validity of implicit and explicit measures of motivation on condom use, physical activity and healthy eating. *Psychology and Health*, 550-569. doi:10.1080/08870446.2011.605451
- Kedde, H. (2012). Seksuele disfuncties in Nederland: prevalentie en samenhangende factoren. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 98-108.
- Keer, M., Schokker, D., van Empelen, P., Crutzen, R., Kok, G., & Paulussen, T. (2014). *Gedragswetenschappelijke kennissynthese chlamydiapreventie*. Leiden: TNO.
- Khawcharoenporn, T., Kendrick, S., & Smith, K. (2012). HIV risk perception and preexposure prophylaxis interest among a heterosexual population visiting a sexually transmitted infection clinic. *Aids patient care and STDs*, 222-233. doi:10.1089/apc.2011.0202
- Kievik, M., ter Huurne, E. F., & Gutteling, J. M. (2012). The action suited to the word? Use of the framework of risk information seeking to understand risk-related behaviors. *Journal of Risk Research*, 131-147. doi:10.1080/13669877.2011.601318
- Ko, N.-Y., Lee, H.-C., Hung, C.-C., Chang, J.-L., Lee, N.-Y., Chang, C.-M., . . . Ko, W.-C. (2009). Effect of structural intervention on increasing condom availability and reducing risky sexual behaviours in gay bathhouse attendees. *Aids Care*, 1499-1507. doi:10.1080/09540120902923022
- Koedijk, F. D. (2014, Juli 2). *Soa: Consulten naar leeftijd, geslacht, seksuele voorkeur en etniciteit*. Opgehaald van Nationaal Kompas Volksgezondheid: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/infectieziekten-en-parasitaire-ziekten/soa/consulten-naar-leeftijd-geslacht-seksuele-voorkeur-en-etniciteit/>
- Korvorst, M., & Sleijpen, G. (2014, Mei 27). *Jongeren vooral online met smartphone*. Opgehaald van Centraal bureau voor de statistiek: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/jongeren/publicaties/artikelen/archief/2014/2014-4079-wm.htm>
- Kulyk, O., Op den Akker, R., Klaassen, R., & Van Gemert-Pijnen, L. (2014). Let us Get Real! An integrated Approach for Virtual Coaching and Real-time Activity Monitoring in Lifestyle change Support Systems. *eTelemedicine*, 211-216.
- Lechner, L., Mesters, I., & Bolman, C. (2010). *Gezondheidspsychologie bij patienten*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Leenen, J., & Sleijpen, G. (2013, Juli 8). *Mobiel online vooral met smartphone*. Opgehaald van Centraal Bureau voor de Statistiek: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/vrije-tijd-cultuur/publicaties/artikelen/archief/2013/2013-3851-wm.htm>
- Lehmann, I. (2013). Reaching high-risk adolescents through modern media in E-public sexual health.
- Lehto, T., & Oinas-Kukkonen, H. (2011). Persuasive Features in Web-Based Alcohol and Smoking Interventions: A Systematic Review of the Literature. *Journal of medical internet research*, 1-19. doi:10.2196/jmir.1559
- LeRouge, C., Ma, J., Sneha, S., & Tolle, K. (2013). User profiles and personas in the design and development of consumer health technologies. *International Journal of Medical Informatics*, 251-268. doi:10.1016/j.ijmedinf.2011.03.006

- Loch, C., & Kavadias, S. (2008). *Handbook of new product development management*. UK: Elsevier.
- Maastricht University. (2015, December 15). *Nieuwe definitie van gezondheid ontwikkeld*. Opgehaald van Maastricht University:
<http://www.maastrichtuniversity.nl/web/Main1/SiteWide/SiteWide4/NieuweDefinitieVanGezondheidOntwikkeld1.htm>
- Marston, C., & King, E. (2006). Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *The Lancet*, 1581-1586.
- Mausbach, B. T., Semple, S. J., Strathdee, S. A., & Patterson, T. L. (2009). Predictors of safer sex intentions and protected sex among heterosexual HIV-negative methamphetamine users: an expanded model of Theory of Planned Behavior. *AIDSCare*, 17-24. doi:DOI: 10.1080/09540120802017628
- Mays, N., & Pope, C. (1995). Observational methods in health care settings. *BMJ*, 182-184.
- McKee, A., Watson, A.-F., & Dore, J. (2014). 'It's all scientific to me': focus group insights into why young people do not apply safe-sex knowledge. *Sex Education*, 652-665.
doi:10.1080/14681811.2014.917622
- Milne, S., Sheeran, P., & Orbell, S. (2000). Prediction and intervention in health-related behavior: A meta-analytic review of Protection Motivation Theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 106-143.
- Montanaro, E. A., & Bryan, A. D. (2013). comparing theory-based condom interventions: Health Belief Model versus Theory of Planned Behavior. *Health Psychology*, 1251-1260.
doi:10.1037/a0033969
- Muessig, K. E., Pike, E. C., LeGrand, S., & Hightow-Weidman, L. B. (2013). Mobile phone applications for the care and prevention of HIV and other sexually transmitted diseases: A review. *Journal of medical internet research*, 1-22. doi:10.2196/jmir.2301
- Ng, J. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., & Williams, G. C. (2012). Self-Determination Theory Applied to Health Contexts: A Meta-Analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 325-340. doi:10.1177/1745691612447309
- Noar, S. M. (2011). Computer technology-based interventions in HIV prevention: state of the evidence and future directions for research. *AIDS Care*, 525-533. doi:10.1080/09540121.2010.516349
- Noar, S. M., Black, H. G., & Pierce, L. B. (2009). efficacy of computer technology-based HIV prevention interventions: a meta-analysis. *AIDS*, 107-115.
doi:10.1097/QAD.0b013e32831c5500
- Oinas-Kukkonen, H., & Harjuma, M. (2009). Persuasive systems design: Key issues, Process model, and System features. *Communications of the Association for Information Systems*, 486-498.
- Op de Coul, E. L. (2014, Juli 2). *Hoe vaak komen aids en hiv-infectie voor, hoeveel mensen sterven er aan en neemt dit toe of af?* Opgehaald van Nationaal Kompas Volksgezondheid:
<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/infectieziekten-en-parasitaire-ziekten/soa/aids-en-hiv-infectie/trend/>
- Picavet, C. (2012). Zwangerschap en anticonceptie in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 121-128.

- Pommeranz, A., Brinkman, W.-P., Wiggers, P., Broekens, J., & Jonker, C. M. (2009). Design guidelines for negotiation support systems: an expert perspective using scenarios. *ECCE 2009*, 1-8.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 1102-1114.
- Pruitt, J., & Grudin, J. (2003). Personas: Practice and Theory. *Proceedings of the 2003 conference on Designing for user experiences* (pp. 1-15). New York: ACM.
- Rhodes, F., & Wolitski, R. J. (1990). Perceived effectiveness of fear appeals in AIDS education: Relationship to ethnicity, gender, age and group membership. *AIDS Education and Prevention*, 1-11.
- Richman, A. R., Webb, M. C., Brinkley, J., & Martin, R. J. (2014). Sexual behaviour and interest in using a sexual health mobile app to help improve and manage college students. *Sex Education*, 310-322. doi:10.1080/14681811.2014.889604
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2010, December 20). *Sense.info - Interventie database*. Opgehaald van Loketgezondleven.nl: <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/s/1400954/>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2015, 04 9). *Cijfers en feiten seksuele gezondheid*. Opgehaald van Loket gezond leven: <http://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/seksuele-gezondheid/cijfers-en-feiten/>
- RIVM. (2015, februari 24). *Gevolgen van seksueel risico*. Opgehaald van Loket gezond leven: <http://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/seksuele-gezondheid/cijfers-en-feiten/gevolgen/>
- RIVM/Cib & GGD Nederland. (2011). *Kwaliteitsprofiel Hulpverlening seksuele gezondheid*.
- Roa, U., Sidhartha, T., Harker, K. R., Bidesi, A. S., Chen, L.-A., & Ernst, M. (2011). Relation between adolescent risk preferences on a laboratory task and behavioral measures of risk-taking. *Journal of Adolescent Health*, 151-158. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.06.008
- Rogers, E. M. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 93-114.
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: interventions based on Self-Determination Theory. *The european Health*, 2-5.
- Schrijvers, C. T., & Schuit, A. J. (2010). *Middelengebruik en seksueel gedrag van jongeren met een laag opleidingsniveau*. Bilthoven: RIVM.
- Singh, S., Sedgh, G., & Hussain, R. (2010). Unintended pregnancy: Worldwide levels, trends and outcomes. *Studies in Family Planning*, 241-250.
- Slegers, K., & Donoso, V. (2012). The impact of paper prototyping on card sorting: a case study. *Interacting with computers*, 351-357. doi:10.1016/j.intcom.2012.05.005
- Smerecnik, C. M., & Ruiter, R. A. (2010). Fear appeals in HIV prevention: The role of anticipated regret. *Psychology, Health & Medicine*, 550-559. doi:10.1080/13548506.2010.498888

- Soller, B., & Haynie, D. L. (2013). Structuring the future: Anticipated life events, peer networks, and adolescent sexual behavior. *Sociological Inquiry*, 537-569. doi:10.1111/soin.12019
- Song, Y. S., Calsyn, D. A., Doyle, S. R., Dierst-Devies, R., Chen, T., & Sorensen, J. L. (2009). Predictors of condom use among men enrolled in drug treatment programs. *AIDS Education and prevention*, 460-473.
- Tenkorang, E. Y. (2013). A Multilevel path analysis of risk perception and risky sexual behavior under the framework of the health belief model. *Journal of HIV/AIDS & social services*, 125-145.
- Timmer, S. (2011). *eHealth in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Aar, F., & Koedijk, F. D. (2014, Juli 2). *Wat is chlamydia en wat is het beloop?* Opgehaald van Nationaal Kompas Volksgezondheid: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/infectieziekten-en-parasitaire-ziekten/soa/chlamydia/beschrijving/>
- Van Aar, F., & Van der Noordt, M. (2014, Juli 2). *Soa: Hoeveel zorg gebruiken patienten en wat zijn de kosten?* Opgehaald van Nationaal Kompas: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/infectieziekten-en-parasitaire-ziekten/soa/welke-zorg-gebruiken-patienten-en-kosten/>
- Van Aar, F., Koedijk, F. D., Van den Broek, I. V., Op de Coul, E. L., Soetens, L. C., Woestenberg, P. J., . . . Van Benthem, B. H. (2014). *Sexually transmitted infection, including HIV, in the Netherlands in 2013*. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment.
- Van Daal, A., Koedijk, F., Kampman, K., & Van der Bij, R. (2014). *Seksuele gezondheid Thermometer 2013 GGD'en en Oost-Nederland*. Oost-Nederland: Centrum Seksuele Gezondheid Oost-Nederland.
- Van Daal, A., Koedijk, F., Kampman, K., & Van der Bij, R. (2015). *Seksuele gezondheid thermometer 2014 GGD'en en Oost-Nederland*. Oost-Nederland: Centrum Seksuele Gezondheid Oost-Nederland.
- Van Gemert-Pijnen, J. E., Nijland, N., Van Limburg, M., Ossebaard, H. C., Kelders, S. M., Eysenbach, G., & Seydel, E. R. (2011). A holistic framework to improve uptake and impact of eHealth technologies. *Journal of Medical Internet Research*, 1-13.
- Van Gemert-Pijnen, J. E., Peters, O., & Ossebaard, H. C. (2013). *Improving eHealth*. Den Haag: Eleven International Publishing.
- Van Lee, L., Roosjen, H., Stals, J., Crutzen, R., Kruijer, H., Van der Vlugt, I., . . . Bakker, F. (2012). *No nonSense onderzoek onder de gebruikers van Sense*. Rutger WPF en Soa Aids Nederland.
- Van Velsen, L., Van Gemert-Pijnen, L., Nijland, N., Beaujean, D., & Van Steenberghe, J. (2012). Personas: The linking pin in holistic design for eHealth. *eTELEMED*.
- Verhoeven, N. (2007). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom uitgevers.
- Walg, C. (2014). *Gezond centraal. Opschudding in de gezondheidszorg*. Uitgeverij Boekenbent.
- Webb, T. L., Joseph, J., Yardley, L., & Michie, S. (2010). Using the internet to promote health behavior change: a systematic review and meta-analysis of the impact of theoretical basis, use of

- behavior change techniques, and moded of delivery on efficacy. *Journal of Medical Internet Research*, 1-18. doi:10.2196/jmir.1376
- Wellings, K., Collumbien, M., Slaymaker, E., Singh, S., Hodges, Z., Patel , D., & Bajos, N. (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 1706-1728. doi:10.1016/S0140-6736(06)69479-8
- West, J. H., Hall, C. P., Hanson, C. L., Barnes, M. D., Giraud-Carrier, C., & Barret, J. (2012). There's an app for that: content analysis of paid health and fitness apps. *Journal of medical internet research*, 1-12. doi:10.2196/jmir.1977
- WHO. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*. Geneva: World Health Organisation.
- WHO. (2012). *Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections – 2008*. Geneva: World Health Organization.
- Witte, K., & Allen, M. (2000). A meta-analysis of Fear appeals: implications for effective public health campaigns. *Health Education & Behavior*, 591-615.
- World Health Organization. (2010). *Developing sexual health programmes*. Switzerland: WHO Press. Opgehaald van http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- Wretzel, S. R., Visintainer, P. F., & Pinkston Koenigs, L. (2011). Condom Availability Program in an Inner City Public School: Effect on the Rates of Gonorrhea and Chlamydia Infection. *Journal of adolescent health*, 324-326. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.12.011
- Zimmermann, G. (2010). Risk perception, emotion regulation and impulsivity as predictors of risk behaviours among adolescents in Switzerland. *Journal of youth studies*, 83-99. doi:10.1080/13676260903173488

7. Bijlagen

Bijlage 1: Draaiboek interview Hulpverleners

Vorbereiding:

- Mobiele applicaties: 'Beter in bed' en 'My pill' op tel zetten.
- Geluidsrecorder
- Telefoon mee
- Telefoonoplader mee
- Toestemmingsverklaring printen (+ evt. informatieve mail)
- Interview schema printen
- Printscreens printen (back up)
- Pen/papier.

Introductie:

Voorstellen:

- Student afstudeeronderzoek master Gezondheidspsychologie aan de Universiteit van Twente.

Doel onderzoek:

(Onderzoek naar de behoeften bij hulpverleners en jongeren aan een extra (nazorg) of zelfmanagement toepassing ter ondersteuning van een gezonde seksuele leefstijl van jongeren.)

Interview:

Kortgezegd wil ik met dit interview kijken naar

- De **huidige zorg** jullie jongeren bieden op het gebied van seksualiteit
- Wat **vind je van die zorg**,
- wat **kan er verbeterd** worden
- en **kan eHealth** hierbij helpen

Procedure:

- Interview zal ongeveer 60 minuten duren.

Geluidsopname:

- Om de data zo goed mogelijk te verwerken zullen er geluidsopname gemaakt worden. Deze worden na het onderzoek weer vernietigd. Er zullen geen namen genoemd worden. Bij instemming geluidsapparatuur aanzetten.

Mogelijkheid voor vragen

Toestemmingsverklaring

- Laten tekenen

Interview:

- **Onderdeel 1: Seksuele problematiek en jongeren in kaart brengen (zie interviewvragen)**
- **Onderdeel 2: Huidige zorg + mening zorg (zie interviewvragen)**
- **Onderdeel 3: E-health mogelijkheden.**

Korte introductie: *E-Health is een heel breed begrip. Hierbij kun je denken aan mobiele applicaties, games voor jongeren met een gezondheidsdoel, soapserie/youtube filmpjes, therapie/behandeling/ of hulp via internet, sms-tekstberichtjes (reminders) etc. en bijv. verspreiding social media.*

Daarna zullen de 'Beter in bed app' en de 'My pill app' op iPhone worden laten zien: (Benadruk hierbij dat dit een voorbeeld is dat het ook een hele andere vorm van e-health kan worden)

- **Beter in bed:**
 - Opstart scherm,
 - Menu,
 - Relatie en communicatie: ring 2.
 - Elkaar verwennen: ring 1
 - Anticonceptie: ring 1 daarna test ring 2
 - Elkaar ontdekken: ring 1, klikken op solo quiz
- **My Pill:**
 - Begin scherm (aangeven welke anticonceptie je hebt)
 - Vragen aan elkaar stellen (jongeren).

(Zie verder interviewvragen)

Afsluiting: bedanken. Vragen of ze evt. interesse hebben in onderzoekrapport

Topiclist interview hulpverleners

Versie 8. Fredie van den Bosch s1409352

Introductie:

Introductie:

(Onderzoek naar de behoeften bij hulpverleners en jongeren aan een extra (nazorg) of zelfmanagement toepassing ter ondersteuning van een gezonde seksuele leefstijl van jongeren.)

Afstudeeronderzoek

Kortgezegd wil ik met dit interview kijken naar

- De **huidige zorg** jullie jongeren bieden op het gebied van seksualiteit
- Wat **vind je van die zorg**,
- wat **kan er verbeterd** worden
- en **kan eHealth** hierbij helpen.

- *Focus op Sense problematiek, jongeren tot/met 24 jaar.*

- Toelichting mail? Vragen?
- Toestemming geluidsopname
- Toestemmingsverklaring laten tekenen

Demografische/persoonlijke gegevens

- Naam: _____
- Leeftijd: _____
- Geslacht: Man/vrouw _____
- Functie bij de GGD Twente: Sociaal verpleegkundige + evt. _____
- Aantal jaar werkzaam binnen 'Soa-Sense spreekuren': _____
- Aantal uur per week werkzaam: _____
- Opleiding opleidingsniveau: 0 HBO, 0 anders namelijk _____
- Aanvullende Sense-scholing: 0 ja 0 nee
- MI training: 0 ja 0 nee

Welke seksuele problematiek speelt er op de Poli Seksuele Gezondheid en bij welke jongeren?

1. Met welke seksuele problemen komen jongeren voor hulp?

- | | |
|----------------------------------|---|
| 0 Soa's | 0 Onzekerheden lichamelijk/seksualiteit |
| 0 Weerbaarheid | 0 Anticonceptievragen |
| 0 Geweld | 0 Ongewenste zwangerschappen |
| 0 Relatie problemen | 0 Seksueel misbruik |
| 0 Seksuele identiteit | 0 Religieuze opvattingen |
| 0 Seksuele functionele problemen | |
- (vroeg/niet klaarkomen, geen erectie/pijn bij vrijen)

- a. Als je de drie meest voorkomende problemen naast soa moet welke zijn dat dan?

2. Wat voor soort jongeren komen er?

- a. Is er een bepaalde groep jongeren die vaker komt dan anderen, zoals hertesters? En kun je deze groep omschrijven?

- Leeftijd: _____
- Geslacht: _____
- Opleidingsniveau: _____
- Problematiek: _____
- Allochtoon/autochtoon: _____

Huidige zorg: Wat doen jullie nu om jongeren te helpen? En wat vind je hiervan?

3. *Welke hulp bieden jullie tijdens het Soa-Sense consult om jongeren te helpen?

- a. Tijdens soa-sense spreekuren
 - ☐ Medische zorg en behandeling
 - ☐ Voorlichting consequenties risicogedrag
 - ☐ Motiverende gespreksvoering
 - ☐ Doorverwijzen
 - Sense info site?
 - Naar wie:
 - ☐ Psychologische & seksuologische hulpverlening
 - ☐ (Ongewenste) zwangerschappen
 - ☐ Psychosociale ondersteuning (bij HIV)
 - ☐ Seksueel- & huiselijk geweld
 - ☐ MDO seksuologen

b. *Wordt er ook hulp aangeboden buiten de soa-sense spreekuren?

- ☐ Chatten
- ☐ Telefonische gesprekken
- ☐ E-mail
- ☐ Extra consult(en).....hoeveel max?
- ☐ Voorlichting scholen etc.
- Nazorg: ☐ nabellen, overig.....

c. *Zijn er nog anderen dingen die jullie doen om jongeren te helpen die we nog niet genoemd hebben?

4. Wat vind je van de zorg die jullie jongeren aanbieden?

☐ Hoe zou dit verbeterd kunnen worden?

5. Eén van de dingen die jullie doen om het gedrag en de seksuele leefstijl van jongeren te beïnvloeden is het gebruik van motiverende gespreksvoering. (gezonde seksuele levensstijl = gaat over seksuele gedragingen= prettige en veilig seks, wensen en grenzen respecteren)

- Wat vind je hier van?

- Heb je het idee dat dit jongeren helpt?

- Hoe zou dit verbeterd kunnen worden?

6. Als je denkt aan je laatste spreekuur:

- a. In hoeverre heb je dan het gevoel dat je de hulpvraag van de jongere hebt kunnen beantwoorden?

- b. In hoeverre heb je dan het gevoel dat je bereikt hebt wat je voor ogen had? Kun je daar iets over vertellen?

7. Waar (of zijn er nog andere dingen..)lopen jullie tegenaan tijdens de soa-Sense spreekuren met jongeren?

- ☐ Geen/tijdelijke gedragsverandering
- ☐ Terugkomen met dezelfde problematiek
- ☐ Geen zicht op verloop
- ☐ Puur voor medische behandeling/Geen openheid voor verandering
- ☐ Bepaalde risicogroepen niet kunnen bereiken
- ☐ Niet voldoende tijd (voor bijv. extra consulten) voor leefstijlverandering o.a.
- ☐ Onvoldoende middelen

8. (Vind je dat het aanspreken van jongeren op hun gedrag hoort bij de werkzaamheden van de sociaal verpleegkundige?)

- ☐ Ja, toelichting

- ☐ Nee, hoe zou je dit liever zien?

Behoeften extra (na)zorg

9. Denk je dat jongeren van het Soa-Sense spreekuur behoeften hebben aan een vervolg en/of terugkoppeling na het spreekuur? (zoals meer informatie, reminder over advies/medicatie etc.)

- a. Voor welke problematiek (Sense) denk je dat er vanuit de jongeren gezien, behoefte is aan extra hulp/(na)zorgmiddel?

- b. Heb je een idee welke groep jongeren of een bepaalde subgroep er behoeften zou kunnen hebben aan een extra hulp/(na)zorgmiddel?

10. Wat vind jij als hulpverlener de belangrijkste problematiek waar je een extra hulp/zorgmiddel/toepassing voor zou willen hebben?

E-Health en Brainstormen

11. Zou je heel kort kunnen uitleggen wat je van eHealth weet?

- a. Zou je een voorbeeld kunnen noemen van eHealth die wordt ingezet ter bevordering van de seksuele gezondheid?

E-Health is een heel breed begrip. Jullie gebruiken al chat en sms maar er zijn meer mogelijkheden: hierbij kun je denken aan mobiele applicaties, games voor jongeren met een gezondheidsdoel (love game van sense), soapserie/youtube filmpjes, therapie/behandeling/ of hulp via internet, sms-tekstberichtjes (als reminders) etc. en bijv. verspreiding social media. Benadrukken: aanvulling op een consult.

(Via smartphone laten zien, ZIE PRINTSCREEN ONDERAAN)

12. Ik heb hier een aantal mobiele applicaties zoals 'Beter in bed', 'My pill'..... als voorbeeld van een vorm van eHealth. Stel deze applicatie biedt jongeren hulp om hun seksuele levensstijl te verbeteren. Zou je zo'n dergelijke applicatie als deze willen gebruiken, deze willen adviseren of ernaar verwijzen als aanvulling op het spreekuur?

Waarom wel/ waarom niet?

Zo nee:

wat staat je tegen? Geldt dit voor alle eHealth?

Zo ja:

13. Op welk moment (in de behandeling) zou je eHealth willen gebruiken/inzetten?

**14. Heb je ideeën over hoe zo'n hulp/nazorgtoepassing van eHealth eruit zou kunnen zien? (brainstorm).
(alles kan, geen beperkingen/grenzen)**

a. Leg uit

b. Verwachten jullie dat extra zorg in de vorm van een vervolgtraject zoals een reminder voor medicatie/en of advies, extra contact, mobiele applicatie, dagboek van risicogedrag bijhouden, huiswerk opdracht e.d. de huidige spreekuren zou kunnen verrijken/aanvullen?

- Ja, waarom denk je dat?

- Nee, waarom niet?

15. Aan welke eisen moet de extra zorg voldoen om aan te sluiten op het huidige zorgaanbod?

16. Heb je zelf nog verdere vragen/ideeën aanvullingen of suggesties?

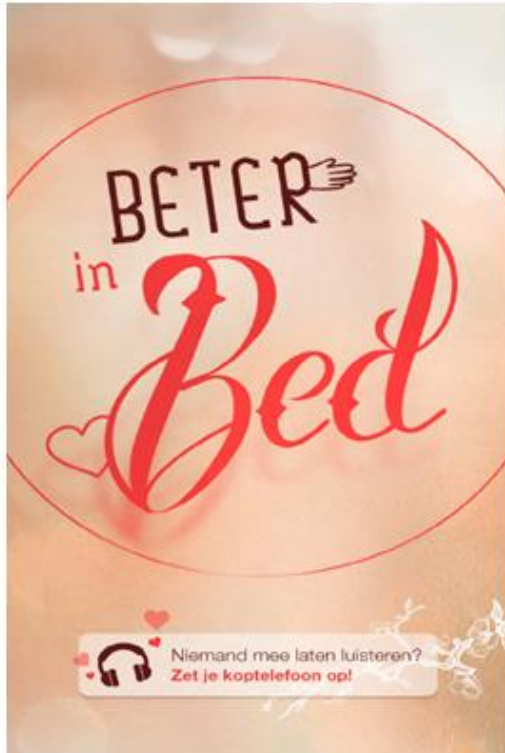
Afsluiting en bedanken

Heb je interesse in de onderzoekresultaten? Ja/Nee

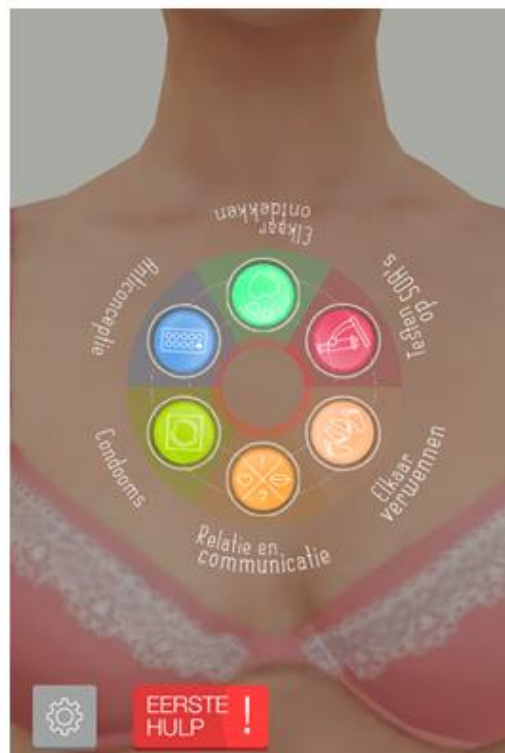
Bijlage 3: Screenshots Voorbeeld e-Health interview hulpverleners (naast interactieve vertoning)

Mobiele applicaties:

Mobiele applicatie **“Beter in Bed”**



Voorkant



Menu



< Elkaar verwennen

Wat is het verschil.. tussen jongens en meisjes?

In dit plaatje zie je het verschil in klaarkomen tussen meisjes en jongens. Wat opvalt is dat meisjes vaak wat meer tijd nodig hebben om een orgasme te bereiken. Wat is verder belangrijk?

- Neem genoeg tijd om te vrijen
- Begin niet met penetratie (neuken) voordat een je voldoende opgewonden bent
- Wat iemand wel of niet lekker vindt

< Elkaar verwennen

Opwinding

Hoe gaat dat?

Voor seks is het belangrijk dat zowel de jongen als het meisje voldoende opgewonden is. Als een meisje niet voldoende opgewonden is, kan seks zelfs pijnlijk voor haar zijn.

Wist jij dat er verschillen bestaan tussen jongens en meisjes en de tijd die zij nodig hebben om voldoende opgewonden te raken?

In het schema zie je verschillende fasen:

< Anticonceptie

een nieuwe ring...

Spiraaltje

Een spiraaltje wordt in je baarmoeder geplaatst. Je hebt twee soorten:

1. Hormoonspiraal: De hormonen in het spiraaltje zorgen dat je niet zwanger wordt. Het hormoonspiraaltje beschermt je vijf jaar tegen zwangerschap.
2. Koperspiraal: Het koper in het spiraaltje zorgt dat je niet zwanger wordt. Het spiraaltje beschermt je tenminste tien jaar tegen zwangerschap.

Hoe gebruik je het?
Een arts brengt het spiraaltje in je baarmoeder in.

< Anticonceptie

Wat past bij jou?

In de vorige ring zag je dat er verschillende soorten anticonceptie bestaan. Hoe kies je nu wat bij je past? Hier kun je een test doen om erachter te komen welke anticonceptie het beste bij jou past:

test online

verder >



Mobiele applicatie: "My Pill"



Bijlage 4: Instructie sociaal verpleegkundigen bij de werving van jongeren

Voor mijn afstudeeronderzoek ben ik op zoek naar de volgende jongeren:

- Meisje.
- 18-24 jaar.
- Laag opgeleid. (alleen lagere school/vmbo/ mbo)
- Consult ingepland vanaf 15 januari.

Doel onderzoek:

- Wat vinden jongeren van het spreekuur en wat kan er verbeterd worden?

Procedure onderzoek:

- Afstudeerder zit bij het spreekuur
- Na het spreekuur volgt het interview.
- Duur: +-1 uur.
- Interview wordt opgenomen (alleen geluid) om preciezer te kunnen uitwerken.
- Gegevens blijven anoniem: Er worden geen namen genoemd.

Vergoeding:

- Bioscoopbon voor twee personen.

Voor evt. verdere vragen:

- Als ze hun telefoonnummer achterlaten zal ik contact met ze opnemen.

Bij deelname: Graag invullen!

Nr.	Naam	Geboorte datum	Datum consult	Tijd consult	telefoonnummer
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Wil niet deelnemen: Graag turven!



Bijlage 5: Draaiboek interview Jongeren

Vorbereiding:

- Mobiele applicaties: 'Beter in bed' en 'My pill' op tel zetten.
- Geluidsrecorder
- Telefoon mee
- Telefoonoplader mee
- Printen:
 - o Toestemmingsverklaring
 - o Interview schema
 - o Printscreens printen (back up)
 - o Observatie schema
 - o Kort vragenlijstje
- Pen/papier mee.

Introductie:

Voorstellen:

- Student afstudeeronderzoek master Gezondheidspsychologie aan de Universiteit van Twente.

Doel van het onderzoek:

Kortgezegd wil ik met dit interview kijken naar

- *Wat jongeren vinden van de gesprekken. Wat denken zij dat hieraan verbeterd kan worden. En hoe kan dit verbeterd worden?*

Procedure:

- Interview zal ongeveer 60 minuten duren.

Geluidsopname:

- Om de data zo goed mogelijk te verwerken zullen er geluidsopname gemaakt worden. Deze worden na het onderzoek weer vernietigd. Er zullen geen namen genoemd worden.

Mogelijkheid voor vragen

Toestemmingsverklaring

- Laten tekenen

(Bij instemming) **geluidsapparatuur aanzetten.**

Interview:

- **Onderdeel 1: Evaluatie consult, mening seksuele zorg algemeen (zie interviewvragen)**
- **Onderdeel 2: Behoeften aan extra zorg**
- **Onderdeel 3: E-health mogelijkheden.**

Korte introductie: *Informatie, tips en adviezen kunnen in veel verschillende vormen worden aangeboden. Dit kan ook digitaal zoals mobiele apps, chatten, sms-tekstberichtje, games om je gezondheid te verbeteren (love game van Sense), soapserie/youtube filmpjes, online therapie of informatie, tips en advies via internet.*

Daarna zullen de 'Beter in bed app' en de 'My pill app' op iPhone worden laten zien: (Benadruk hierbij dat dit een voorbeeld is dat het ook een hele andere vorm van e-health kan worden)

- **Beter in bed:**
 - Opstart scherm,
 - Menu,
 - Relatie en communicatie: ring 2.
 - Condooms: ring 3 → smoezen check.
 - Anticonceptie: ring 1 daarna test ring 2
 - Elkaar ontdekken: ring 1, klikken op solo quiz
- **My Pill:**
 - Begin scherm (aangeven welke anticonceptie je hebt)
 - Vragen aan elkaar stellen (jongeren).

(Zie verder interviewvragen)

Korte standaard vragenlijst laten invullen/of zelf kort afnemen. (van Olga)

Afsluiting: bedanken. Vragen of ze evt. interesse hebben in onderzoekresultaten

Bijlage 6: Aantekeningen schema tijdens consult jongeren

Aantekeningen schema

Interviewnr.: _____

Datum: _____

Tijd consult: _____

- Heb je al eens eerder een consult gehad? 0 Nee 0 ja, dit is de: ____ keer, datum afgelopen keer _____

- Reden van komst: _____

0 Soa _____

0 Sense _____

- Singel/vaste relatie
- Aantal seks partners afgelopen 6 maanden: _____
- Seksuele oriëntatie: hetero/lesbisch/biseksueel
- Anticonceptie: 0 ja _____ 0 Nee

Onderliggende Sense vraag evt.:

Sense advies tijdens consult: (besproken thema's)

Topiclist interview jongeren

Introductie

- ## Demografische/persoonlijke gegevens

- ## Mening huidig zorgaanbod - consult

- ### Mening huidig zorgaanbod (breder dan de GGD)

- ### Behoeften extra zorg algemeen

- 82

- b. **Bij NEE:** waarom niet/wat staat je tegen?

Behoeften extra zorg: Drie thema's (anticonceptie, wensen en grenzen en condoomgebruik)

Veel meisjes gebruiken een vorm van anticonceptie, zoals een spiraaltje, de pil, of een Nuva-ring

- 10. In hoeverre zou jij nog meer informatie, tips of adviezen over anticonceptie of bij het gebruik van anticonceptie willen krijgen?**
a. Waar zou je dan meer informatie, tips of adviezen bij willen hebben?

Veel meisjes vinden het moeilijk om hun wensen en grenzen aan te geven als het gaat om seks. Hierdoor doen zij soms dingen die ze achteraf liever niet hadden gedaan (Zoals onveilig vrijen of verder gaan dan gewild, of het sturen van foto's van henzelf). Het aangeven van je grenzen is een heel breed begrip het gaat over op tijd nee kunnen zeggen, en je niet laten overhalen als je dingen niet wilt maar ook over het durven kopen van condooms of het durven praten over condoomgebruik met je partner.

- 11. In hoeverre zou jij graag tips, informatie of advies willen hebben om beter je wensen en grenzen aan te geven of weerbaarder te worden als het gaat om seks?**
a. Waar zou je dan graag tips, informatie of advies bij willen hebben?

Condoomgebruik.

- 12. Je bent hier gekomen omdat je onveilige seks hebt gehad, wat zou jou kunnen helpen om wel condooms te gaan gebruiken?**
a. In hoeverre zou je hier informatie, tips of adviezen bij willen krijgen?

Onderdeel eHealth

Informatie, tips en adviezen kunnen in veel verschillende vormen worden aangeboden. Dit kan ook digitaal zoals met mobiele apps, chatten, sms-tekstberichtje, games om je gezondheid te verbeteren (love game van Sense), soapserie/youtube filmpjes, online therapie of informatie, tips en advies via internet.

(Voorbeelden Beter in Bed en My pill laten zien als voorbeeld van digitale informatie, tips en advies.)

- 13. Wat vind je hier van?**
- 14. Als er zo iets als dit (maar het kan alles zijn: games, chat, filmpjes) wordt ontwikkeld om meiden zoals jij te helpen met vragen over seks, anticonceptie en wensen en grenzen, wat vind je hier dan van?**
i. In hoeverre zou je zoiets willen gebruiken?
1. Waarom wel/waarom niet
○ JA: Voor welke vragen of problemen zou je zoiets willen gebruiken?
○ NEE: Zijn er andere problemen of vragen waar je wel zoiets voor zou willen?
- 15. Waaraan moet het voldoen voordat jij het wil gaan gebruiken? (welke eisen stel je)**
- 16. (brainstorm) Als alles mag, hoe zou jij dan willen dat die extra informatie, tips of adviezen worden aangeboden? Hoe moet het eruit zien?**

Afsluiting en bedanken

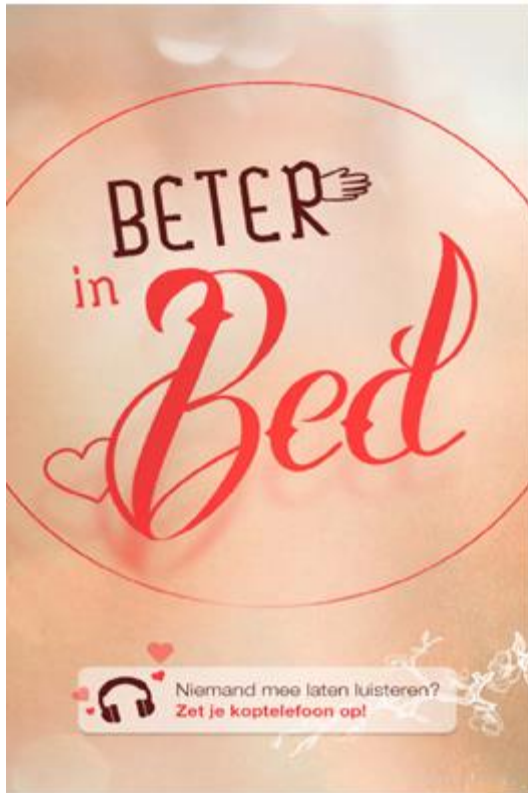
Kort vragenlijstje achtergrond afnemen.

- 17. vragen/ideeën aanvullingen of suggesties?**

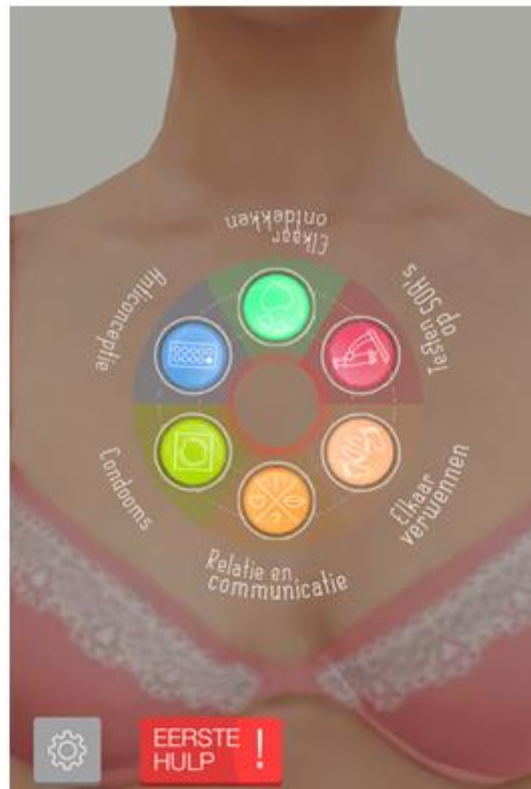
Bijlage 8: Screenshots Voorbeeld e-Health interview jongeren:

Mobiele applicaties: Mobiele applicatie “Beter in Bed”

Mobiele applicatie “Beter in Bed”



Voorkant



Menu



< Condooms 

Smoezen

Stel je partner komt met een smoes, wat zeg jij er op terug?



“Maar je bent toch aan de pil?”

De pil beschermt tegen ongewenste zwangerschap, maar niet tegen soa's. Daarom gebruik ik ook een condoom.



< Anticonceptie 

Een nieuwe ring.

Spiraaltje



Een spiraaltje wordt in je baarmoeder geplaatst. Je hebt twee soorten:

1. Hormoonspiraal: De hormonen in het spiraaltje zorgen dat je niet zwanger wordt. Het hormoonspiraaltje beschermt je vijf jaar tegen zwangerschap.
2. Koperspiraal: Het koper in het spiraaltje zorgt dat je niet zwanger wordt. Het spiraaltje beschermt je tenminste tien jaar tegen zwangerschap.

Hoe gebruik je het?
Een arts brengt het spiraaltje in je baarmoeder in.



< Anticonceptie 

Wat past bij jou?



In de vorige ring zag je dat er verschillende soorten anticonceptie bestaan. Hoe kies je nu wat bij je past? Hier kun je een test doen om erachter te komen welke anticonceptie het beste bij jou past:

test online 

verder >

< Elkaar ontdekken 

Zit dat zo? wat weet jij?



Over seks bestaan allerlei normen. Hoe groter zijn penis hoe beter? Hoor je klaar te komen van geslachtsgemeenschap? Mannen willen nu eenmaal vaker dan vrouwen? Zo simpel zit de wereld gelukkig niet in elkaar. Doe de test en check wat jij weet over seks.

Doe de solo quiz! >



Mobiele applicatie "My Pill"



Korte vragenlijst achtergrond jongeren

Interview Nr: _____

Datum: _____

1. Heb je wel eens gebruik gemaakt van een mobiele Applicatie voor informatie over welzijn / leefstijl / gezondheid / fitness / liefde en relaties / enz.?

- ☐ Ja, ik heb wel eens gebruikt gemaakt van een App, namelijk _____
- ☐ Nee, ik heb nog nooit gebruik gemaakt van een mobiele App op het gebied van welzijn en gezondheid
- ☐ Nee, nog nooit, maar ik heb wel eens gebruik gemaakt van een andere vorm van voorlichting over seksualiteit, namelijk ...

2. Van welk merk is je mobiele telefoon? (het meest gebruikte)

- ☐ Samsung
- ☐ Apple
- ☐ Nokia
- ☐ Blackberry
- ☐ Anders, namelijk: _____
- ☐ Niet van toepassing/ Ik heb geen mobiel

3. Heb je toegang tot 3G/4G internet op je mobiele telefoon?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Ik heb geen mobiele telefoon

4. Wat voor mobiele Apps/websites ken je waar je terecht kunt voor informatie op het gebied van seksualiteit, liefde en relaties?

5. Ben je bekend met de website www.sense.info?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

6. Welke toegang tot het internet heb je thuis?

- ☐ Vaste internettoegang
- ☐ WIFI
- ☐ Vaste internettoegang en WIFI
- ☐ Ik heb thuis geen toegang tot het internet
- ☐ Anders, namelijk: _____

Social media:

7. Hoe vaak gebruik je Facebook?

- ☐ Ik gebruik Facebook niet (meer)
- ☐ Dagelijks
- ☐ Wekelijks
- ☐ Maandelijks
- ☐ Paar keer per jaar

8. Hoe vaak gebruik je Twitter?

- ☐ Ik gebruik Twitter niet (meer)
- ☐ Dagelijks
- ☐ Wekelijks
- ☐ Maandelijks
- ☐ Paar keer per jaar

9. Hoe vaak gebruik je Instagram

- ☐ Ik gebruik Instagram niet (meer)
- ☐ Dagelijks
- ☐ Wekelijks
- ☐ Maandelijks
- ☐ Paar keer per jaar

10. Geef de namen van je favoriete drie spelletjes of computer games

(online/offline/Facebook) die je graag speelt met je vrienden of alleen. Geef ook aan op welke apparaat(en) je ze speelt. Als je geen spellen speelt, kruis alstublieft eerst het volgende veld aan, dan mag je hier stoppen.

- ☐ Ik speel geen spelletjes

Spel 1: _____

- ☐ Op mijn eigen Pc
- ☐ Op mijn laptop

- ☐ Op mijn mobiele telefoon
- ☐ Op mijn tablet pc
- ☐ Op mijn Playstation/ Wii
- ☐ Op een ander apparaat,
namelijk: _____

Spel 2: _____

- ☐ Op mijn eigen Pc
- ☐ Op mijn laptop
- ☐ Op mijn mobiele telefoon
- ☐ Op mijn tablet pc
- ☐ Op mijn Playstation/ Wii
- ☐ Op een ander apparaat,
namelijk: _____

Spel 3: _____

- ☐ Op mijn eigen Pc
- ☐ Op mijn laptop
- ☐ Op mijn mobiele telefoon
- ☐ Op mijn tablet pc
- ☐ Op mijn Playstation/ Wii
- ☐ Op een ander apparaat,
namelijk: _____

11. Geef aan hoe vaak je de spelletjes speelt:

- ☐ Dagelijks
- ☐ Wekelijks
- ☐ Maandelijks
- ☐ Paar keer per jaar

EINDE

Bijlage 10: Codeboek analyse interviews jongeren en hulpverleners

2a. Wat kan er volgens laagopgeleide meisjes aan de huidige hulpverlening verbeterd worden en hoe kan eHealth hierbij ondersteunen? (Interviewvraag 1,2,3,5,6)

Hoe jongeren het consult ervaren: (inleiding om deelvraag 2a. te beantwoorden)

Categorie	Label	Citaat
<u>Bejegening en informatieverstrekking van de hulpverlener</u> Code: Bejegening/infoverstreking hulpverlener: Professioneel/competent	Professioneel/competent (duidelijke informatie, voldoende uitleg respect, voldoende kennis,)	<i>"Duidelijk informatie gegeven over wat ik kan verwachten"</i> <i>"Het is wel fijn dat iemand dan je niet raar aan gaat kijken"</i> <i>"Gewoon netjes"</i> <i>"Ze weten ook veel dus.."</i>
Code: Bejegening/infoverstreking hulpverlener: Vriendelijk/behulpzaam	Vriendelijk/behulpzaam (gemak stellen, meedenken, luisteren, uitstraling)	<i>"Ze probeert je wel op je gemak te stellen"</i> <i>"Ze helpen meedenken"</i>
<u>Gevoelens en mening van jongeren over triagevragen tijdens het consult</u> Code: Gevoelens/Mening triagevragen consult: Schaamte/Ongemak	Schaamte/ongemak	<i>"Pijp je met of zonder condoom dat soort dingen....Ja dat zijn toch wel uh.. ja die vragen zijn toch best intiem"</i>
Code: Gevoelens/Mening triagevragen consult: Ziet noodzaak in	Jongeren zien noodzakelijk van triagevragen tijdens het consult. (belang van de vragen is duidelijk, vragen horen erbij)	<i>"Ik weet het doel ervan dus ja"</i> <i>"Ja wat moet dat moet"</i> <i>"Ik bedoel je kiest er zelf voor om hier naartoe te gaan dus dan moet je er ook open voor staan"</i>
<u>Positieve punten</u> Beleid GGD Code: Positieve punten GGD: Beleid spreekuur	Beleid rondom het spreekuur (optie van spreekuur, privacy beleid, duur consult 8,9, uitslag via sms, kosten) aanbieden condooms (5,9)	<i>"Ik persoonlijk ben ik blij dat ze dit hebben zodat ik niet naar mijn eigen dokter hoeft te gaan"</i> <i>"Het is toch fijn dat het vertrouwelijk blijft"</i>

Verbeterpunten rond het consult:

Label	Citaat	Vorm	Citaat
Beleid GGD rondom het spreekuur (beschikbaarheid telefonisch spreekuur (1,7), bejegening buiten consult, privacy omgang: dubbele vragen, onduidelijkheid over vernietiging dossier(5), meer reclame mogelijkheid aankoop condooms (5). Niet binnekomen tijdens sessie (5), schaamte condooms kopen balie i.v.m. privacy. (5) Vragenlijst via internet (2) Code: Verbeterpunten: Beleid spreekuur	<i>"Je kunt tussen half 11 en 13.00 uur bellen, maar ik zit dan op stage en wanneer moet ik dan bellen,... dat lukt gewoon niet"</i> <i>"Wat ik me dus wel afvraag is waarom mijn oude gegevens nog in het systeem stondenen toen hebben ze wel gezegd dat het dus na elke keer dat je bent geweest uhm opnieuw begint"</i> <i>"Ja met die condooms ze adverteren eigenlijk alleen hier daarvoor, eigenlijk zouden ze dat dan ook op die website kunnen zetten, en uhm.. ja gewoon zorgen dat het een beetje duidelijk is uh "(5)"</i>	Mobiele App (voor telefonische afspraak) Code: Verbeterpunten: Beleid spreekuur vorm: app	<i>"Ook om zo'n afspraak te maken via de app"</i> <i>"Maar bijvoorbeeld als je via een smsje een afspraak kan maken dat je dan meteen die app doorgestuurd krijgt of zo"</i> <i>"maar omdat sommige mensen toch wel alles heel erg anoniem willen houden en toch wel bang zijn om misschien een afspraak te maken of zo, dat ze dan dan gewoon via de app kunnen doen. als dat zou kunnen weet je wel?"</i>
		Website/mail (voor telefonische afspraak) Code: Verbeterpunten: Beleid spreekuur vorm: website	<i>"Desnoods dat je een mailtje kunt sturen of zo aan de hand van een aantal vragen of zo via de site of zo een afspraak kunt maken of dat ze jou bellen of weet ik wat"</i>
Voorkeur vrouwelijke hulpverlener (voorkeur zelf geslacht hulpverlener bepalen) Code: Verbeterpunten: voorkeur geslacht	<i>"Maar ik had toch liever een vrouwelijk iemand voor me zitten"</i>	-	
Vorbereiding consult (zelf vragenlijst invullen (2,7), voorbereiding vragen/procedure (2,4,6,7), mogelijkheid voor sense vragen/consult (4, 5,7) Code: Verbeterpunten: Voorbereiding consult	<i>"Het zou helpen als er foldertjes ofzo zijn dat je in de wachtkamer ook alvast een beetje kan lezen van goh wat gaat er gebeuren"</i> <i>"Ik wist ook niet dat dat kon..... als je bijvoorbeeld ergens nog anders vragen over hebt behalve dan over soa's dat je dat je dat kon bespreken... het makkelijk is als je dat van tevoren weet en dan dat je daar komt en dat dat wordt gevraagd denk ik (7). (sense problematiek)"</i>	App (ook met filmpjes) Code: Verbeterpunten: Voorbereiding consult vorm: app	<i>"Dat ook in die app van de GGD dan uhm aan wordt gegeven hoe een consult dan gaat en zo he, en als je belt wat je dan kunt verwachten, en uhm dat je dan van te voren al weet, want tegenwoordig wordt eigenlijk alles via een mobiel gedaan"(4)"</i>
		Website Code: Verbeterpunten: Voorbereiding consult vorm: Website	<i>"Dat je dat uh ook al kunt lezen op de site van de GGD zodat je die vragen niet meer hoeft te stellen, maar dat je bijvoorbeeld kunt zeggen van goh ik heb ook dit en dit gelezen he hoe zit dat dan, dat je nog wat extra informatie krijgt ofzo. Ja dan ben je al op de hoogte dan hoeft je niet uhh.....Dat je je een beetje kunt voorbereiden".</i> <i>"Dus uh nou wanneer moet je een afspraak maken bijvoorbeeld met de GGD"</i>

			<i>weetje wel, welke klachten horen bij welke soa's als dat allemaal mooi in één overzicht is, dat je niet verschillende websites af moet",</i>
		Foldertje Code: Verbeterpunten: Vorbereiding consult vorm: Folder	<i>"Het zou helpen als er foldertjes ofzo zijn dat je in de wachtkamer ook alvast een beetje kan lezen van goh wat gaat er gebeuren"</i>
		Telefonisch Code: Verbeterpunten: Vorbereiding consult vorm: Telefonisch	<i>Sense: "Misschien is dat ook iets wat uh wat je kunt uhh wat ze over de telefoon misschien kunnen vertellen of.. dit zal wel op de site staan denk ik hoor maar.."</i>
		Papier/online inzage vragenlijst Code: Verbeterpunten: Vorbereiding consult vorm: inzage lijst	<i>"Ja bijvoorbeeld of dat zij die lijst doornemen, dat jij die lijst invult en dat zij die lijst nog een keer doornemen van goh je hebt dit en dit ingevuld, bijvoorbeeld"</i>
Uitleg testprocedure (uitleg triagesysteem/testkeuze, uitleg procedure, zelftest) Code: Verbeterpunten: Uitleg testprocedure	<i>"Ik snap eigenlijk niet waarom er oraal geen test is afgenomen terwijl ik heb aangegeven dat ik dat heb gedaan" "Dat ze dan uitlegt nou we testen op dit en dit want dit en dit" "En verder vraag ik me af waarom ik dan niet kan beslissen dat ik op alles wordt getest" "Het kan ook net zo goed een bacteriële infectie zijn of iets of, snap je? dat daar misschien nog iets mee gedaan wordt"</i>	-	

2b. Voor welke Sense-problematiek is er vanuit laagopgeleide meisjes gezien behoeften aan aanvullende zorg? (Interviewvraag 4,7,9,10,11,12)

Thema's waar jongeren meer informatie, tips of adviezen over zouden willen.

Thema	Belemmerende factoren extra zorg	Citaat
Iets gemist tijdens consult /behoefte extra zorg algemeen Code: belemmering behoefte zorg: alles al behandeld consult	Alles behandeld tijdens consult	"Ja eigenlijk niks want alles wat ik nog wilde vragen kon ik ook vragen en dat heb ik ook gedaan."
Code: belemmering behoefte zorg: Genoeg aan eigen hulpbronnen	Genoeg aan eigen hulpbronnen	"Ja als ik ergens een probleem mee heb dan zoek ik, ja tenminste tegenwoordig kun je alles op internet wel vinden dus dan zoek ik daar wel naar " "Als ik vragen heb of ergens mee zit dan kan ik het gewoon thuis wel kwijt zegmaar"
Code: belemmering behoefte zorg: Genoeg competentie	Genoeg competentie	"Nee ik heb er geen moeite mee verder ofzo"
Code: belemmering behoefte zorg: Geen hulpvraag	Geen hulpvraag/ zelf al uitgezocht	"Weet je ik kom eigenlijk alleen echt voor die test en ik heb verder nergens verder problemen of last van" "Ik heb niet zo heel veel problemen wat dat betreft dus. Of dat heb ik allemaal al uitgezocht"(7)
Seks/liefde/relaties Code: belemmering behoefte seks/liefde/relaties: Zelfstandig proces	Zelfstandig/persoonlijk proces	"Ja dat is toch iets wat je eigenlijk zelf moet uitzoeken zegmaar, echte liefde relaties en dat soort Dingen"
Code: belemmering behoefte seks/liefde/relaties: Geen hulpvraag	Geen hulpvraag	"Ja ik heb niet het gevoel dat ik het nodig heb"
Code: belemmering behoefte seks/liefde/relaties: Competentie/ervaring	Competentie/ervaring	"Omdat ik denk ik al.. in zoverre zoveel ervaring heb in relaties, liefde, seks, umm dat eigenlijk vriendinnen meer naar mij toe komen dan ik naar hun".
Code: belemmering behoefte seks/liefde/relaties: Eigen hulpbronnen	Eigen hulpbronnen	".. als ik een vraag heb dan vraag ik het wel aan mijn vriendinnen dan meestal en dat vind ik ook eigenlijk wel genoeg".
Anticonceptie Code: belemmering behoefte anticonceptie: tevreden huidige situatie	Tevreden met huidige situatie	"Nee ik denk er ook niet aan om iets anders te gaan gebruiken dus....dit bevalt me gewoon goed."(6) "Op de middelbare school doe je meestal zo'n.....project en dan moet je alles uitleggen en weten over anticonceptie. Dus ja vanuit daar wist ik ook eigenlijk alles wel"(3).
Code: belemmering behoefte anticonceptie: al behandeld tijdens consult/zelf uitgezocht	Al behandeld tijdens consult/ al zelf uitgezocht	"Want zij heb mij laten zien.. en het is een heel klein dingetje en ja hoe ver die er in gaat en waar ik dat kan laten doen en dat heb ik allemaal al gevraagd"(1)
Wensen en Grenzen Code: belemmering behoefte W&G: genoeg competentie/ervaring	Genoeg competentie/ervaring op dit moment	"Ja ik heb daar eigenlijk geen tips voor nodig"(1) "ik geef eigenlijk altijd wel heel goed mijn grenzen aan"(3)
Code: belemmering behoefte W&G: eigen verantwoordelijkheid/persoonlijk proces	Eigen verantwoordelijkheid/ persoonlijk proces	"Het is allemaal persoonlijk ...iedereen is zo verschillend, en ze kan niet in een paar minuutjes kijken hoe iemand is qua type... dat moet je maar zelf leren"(5)
Code: belemmering behoefte W&G: Wanneer jonger	Wanneer jonger	"..maar op jongere leeftijd had ik daar misschien wel meer informatie over gewild ja.....(7) "Toen was ik zelf een jaar of 12 denk ik...Dat ik zoiets had van goh ja he.. mijn vriendje wil dit of die wil dit maar ik ben daar eigenlijk nog helemaal niet aan toe en wat moet ik nou doen"
Condoom-Gebruik Code: belemmering behoefte condoomgebruik: eigen verantwoordelijkheid/ genoeg competentie	Eigen verantwoordelijkheid/genoeg competentie	"Um nouja ik heb wel ervaring met zegmaar condooms" "Ja nouja ik heb al genoeg voorlichting gehad, op school enzo" "ik denk dat iedereen dat zelf echt bewust van moet worden. Ja. Ik denk niet dat je er iets tegen kunt doen" "Weet je je weet allemaal zelf wel dat je dat moet gebruiken" "het is niet omdat ik te zwak ben om te zeggen dat ik geen condooms wil of uhh condooms wil gebruiken en niet zonder condoom wil vrijen"
Soa Code: belemmering behoefte Soa: Angstaanjagend	Angstaanjagend	"Nee dan ga je jezelf een beetje uh...aanpraten"

Algemeen/overig Code: belemmering behoefte zorg overig: vroeger wel	Vroeger wel behoefte	“...en ja hoe je dan een orgasme krijgt ik dat is voor iedereen ook nog weer heel erg verschillend dus ja op het internet konden ze jou daar ook niet echt informatie over geven dus dat was wel echt een langdurig probleem waarvan ik niet wist waar ik terecht kon”.(4) “Voor mijzelf dan, als ik denk als ik jonger was geweest.” Toen ik misschien nog niet zo.. uhh ja zo open en eerlijk misschien dat wilde zeggen of durfde te zeggen ja dan was het best wel hilfreich(3)” “Nou ja ik heb wel heel veel emotionele ondersteuning gehad maar uhm.. ja. Stel dat ik.. ja bij hem gebleven was, hoe ik daar in godsnaam mee om moest gaan (10)(mentale problemen partner).
---	----------------------	--

2c. Zouden laagopgeleide meisjes eHealth voor (Sense)problematiek willen gebruiken?

Gebruikersgroep Code: Gebruikersgroep eHealth: Jongere/minder ervaren jongeren.	Jongere/minder ervaren/lager niveau jongeren (varieert van 12-19 jaar)	“Voor mijzelf dan, als ik denk als ik jonger was geweest” “Uh ja als je nog heel jong bent misschien...” “Dat had ik vroeger denk ik wel nuttig gevonden. Ja”(5)
Code: Gebruikersgroep eHealth: Zelf	Zelf (nieuwsgierig, uitproberen, interesse)	“Nou als daar een beetje... veel informatie in staat zegmaar.. nou dan zou ik daar zeker gebruik van maken” “Ja weet je het maakt mij op zich wel nieuwsgierig, dus ik zou er op zich wel naar willen kijken van goh kan ik nog wat dingen vinden die nieuw voor mij zijn”
Code: Gebruikersgroep eHealth: Zelf niet	Zelf niet	“Nee ik heb niet echt het gevoel dat ik daar behoeften aan heb om dat te lezen ofzo of om daar dingen over te weten” “Ja nee, ik zou dat zelf niet gebruiken nee”
Code: Gebruikersgroep eHealth: Misschien toekomst	Misschien in de toekomst	“Ja goed nou weet ik het, dat je zulke appjes ook op kunt zoeken dus misschien als ik ooit weer een probleem heb”

2d. Wat zijn eventuele belemmerende factoren voor aanvullende zorg? (Interviewvraag 7,4,8i,9,10,11,12)

Thema	Belemmerende factoren extra zorg	Citaat
Iets gemist tijdens consult /behoefte extra zorg algemeen Code: belemmering behoefte zorg: alles al behandeld consult	Alles behandeld tijdens consult	“Ja eigenlijk niks want alles wat ik nog wilde vragen kon ik ook vragen en dat heb ik ook gedaan.”
Code: belemmering behoefte zorg: Genoeg aan eigen hulpbronnen	Genoeg aan eigen hulpbronnen	“Ja als ik ergens een probleem mee heb dan zoek ik, ja tenminste tegenwoordig kun je alles op internet wel vinden dus dan zoek ik daar wel naar “ “Als ik vragen heb of ergens mee zit dan kan ik het gewoon thuis wel kwijt zegmaar”
Code: belemmering behoefte zorg: Genoeg competentie	Genoeg competentie	“Nee ik heb er geen moeite mee verder ofzo”
Code: belemmering behoefte zorg: Geen hulpvraag	Geen hulpvraag/ zelf al uitgezocht	“Weet je ik kom eigenlijk alleen echt voor die test en ik heb verder nergens verder problemen of last van” “Ik heb niet zo heel veel problemen wat dat betreft dus. Of dat heb ik allemaal al uitgezocht”(7)
Seks/liefde/relatie Code: belemmering behoefte seks/liefde/relaties: Zelfstandig proces	Zelfstandig/persoonlijk proces	“Ja dat is toch iets wat je eigenlijk zelf moet uitzoeken zegmaar, echte liefde relaties en dat soort Dingen”
Code: belemmering behoefte seks/liefde/relaties: Geen hulpvraag	Geen hulpvraag	“Ja ik heb niet het gevoel dat ik het nodig heb”
Code: belemmering behoefte seks/liefde/relaties: Competentie/ervaring	Competentie/ervaring	“Omdat ik denk ik al.. in zoverre zoveel ervaring heb in relaties, liefde, seks, umm dat eigenlijk vriendinnen meer naar mij toe komen dan ik naar hun”.
Code: belemmering behoefte seks/liefde/relaties: Eigen hulpbronnen	Eigen hulpbronnen	“.. als ik een vraag heb dan vraag ik het wel aan mijn vriendinnen dan meestal en dat vind ik ook eigenlijk wel genoeg”.

Anticonceptie Code: belemmering behoefte anticonceptie: tevreden huidige situatie	Tevreden met huidige situatie	"Nee ik denk er ook niet aan om iets anders te gaan gebruiken dus....dit bevalt me gewoon goed."(6) "Op de middelbare school doe je meestal zo'n.....project en dan moet je alles uitleggen en weten over anticonceptie. Dus ja vanuit daar wist ik ook eigenlijk alles wel"(3).
Code: belemmering behoefte anticonceptie: al behandeld tijdens consult/zelf uitgezocht	Al behandeld tijdens consult/ al zelf uitgezocht	"Want zij heb mij laten zien.. en het is een heel klein dingetje en ja hoe ver die er in gaat en waar ik dat kan laten doen en dat heb ik allemaal al gevraagd"(1)
Wensen en Grenzen Code: belemmering behoefte W&G: genoeg competentie/ervaring	Genoeg competentie/ervaring op dit moment	"Ja ik heb daar eigenlijk geen tips voor nodig"(1) "ik geef eigenlijk altijd wel heel goed mijn grenzen aan"(3)
Code: belemmering behoefte W&G: eigen verantwoordelijkheid/persoonlijk proces	Eigen verantwoordelijkheid/ persoonlijk proces	"Het is allemaal persoonlijk ...iedereen is zo verschillend, en ze kan niet in een paar minuutjes kijken hoe iemand is qua type... dat moet je maar zelf leren"(5)
Code: belemmering behoefte W&G: Wanneer jonger	Wanneer jonger	maar op jongere leeftijd had ik daar misschien wel meer informatie over gewild ja....(7) Toen was ik zelf een jaar of 12 denk ik...Dat ik zoiets had van goh ja he.. mijn vriendje wil dit of die wil dit maar ik ben daar eigenlijk nog helemaal niet aan toe en wat moet ik nou doen"
Condoom-Gebruik Code: belemmering behoefte condoomgebruik: eigen verantwoordelijkheid/ genoeg competentie	Eigen verantwoordelijkheid/genoeg competentie	"Um nouja ik heb wel ervaring met zegmaar condooms" "Ja nouja ik heb al genoeg voorlichting gehad, op school enzo" "ik denk dat iedereen dat zelf echt bewust van moet worden. Ja. Ik denk niet dat je er iets tegen kunt doen" "Weet je je weet allemaal zelf wel dat je dat moet gebruiken" "het is niet omdat ik te zwak ben om te zeggen dat ik geen condooms wil of uhh condooms wil gebruiken en niet zonder condoom wil vrijen"
Soa Code: belemmering behoefte Soa: Angstaanjagend	Angstaanjagend	"Nee dan ga je jezelf een beetje uh...aanpraten"
Algemeen/overig Code: belemmering behoefte zorg overig: vroeger wel	Vroeger wel behoefte	"..en ja hoe je dan een orgasme krijgt ik dat is voor iedereen ook nog weer heel erg verschillend dus ja op het internet konden ze jou daar ook niet echt informatie over geven dus dat was wel echt een langdurig probleem waarvan ik niet wist waar ik terecht kon".(4) "Voor mijzelf dan, als ik denk als ik jonger was geweest." Toen ik misschien nog niet zo.. uhh ja zo open en eerlijk misschien dat wilde zeggen of durfde te zeggen ja dan was het best wel hilfreich(3)" "Nou ja ik heb wel heel veel emotionele ondersteuning gehad maar uhm.. ja. Stel dat ik.. ja bij hem gebleven was, hoe ik daar in godsnaam mee om moest gaan". (10)(mentale problemen partner).

2e. Welke hulpbronnen raadplegen laagopgeleide meisjes bij Sense-problematiek en waarom? (vraag 8)

Thema	label	Citaat
Seks, liefde, relaties en SOA Code: Huidige hulpbronnen: Naaste omgeving	Naaste omgeving (vriendinnen, ouders, partner)	"Nee ik zou dat dan met mijn vriendinnen bespreken" "Ja mijn zusje heeft wel goede tips"
Code: Huidige hulpbronnen: Digitale hulpbron	Digitale hulpbron	"Ik begin meestal bij google... en dan kijk ik wel waar ik uit kom" "als ik daar vragen over heb zou ik dat via internet opzoeken"
Code: Huidige hulpbronnen: Overig	Overige hulpbronnen	"Als ik iets wil weten uit boeken dan duik ik wel de bieb in"(10) "En ik kijk best wel veel dingen op tv er over en zo"(10)
Code: Huidige hulpbronnen: Professionals	Professionals (huisarts, GGD)	"Ja bijvoorbeeld ja of de huisarts"

Hulpbron	Label	Citaat
Naaste omgeving Code: Reden hulpbron Naaste omgeving: Persoonlijk	Persoonlijk	"Ik denk ook wel dat we zo lang al vriendinnen zijn met de meeste dat ze.. ja dat ze wel een goed beeld er over hebben".

Code: Reden hulpbron Naaste omgeving: Betrouwbaar	Betrouwbaar	"Ja mijn zusje heeft wel goede tips ... zij zorgt ook dat zij altijd wel weet wat ze heeft of weet waar het over gaat".
Reden hulpbron Naaste omgeving: begrijpelijker	Begrijpelijker	
Internet – Code: Reden tegen hulpbron Internet: Niet altijd betrouwbaar	Niet altijd betrouwbaar	"Ja vaak zijn het forums wat je dan krijgt. ...daar lees ik eigenlijk altijd zo overheen want dat is.. dat vind ik niet uh dat vind ik niet vertrouwd." (4)
Code: Reden tegen hulpbron Internet: Onpersoonlijk	Onpersoonlijk /oppervlakkig	"Iemand kan wel een soortgelijk verhaal hebben, maar ieder verhaal is anders, dus je hebt altijd wel een puntje of aandachtspuntje dat je iets hebt van ja nee dat heb ik niet"(4) "Ja maar dat is heel oppervlakkig, dat is meer van je geeft aan hoe vaak je er aan wil denken, um en ja wat nog meer? Ja wat je ervoor wil betalen of zo, en uh of je zwanger bent geweest, nou ja dat is niet uh.. nee niet genoeg".(5)
Code: Reden tegen hulpbron Internet: Te breed	(Te) breed (info niet overeenkomstig met elkaar).	"Je kan over één onderwerp kan je een miljoen dingen horen dat het zo moet en die zegt dat het zo moet"(1) "Er staat zoveel op... ja ik zou niet weten waar ik moet zoeken(1)." Overall stond wat anders dus ik vond het niet echt...heel duidelijk (10)
Code: Reden tegen hulpbron internet: angstaanjagend	Angstaanjagend	"Op internet kijk ik eigenlijk niet want daar maken ze je alleen maar gek"
Code: Reden tegen hulpbron Internet: Onvoldoende uitleg/te hoog niveau	Onvoldoende uitleg/te hoog niveau	Op internet, ja....daar staat het zoals het staat. Ja en stel je voor ik snap één woord niet
Internet + Code: Reden voor hulpbron Internet: Direct/snel	Direct beschikbaar/ Snel	"Als je op dat moment met een vraag zit dan kun je het meteen opzoeken"
Code: Reden voor hulpbron Internet: Laagdrempelig	Laagdrempelig	"Maar voor informatie...uhm internet is iets meer voor de hand liggend, is iets makkelijker. En zou ik er niet uitkomen dan had ik daar nog wel aan gedacht om hiernaartoe te bellen maar dat zou ik minder snel doen"(5)
Professional Code: Reden voor hulpbron professional: Betrouwbaar	Betrouwbaar	"Dus ik denk dat als ik vragen had gehad dan kun je ze hier inderdaad makkelijker stellen omdat je dan.. of makkelijker, je gaat er van uit dat ze hier betrouwbare informatie leveren"
Code: Reden tegen hulpbron professional: zelf te jong	Zelf te jong voor	"Nouja ik ben ook denk ik op zo'n leeftijd dat ik denk als het dan gaat om relaties dan heb ik zoets van ja, als ik veertig zou zijn ofzo en ik zou relatie problemen hebben dan zou ik misschien wel naar een therapeut ofzo gaan, maar uhm.. dat op deze leeftijd niet"

Uitspraken over condoomgebruik (PMT en TPB) (naar aanleiding van interviewvraag 12)

Categorie	Label	Citaat
<u>Reden (=beïnvloedende factoren) voor seks met condoom: (heden en verleden)</u> Code: Reden condoomgebruik: Waargenomen kwetsbaarheid	Waargenomen kwetsbaarheid (soa, zwangerschap)	"Ja Kijk als ik een spiraaltje neem ja dan weet ik zeker dat ik niet zwanger word maar dat wil niet zeggen dat het ook een soa tegenhoud". (1) "Ik wist überhaupt niet dat orale seks zoveel kwaad kon, ...de volgende keer heb van nou.. misschien moet ik dat ook maar met condoom doen want uhh daar kun je ook een soa van krijgen"(4)
Code: Reden condoomgebruik: Waargenomen ernst	Waargenomen ernst	"Als je dan daardoor later misschien geen kinderen kan krijgen dan is dat wel heel heftig daardoor... a dus ik denk wel dat ik daar nu meer op ga letten"(2) "Ja ik denk ook wel dat de soa een beetje helpt want ik heb nu ook dan wel zo iets van uhh ja ik heb niet echt heel veel zin om me druk te maken over heb ik een soa of niet" (3) "Ja dat ik nu denk van nou dat wil ik niet elke keer hoeven doen. Eeh ik wil dat gewoon al van mezelf weten dat het veilig uhh is gebeurd. Snap je?"(5) Ja dat schrikt mij heel erg af (ongepande zwangerschap omgeving)(1)

Overig Code: Reden condoomgebruik: Positieve attitude/lage responskosten	Lage responskosten	"Dan zou ik eerder denken van nee dat uhh.. doe maar een condoom er omheen want voor een vrouw maakt het toch niet heel veel uit" (3)
Code: Reden condoomgebruik: Overig	Testresultaten hangen er van af	"Ik wil wel dat ik nu goede informatie krijg zegmaar....Dat ik straks dat smsje heb en echt kan denken nou.. hehe gelukkig niks aan de hand"
Redenen voor seks zonder condoom: (heden en verleden) Code: Reden geen condoomgebruik: Waargenomen kwetsbaarheid	Waargenomen kwetsbaarheid (onrealistisch optimisme, staat niet bij stil op moment zelf, eigen risico-inschatting)	"Ik dacht ik krijg toch geen soa eigenlijk....Dat gebeurd niet". (3) "Ja misschien een beetje gemakkelijk, ja. zo van ach ja, het gaat vast wel goed, komt wel goed...."(6) "Ja het is niet echt dat je op het moment zelf aan condooms denkt of aan veiligheid ofzo"(9)
Code: Reden geen condoomgebruik: Hoge responskosten/Negatieve attitude	Hoge responskosten / negatieve attitude	"Maar uhm.. condooms, ik ben er niet heel erg fan van eerlijk gezegd... Ja het moment dat je zoiets er om heen moet gaan doen dat vind ik gewoon heel irritant. Nee.... Ja dat is echt heel ongemakkelijk". (8) "Ik heb wel ervaring met zegmaar condooms, maar ik vind het niet fijn"(10)
Code: Reden geen condoomgebruik: Subjectieve/sociale norm	Subjectieve norm/sociale norm	"Moet je dan iedereen waar je dan mee naar bed wil eerst zeggen van uhh heb je je wel getest of heb je je ooit wel eens getest? Ja dat doe je gewoon niet" (2) "ik denk dat er heel weinig mensen zijn die het gebruiken, die het echt altijd gebruiken dus ja weetje"(2) "Ja dat vind ik eigenlijk ook niet meer dan normaal als je al zo lang bij elkaar bent".(6)
Code: Reden geen condoomgebruik: Waargenomen ernst	Waargenomen ernst -	"Even een pilletje en huppa het is weer klaar" (verleden) (2) "Dat je niet echt bent voorbereid op de gevaren zegmaar"(9) "En dan weet ik nog niet of dat uhh (soa) nou zo'n hele ramp is". (7)
Neutraal Code: factor condoomgebruik: Waargenomen gedragscontrole	Waargenomen gedragscontrole (alle uitingen die er op wijzen dat met zichzelf in staat acht condooms te gebruiken (kennis, vaardigheden)	"Je weet allemaal dat het moet en dat je allemaal veilige seks moet hebben, Als je op dat moment dat doet dat je ook wel weet wat veilig is ja en nee..."(2) "Ik weet van condooms af en ik weet dat het onveilig is als je...dat eigenlijk, dus ik weet hoe het in elkaar zit". (5) "het is niet omdat ik te zwak ben om te zeggen dat ik geen condooms wil of uhh condooms wil gebruiken en niet zonder condoom wil vrijen"(5) "Ja nouja je hoorde al ik gebruik eigenlijk standaard een condoom"(1)

Beïnvloedende factoren van waargenomen kwetsbaarheid (PMT)

Categorie	Label	Citaat
Verzwakt Waargenomen kwetsbaarheid (o.a. vertrouwen, niet aan denken,) Code: condoomgebruik verzwakt waargenomen kwetsbaarheid: Vaker seks zelfde persoon	Vaker seks met zelfde persoon	"Als je het al vaker met iemand gedaan hebt, dan ja dan vertrouw je diegene daar toch in dat je denkt ja dat hoeft niet"(2) "ja ik heb heel lang een relatie gehad dus ik heb eigenlijk.. bijna nooit condooms gebruikt". (3) "als je al vaker met iemand seks hebt gehad dan gaat het gemakkelijker ofzo, ja dat klinkt misschien stom maar dan denk je er minder snel aan"(6) "Niet altijd.. alleen op het moment dat ik uhh dat het geen vaste partner was"(7)
Code: condoomgebruik verzwakt waargenomen kwetsbaarheid: Alcohol gebruik	Alcohol	"Dan denk je heel snel inderdaad met drank op van ach laat maar, gaat wel goed"(2)
Versterkt waargenomen kwetsbaarheid Code: condoomgebruik versterkt waargenomen kwetsbaarheid: Aantal sekspartners	Aantal sekspartners	"Ja ik denk meer dat het aan het aantal sekspartners ligt. Ik heb er dan nu drie gehad ongeveer en nu denk ik wel van ja, nou ga ik het niet meer zonder doen...." (3) Nou ik zou er in ieder geval beter over na denken en uh bij meerdere partners toch uhh.. een condoom gebruiken(5) Maar misschien als je losse partners hebt is.. dan lijkt het me verstandiger om het wel met condoom te doen(6)
Code: Condoomgebruik verzwakt waargenomen kwetsbaarheid: Nieuwe/losse sekspartner	Nieuwe/losse sekspartner	"Kijk als het met iemand is die je niet kent en wat nieuw is dan zou ik het altijd doen" (2) "Maar misschien als je losse partners hebt is.. dan lijkt het me verstandiger om het wel met condoom te doen"(6)

Code: Condoomgebruik verzwakt waargenomen kwetsbaarheid: Buitenland	Buitenland	
--	-------------------	--

Wat jongeren denken dat hen helpt condooms te gaan gebruiken in de toekomst (Interviewvraag 12)

Categorie	label	Citaat
Overig/ Wat helpt om condoom te gebruiken (in de toekomst) Code: helpend bij condoomgebruik: beschikbaarheid condooms	Zelf condooms kopen/ beschikbaar hebben	<i>"..misschien is dan beter de vraag wat zou mij kunnen helpen om uh een keer andere condooms te halen? Ja want zelf ga ik eigenlijk niet naar de winkel, ik bedoel uhh..hij neemt ze altijd mee".(4) ik zou misschien met hem daar een keertje over moeten praten van goh he die dingen die knappen de hele tijd misschien moeten we eens wat anders halen,... (4) "Nou misschien zelf één op zak hebben.. Meestal heeft de jongen dat (6) gewoon een condoom kopen, gewoon naar de winkel toe en ik koop gewoon een paar condooms, hopatee ja toch?".(8) Ja. Als je zorgt dat je altijd iets bij je hebt denk ik dan altijd dan uh (2)</i>
Code: helpend bij condoomgebruik: angst Soa/ Uitslag consult	Angst Soa/ test uitslag (=waargenomen kwetsbaarheid) "3 zegt angst aanjagen met plaatjes"	<i>"Ja ik denk ook wel dat de soa een beetje helpt want ik heb nu ook dan wel zo iets van uhh ja ik heb niet echt heel veel zin om me druk te maken over heb ik een soa of niet"(3) "Als ik nu straks niks heb weet je wel, alles positief dan wil ik ook dat diegene met wie ik ben dat dat ook weer positief is, zodat ik hier niet weer terug hoeft te komen"(8) "Ja ik denk als ik straks een soa hebt dan ga je er nog wel meer opletten" (6)</i>
Code: Helpend bij condoomgebruik: Gewoon doen	Gewoon doen	<i>"Gewoon wel doen.. gewoon wel condooms gebruiken"(10)</i>
Code: Helpend bij condoomgebruik: Shockerende plaatjes	Shockerende plaatjes soa's	<i>"Dan zou ik eerder zeggen van een reclame op tv, akelige video's of plaatjes of afbeeldingen dat zou mij wel kunnen helpen"(3).</i>

3b. Wat zijn volgens laagopgeleide meisjes de voordelen en barrières van aanvullende zorg in de vorm van eHealth, hoe moet deze eruitzien en aan welke eisen moet de eHealth-toepassing voldoen? (Interviewvraag 13, 14, 15 en 16) *(vertaald naar functies PSD model)*

Positieve punten van voorbeelden van eHealth naar het PSD-model, voordelen en barrières van eHealth.

Categorie	Label	Citaat
Positieve elementen vb eHealth Code: Positieve elementen vb eHealth: Reminder Positieve elementen vb eHealth: Reminder – zelf willen gebruiken.	Reminder (Dialogue support) Intentie om my pil te gebruiken nu of in de toekomst:	<i>"Ja zoals met die pil is het misschien ook wel handig als je het elke keer vergeet," "en die met die my pill app vind ik op zich wel heel erg handig, ik denk dat ik hem wel ga installeren"</i>
Code: Positieve elementen vb eHealth: Informatieverstrekking	Informatieverstrekking (uitleg, relevante inhoud, veel keuze) (leerzaam: 10)	<i>"Um ik vind dit wel een goede dat je ook elke keer er uitleg over krijgt." En ik denk dat het ook wel heel leerzaam is dus (10)..</i>
Code: Positieve elementen vb eHealth: Herkenbare info	Herkenbare informatie (smoesjes condooms) (dialogue support – similarity)	<i>"Met condooms was dat, dat was heel herkenbaar"</i>
Code: Positieve elementen vb eHealth: Spel/testjes	Spel/testjes (dialogue support – praise)	<i>"Ja op zich zijn er wel leuke dingetjes bij dat je denkt van ooh dat je die testjes een keer zou doen"</i>

Code: Positieve elementen vb eHealth: Sociale interactie	Sociale interactie (feedback, lotgenoten contact) (dialogue support- social role)	<i>"En dat je dingen van andere mensen kunt lezen zegmaar, reacties, ervaringen, dat is gewoon wel heel handig....."</i> <i>"Ja uh dat je ook feedback krijgt. Dat uh.. vind ik wel handig..... ja als je bijvoorbeeld niet zeker iets weet dan krijg je tenminste een beetje zo'n bevestiging dat het misschien wel zo is"</i>
Code: Positieve elementen vb eHealth: Design	Design (dialogue support - liking)	<i>"Het ziet er heel goed uit.... Mooi design,... het trekt gewoon aan"</i> <i>"Ja het ziet er wel leuk uit eigenlijk. Met die plaatjes"</i>
Code: Positieve elementen vb eHealth: Vorm	Vorm van eHealth	<i>"En dan vind ik zo'n app toch wel heel handig".</i>
Kenmerken eHealth algemeen Code: Kenmerken eHealth : Laagdrempelig en anoniem	Laagdrempelig en anoniem	<i>"Ik snap dat sommigen een enorme schaamte in hebben of ja of gewoon een laag zelfvertrouwen en dat ze dat niet durven en dus liever via een app doen"</i> <i>"maar omdat sommige mensen toch wel alles heel erg anoniem willen houden en toch wel bang zijn om misschien een afspraak te maken of zo, dat ze dan dan gewoon via de app kunnen doen. als dat zou kunnen weet je wel?"</i>
Code: Kenmerken eHealth : beschikbaarheid soort eHealth	Positief over beschikbaarheid van dit soort eHealth	<i>"Ja ik vind het wel goed zegmaar dat dr zulke apps zijn"</i> <i>"wel een goed idee ik wist helemaal niet dat het bestond"</i>
Code: Kenmerken eHealth : Onafhankelijk van tijd/hulpverlener/plaats	Onafhankelijk van tijd/hulpverlener/plaats	<i>"Je kan het in je eigen tijd doen"</i> <i>"dat ik zoiets heb van nou ik ga nu niet andere mensen inlichten maar ik ga eerst even voor mezelf kijken"</i>
Code: Kenmerken eHealth: Onbekendheid van eHealth dit thema	Onbekendheid van eHealth over dit thema	<i>"Ik wist dat echt niet hoor dat je ook apps kunt downloaden..."</i>
Barrières eHealth Code: Kenmerken eHealth: Onpersoonlijk	Onpersoonlijk	<i>"Sommige dingen moeten gewoon persoonlijk eigenlijk worden besproken vind ik"</i>
Kenmerken eHealth : geen extra uitleg	Geen extra uitleg als je iets niet snapt	<i>"Stel je voor je snapt toch net één ding daar in net niet, ja er zit niet iemand die jou gewoon in kindertaal ofzo of babytaal het echt makkelijk kan uitleggen"</i>

Randvoorwaarden en vorm van eHealth

Categorie	Label	Citaat
Voorkeur vorm eHealth GGD los van problematiek (= herhaling van hierboven) Code: Voorkeur eHealth: Mobiele App Code: Voorkeur vorm eHealth: Beeldmateriaal	Mobiele applicatie	<i>"Ja deze tijd is het natuurlijk sowieso app, dat is uh.. ja iedereen heeft een telefoontje"</i>
Code: Voorkeur vorm eHealth: Gesprek/consult	Beeldmateriaal (Filmpje/serie/tv programma/reclame)	<i>"Dat het misschien af en toe op televisie is ofzo een keer een half uurtje, met van die dingen. Dat iemand bijvoorbeeld gaat zitten net zoals wat ik net met die mevrouw had en dat ze dan gewoon verteld over sova's en dat soort dingen misschien"</i> <i>"Je kunt de informatie wel krijgen maar als je het leest, ziet of hoort van dat dat misschien toch beter binnen komt of sneller omdat mensen dan sneller geneigd zijn om even te kijken"</i>
Code: Voorkeur vorm eHealth: Website	Gesprek/consult	<i>"Ik denk liever iemand die mij dat verteld. Dat uhm.. ja ik ben dyslectisch dus lezen wordt ook niet echt mijn.. uh.. nee.."</i>
Code: Voorkeur vorm eHealth: Chat	Website	<i>"Nou dan toch een website.... Omdat het toch om belangrijke keuzes gaat bijvoorbeeld anticonceptie en daar wil je toch wel even voor gaan zitten"</i>
Code: voorkeur vorm eHealth: Geen game	Chat	<i>"Dat gewoon iemand achter een computertje zit en dan antwoorden geeft op de vragen die iemand heeft en zo"</i>
	Geen Game	

Kenmerken eHealth GGD Code: Eisen eHealth: Info overzichtelijk weergeven	Info overzichtelijk weergeven (opsomming, tabellen, makkelijk bij juiste info komen, compleet)	<i>"Nou dat het een beetje overzichtelijk is dus dat je niet uh dat je niet urenlang hoeft te zoeken naar wat je vraag is"</i> <i>"dat er een duidelijk overzicht in staat."</i> <i>"ja voor mij hoeft het niet met quizjes en dingetjes enzo, het is gewoon voldoende als ik het gewoon aan kan klikken en dat het er dan gewoon duidelijk staat"</i>
Code: Eisen eHealth: Betrouwbaarheid	Betrouwbaarheid (bron/info, Professionele uitstraling)	<i>"Nou ik wil in ieder geval zeker weten of het betrouwbaar is"</i> <i>"dat je wel iets, zoiets hebt van oké.. hier spreekt wel iemand die er verstand van heeft"</i> <i>"het moet wel professioneel overkomen"</i>
Code: Eisen eHealth: Begrijpelijke info	Begrijpelijke info (makkelijk taalgebruik, laag niveau, veel uitleg)	<i>"Nou dat het echt wel een beetje uitgebreid uitgelegd wordt"</i> <i>"geef de informatie maar gewoon zo simpel mogelijk....."(5)</i> <i>Um ik denk liever iemand die mij dat verteld. Dat uhm.. ja ik ben dyslectisch dus lezen wordt ook niet echt mijn.. uh.. nee..</i>
Code: Eisen eHealth: Bekendheid	Bekendheid (verspreiding via GGD website, via. social media, via radio)	<i>"Maar daar moet dan ook reclame voor worden gemaakt"</i> <i>"Maar dan moet ik er wel eerst van hebben gehoord. Anders zou ik daar nooit op zoeken"</i>
Code: Eisen eHealth: Veiligheid	Veiligheid (anoniem, geen virussen, geen reclame, vastlopen)	<i>"Ja het is natuurlijk makkelijk en anoniem, je hoeft met niemand te praten want het wordt zo aangegeven"</i> <i>"niet als je bijvoorbeeld doorlinkt naar een site niet dat je dan allemaal rare reclame dingetjes eronder krijgt en virussen op je telefoon"</i>
Code: Eisen eHealth: Realistische/herkenbare info	Realistische/Herkenbare info	<i>"Dat mensen zichzelf er wel in kunnen uhh ja dat ze wel een situatie hebben van oh daar herken ik mij in".</i>
Code: Eisen eHealth: laagdrempelig weergeven	Laagdrempelig (informatie, toegang tot)	En verder um.. ik denk dat het ook niet te serieus moet zijn ofzo, dat het toch oo wel grappig.. of misschien op een grappige manier wordt verteld dat je het ook makkelijker bespreekbaar kan maken met je omgeving ofzo uh.. ja
Code: Eisen eHealth: zakelijk design	Zakelijk/professioneel design	<i>"Ja nou dan niet met al die hartjes en geluiden en weet ik veel wat, symbolen, dat zou ik dan weglaten".</i>
Code: Eisen eHealth: aantrekkelijk design	Aantrekkelijk design	<i>"Leuk aangekleed zeg maar, een aantrekkelijk uiterlijk..</i> <i>Ja met kleurtjes en plaatjes en uh.. dat het toch weer voor jongeren zeg maar wel het eerste is waar ze dan naartoe zouden gaan of op zouden klikken".</i>
Moment inzet eHealth Code: Moment inzet eHealth: Voor consult	Voor consult	<i>"Als je dan een app hebt van de GGD waarin wordt bevestigd van goh je kunt toch beter langs komen, dan uh, ja dan denk ik dat uh ja dat het dan wat laagdrempeliger wordt,(4)"</i>
Code: Moment inzet eHealth: Na consult	Na het consult	<i>Of dat je iets meekrijgt bijvoorbeeld waar het instaat, dat zou misschien wel makkelijk zijn voor iemand bijvoorbeeld.(6)</i>
Code: Moment inzet eHealth: Los van consult	Los van consult	<i>"Nee Ik denk gewoon helemaal los. Ik denk dat het gewoon wel uh zegmaar als je een app wil downloaden dat dat wel ergens moet staan dat je zulke apps kunt downloaden."</i>

1a. Hoe staan hulpverleners tegenover aanvullende Sense-zorg voor jongeren?

Categorie	Label	Citaat
Attitude aanvullende zorg Code: attitude aanvullende zorg: positief	-Positief tegenover aanvullende zorg	<i>"..jongeren hebben vaak veel vragen, ook vragen over seksualiteit, maar ook vragen rondom soa".</i>

Code: attitude aanvullende zorg: negatief	-Negatief tegenover aanvullende zorg	"Ik vind de zorg heel uitgebreid, ik vind het heel goed. En uhhh of daar wat bij moet? Nee ik denk dat wij... uh je moet ook niet gaan moederen"
--	--------------------------------------	--

1b. Wat zijn volgens hulpverleners de belangrijkste Sense-problemen- en risicogroepen op de Poli Seksuele Gezondheid en hoe kan eHealth hier ondersteuning bieden?

(Sense)probleem	Risicogroep	Citaat
<u>Seksueel disfunctioneren</u>		
- Pijn bij het vrijen Code: Sense-problematiek: pijn bij vrijen Vaak kennisgebrek Code: Sense-problematiek: pijn bij vrijen - kennisgebrek	Meisjes - Vaker hoger opgeleid - Vooral 18-21 jaar - Alle leeftijden Code: Sense-problematiek: pijn bij vrijen- risicogroep	"Maar wat mij wel opvalt is dat vooral de hoger opgeleide jonge vrouwen en dan heb ik het vanaf 18-19-20-21 ja, dat je die regelmatig wel ziet met voor pijn met vrijen" "Maar dat is ook gewoon puur onwetendheid dat ze niet weten dat ze eerst gewoon echt goed vochtig moeten zijn
- Erectiestoornis/te vroeg klaarkomen Code: Sense-problematiek: erectiestoornis/vroegklaarkomen Vaak kennisgebrek Code: Sense-problematiek: erectiestoornis/vroegklaarkomen- kennisgebrek	Jongens 16-18 jaar Code: Sense-problematiek: erectiestoornis/vroegklaarkomen- risicogroep	"Aantal jongere jongens die de afgelopen tijd met de klacht te snel klaar komen kwamen" "dus echt rond een jaar of 16, 17 dus echt een beetje de beginners".
<u>Vragen over of hulp bij anticonceptie</u> Code: Sense-problematiek: anticonceptie	Meisjes - Vaker bij jonge meisjes - Niet per se leeftijdsgebonden - Onafhankelijk van opleidingsniveau - Allochtone/religieuze meisjes Code: Sense-problematiek: anticonceptie risicogroep	"Anticonceptie is eigenlijk door alle lagen heen wel een beetje dat uh.. daar kan ik eigenlijk geen specifieke groep noemen nee" "Nou ik denk wel dat de allochtone die hebben dat thuis en gereformeerde zeg maar, die mogen thuis vaak niet aan pil of die mogen geen anticonceptie, dus dat is natuurlijk wel wat zorgwekkender"

<u>Moeite met aangeven van grenzen en seksueel geweld</u> <i>Code: Sense-problematiek: wensen en grenzen</i>	Meisjes - Onafhankelijk van opleidingsniveau - Jonge meisjes <i>Code: Sense-problematiek: wensen en grenzen-risicogroep</i>	<i>"Ik denk dat het (moeite met grenzen aangeven) bij het vrouwelijk geslacht meer voor komt"</i> <i>"Uhm Nee ik denk dat het (moeite met grenzen aangeven) in alle lagen voorkomt".</i> <i>"...vooral jonge meisjes wel"</i>
<u>Geen condoomgebruik</u> <i>Code: problematiek: geen condoomgebruik</i>	Jongens en meisjes <i>Code: problematiek: geen condoomgebruik-risicogroep</i>	
- Inadequate risicoperceptie jongeren <i>Code: problematiek: geen condoomgebruik-risicoperceptie</i>		<i>"En ach ze heeft toch niet zo veel contacten, en ze is wel schoon en ik krijg toch geen soa".</i>
- Kennisgebrek <i>Code: problematiek: geen condoomgebruik-kennisgebrek</i>		<i>"Bijvoorbeeld onbeschermd orale seks dat ze niet weten dat ze daar soa van kunnen krijgen dus die denken van ik doe het harstikke veilig want ik laat me alleen maar pijpen zonder condoom en de rest doe ik met condoom"</i>
- Negatieve attitude condoomgebruik <i>Code: problematiek: geen condoomgebruik-negatieve attitude</i>		<i>"Maar meer om het gebruik van condooms he.... door heel veel jongeren wordt ervaren dat het gebruik van het condoom stoort"</i>
- Onvoldoende vaardigheden <i>Code: problematiek: geen condoomgebruik – onvoldoende vaardig</i>		<i>"Ik denk dat heel veel mensen gewoon het condoom verkeerd gebruiken"</i>
- Weerbaarheid en verwachtingspatroon over relatie <i>Code: problematiek: geen condoomgebruik-weerbaarheid</i>	Meisjes <i>Code: problematiek: geen condoomgebruik-weerbaarheid-risicogroep</i>	<i>"...die denken dan gewoon steeds meer van oh nah hij vindt me echt leuk en daarom doet hij dat".</i>

1c. Wat kan er volgens hulpverleners aan de huidige zorg voor jongeren met Sense problematiek verbeterd worden en hoe kan eHealth hierbij ondersteunen?

Zorgonderdelen en problemen en verbetermogelijkheden	Citaat
Twijfel over mate van kennisoverdracht <i>Code: verbetermogelijkheden zorg: kennisoverdracht</i>	<i>Mensen knikken vaak ja en amen en als je ze dan gaat vragen van goh kun je mij nou eens met je eigen woorden vertellen wat ik jou net uitgelegd hebt nou ja als je dan ziet soms wat er dan uit komt, dat is schrikbarend"</i>
Jongeren staat niet altijd open voor bewustwording en gedragsverandering	<i>"Dan hebben ze gewoon van ik wil gewoon een soa test ik wil gewoon weten of ik een soa heb of niet en wat jij allemaal verteld dat boeit me niet"</i>

Code: verbetermogelijkheden zorg: bewustwording/gedragsverandering	
Twijfel of achterliggende (Sense)hulpvragen niet zijn gemist Code: verbetermogelijkheden zorg: Twijfel Sense-hulpvragen -Sense vragenlijstje weer invoeren Code: verbetermogelijkheden zorg: Twijfel Sense-hulpvragen-lijstje invoeren -Tool om Sense-problematiek op te sporen	<i>"De hulpvraag goed duidelijk krijgen en zo voelen van.. zit hier nog meer achter, moet ik nog doorvragen naar bepaalde gebieden of niet,.....dat ik achteraf denk van uh heb ik nou goed doorgevraagd"</i> <i>"Het kan je misschien wel helpen om sneller bij het pijnpunt te komen".</i>
Niet afzeggen van consult door jongeren Code: verbetermogelijkheden zorg: Niet afzeggen consult jongeren	<i>"...best vaak afspraken worden afgezegd of niet afgezegd dat mensen gewoon niet komen opdagen"</i>
Lange wachttijden doorverwijzing seksuoloog Code: verbetermogelijkheden zorg: wachttijden seksuoloog	<i>Nou voordat ze bij degene terecht kunnen waar je naar toekan zo een wachttijd van 3-4 maand zijn voordat ze aan de beurt zijn".</i>
Beantwoording van e-mail van jongeren kan beter Code: verbetermogelijkheden zorg: beantwoording e-mails -Sneller juiste informatie of antwoord sturen. Code: verbetermogelijkheden zorg: beantwoording e-mails-sneller -Jongeren zelf op de site makkelijker antwoord laten vinden Code: verbetermogelijkheden zorg: beantwoording e-mails-tool -Mailtjes persoonlijker beantwoorden. Code: verbetermogelijkheden zorg: beantwoording e-mails-persoonlijker	<i>"Ze kunnen ons altijd mailen met een vraag waar we binnen twee dagen een antwoord op geven. Dat zou misschien nog wel iets sneller kunnen"</i> <i>"...een bepaalde tool is of zo in de computer van onze website dat als ze...een term intypen of woord dat je gelijk een bepaald antwoord krijgt wat daar dan eigenlijk naar terugverwijst, Dus bijvoorbeeld als er kosten in staat nou dat er geen kosten aan verbonden zijn etc"</i> <i>"Nou ik ben me er wel eens van bewust dat kijk als iemand met een vrij specifieke vraag belt (hij bedoelt mailt) en ik stuur die algemene mail dat ze contact kunnen opnemen dan kan het ook zijn dat mensen gewoon niet meer daar op reageren".</i>
Tijdgebrek bij Sense-hulpvraag Code: verbetermogelijkheden zorg: tijdgebrek bij sense-problematiek	<i>"Nou ja als er dus iemand komt puur met...een soa vraag maar goed tijdens het gesprek ..blijkt er ook nog weer een andere vraag onder te zitten. Ja dan is iemand dus ingepland alleen voor dat soa.. En om dat dan in 20 of 25 minuten te doen"</i>

2a. Wat zijn volgens hulpverleners de voordelen en barrières van aanvullende zorg in de vorm van eHealth, hoe moet deze eruitzien en aan welke eisen moet de eHealth-toepassing voldoen?

Categorie	Label	Citaat
Voordelen eHealth Code: voordelen eHealth: gebruik in eigen tijd/plaats	Gebruik in eigen tijd/plaats	<i>"...wat ze op een tijdstip kunnen doen dat het hun ook gewoon uitkomt"</i>
Code: voordelen eHealth: gebruik onafhankelijk van hulpverlener	Gebruik onafhankelijk van hulpverlener	<i>"...om die informatie gewoon te halen zonder dat je meteen een hulpverlener erbij moet roepen, ik denk dat dat gewoon heel goed werkt"</i>

Code: voordelen eHealth: tijdbesparing consult	Tijdbesparing consult	"het zou ook tijdbesparend moeten zijn. Dat zou het mooiste zijn".
Nadelen eHealth Code: nadelen eHealth: privacygevoelig	Onvoldoende privacy (mobiele app)	"...veel van hun ouders weten daar niets van, met name als ze echt een Sense vraag hebben... Dan gaan ze dat helemaal niet op de telefoon zetten".

Randvoorwaarde eHealth-toepassing	PSD categorie en functie	Citaat
Betrouwbare informatie Code: Randvoorwaarden eHealth: betrouwbare informatie	Credibility support 'Truthworthiness'	"Je moet in ieder geval wel um.. gerichte informatie hebben dus geen kul dingen"
Doorverwijzing voor hulp Code: Randvoorwaarden eHealth: doorverwijzing naar hulpverlening		"Ik denk wel dat het heel duidelijk ook in moet staan met doorverwijzingen naar hulpverleners, naar de ggd naar eventueel de huisarts.."
Aansluiting op belevingswereld, cultuur, opleidingsniveau groep jongeren. Code: Randvoorwaarden eHealth: aansluiten op belevingswereld jongeren	Primary task support 'Tailoring'	"Ja wat belangrijk is denk ik dat je zo veel mogelijk probeert aan te sluiten bij de belevingswereld van diegene die je daarmee wil bereiken".
Mag geen extra tijd of persoonlijk contact zorgverlener vragen Code: Randvoorwaarden eHealth: mag geen extra tijd kosten	-	"... het zou ook tijdbesparend moeten zijn". "Ik denk dat je ook niet teveel contact moet hebben met jongeren moet hebben dan kom je weer op dat moederen terecht, snap je? "
Mag niet te complex zijn: eenduidige, doelgerichte en compacte informatie en eenvoudig in bediening. Code: Randvoorwaarden eHealth: eenvoudig,eenduidig,doelgerichte informatie Code: Randvoorwaarden eHealth: makkelijk te bedienen	Primary task support 'Tunneling'	"Maar ik denk wel dat het heel duidelijk moet zijn van oke, dit, klik dat, en ook voor mensen die wat minder geschoold zijn goed toegankelijk zijn"
Verantwoordelijkheid van jongeren aanspreken Code: Randvoorwaarden eHealth: verantwoordelijkheid aanspreken jongeren	-	"... je moet ook mensen wijzen op hun eigen verantwoordelijkheden".
Wetenschappelijk getest Code: Randvoorwaarden eHealth: wetenschappelijk getest	Credibility support 'Surface credibility'*	"Maar het mooiste is als het dan ook inderdaad bewezen effectief is".

Vorm eHealth	Citaat
Mobiele applicatie Code: Vorm eHealth: mobiele applicatie	"Dat je via die app ook gewoon doorgestuurd kan worden naar de Sense site en naar Soa-aids Nederland en naar de GGD site" "Als alles mag, nou dan zou ik gewoon ook nog graag een app ontwikkeld willen zien"

Games Code: Vorm eHealth: game	<i>"Games en zo.... want die vinden jongeren ook leuk om te doen 'fix it' en dat soort dingen"</i>
Website (Online triage-systeem) Code: Vorm eHealth: website	<i>"...je zou misschien als mensen op de website kijken en dat je ze online iets laat doen"</i> <i>"...dat er ook bepaalde vragen m.b.t anticonceptie, seksueel geweld, uh de andere thema's en stel daar komt iets over van uhh nou ja pijn bij het vrijen van oké goh.. heb je enig idee hoe het komt?"</i>
Social media Code: Vorm eHealth: social media	<i>"Dan denk ik dat je vaker of meer mensen bereikt door uhmm. Dingen inderdaad op facebook te zetten of te retwieten, dat er gewoon kreten inderdaad langs komen."</i>

Moment inzet eHealth	toelichting	Citaat
- Als verlening van consult Code: Inzet eHealth verlening consult: nazorg	informatie kunnen nalezen na het consult	<i>"Kijk, je kunt niet alles doornemen in zo'n consult he dus het is vaak gewoon fijn om aanvullende informatie te hebben of zelf als jongeren ook gewoon nog eens een keer iets te kunnen nakijken"</i>
Code: Inzet eHealth verlening consult: voorbereiding consult	Voorbereid zijn voor het consult	<i>"Dat ze eigenlijk al een stukje voorbereiding hebben gehad voordat ze bij ons komen".</i>
- Niet ter vervanging/tijdens consult - Code: Inzet eHealth niet ter vervanging consult		<i>"Maar ik zie dat niet zozeer van ga nou dat maar eens even doen tijdens het spreekuur. Nee dat denk ik niet".</i>
Bereidheid door te verwijzen naar eHealth Code: Inzet eHealth: bereid tot doorverwijzen	Ja	<i>"Dan zou ik dit ook als doorverwijzing doen. Weet je dat dit bestaat".</i>

Bijlage 11: eHealth ontwerpen

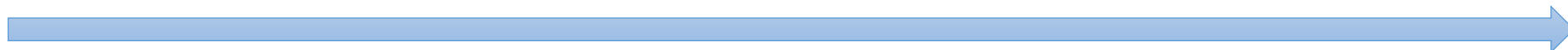


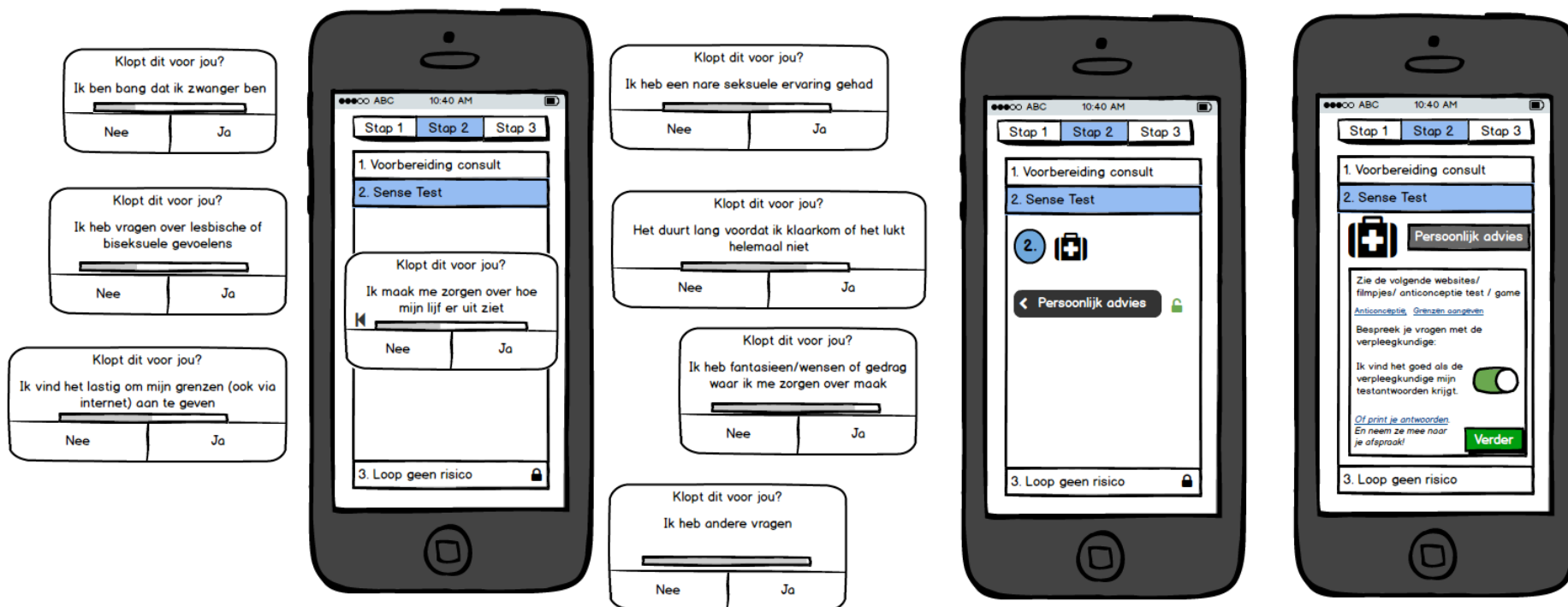
Beginnscherm

Stap 1: voorbereiding consult

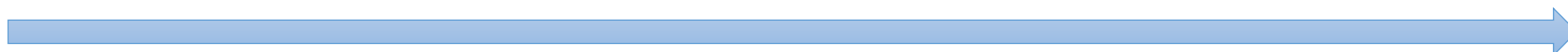


Stap 2: Triage vragen Sense-test





Stap 2: Persoonlijk advies





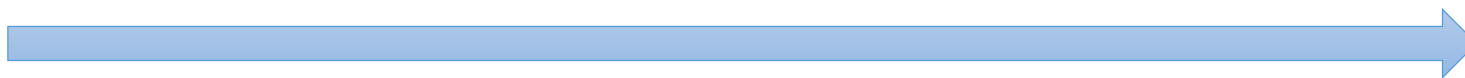
Stap 3: Loop geen risico



Stap 3: Kies voor je gezondheid



Eindscherm



Dit is je persoonlijke inlogcode

903498

Ga naar de site www.sense-zoeken.info en log in
GGD TWENTE

Kaartje met persoonlijke inlogcode

Inlogscherm

Persoonlijke webpagina

Hallo,

Hier vind je de links met informatie die de hulpverlener met je heeft besproken.

Veel succes!

GGD Twente

Thema seks:

<https://www.sense.info/seks/sekstechnieken/klaarkomen-meisje>

<https://www.sense.info/liefde-en-relaties/lesbisch-homo-bi-hetero>

Thema Anticonceptie:

<http://www.anticonceptievoorjou.nl/>

Thema Soa's

<https://www.sense.info/soas/soas-voorkomen/bereken-je-seksuele-netwerk>

<https://www.sense.info/soas/soorten-soas/wat-zijn-soas>

Persoonlijke e-Card

Bijlage 12: Draaiboek formatieve gebruikersevaluatie

Formatieve gebruikers evaluatie - Draaiboek

Use case scenario.

Kort voorstellen:

Student Gezondheidspsychologie, we hebben verschillende ideeën bedacht om jongeren die een soa-test komen doen, beter te ondersteunen. We zouden graag willen weten wat je hier van vindt en of je het zou willen gebruiken. Het gaat vooral om het idee, het is nog niet helemaal uitgewerkt.

- **Demografische gegevens:** Leeftijd

Introductie ontwerpen:

Scenario 1: Stel je voor je hebt net de GGD gebeld voor een soa test. En in het tekstberichtje met de tijd en datum van je afspraak ontvang je nu ook deze app. *Stel je verder voor dat:*

1. *je het consult spannend vindt omdat je niet goed weet wat je kan verwachten.*
2. *je voor de soa test komt maar je eigenlijk ook graag wil overstappen op een nieuw anticonceptiemiddel (je hebt hiervoor al even op internet gezocht en dit met vriendinnen besproken maar je komt er niet uit).*
3. *je het moeilijk vindt om je grenzen aan te geven bij jongens maar je weet niet goed waar je terecht kan voor hulp of tips.*

- **Uitleg ontwerp 1**

Stap 1: Helpt je voor te bereiden op het consult: wat kan je verwachten?

Stap 2: Met dit testje kun je uitvinden met welke vragen over het thema seks, liefde en relaties je terecht kunt bij de GGD en waar je informatie op internet hierover kan vinden.

Stap 3: (pas na de behandeling/goede uitslag): dit gaat over de risico's van soa's, hoeveel risico loop je wat kunnen de consequenties zijn en hoe kan je dit te voorkomen.

- **Uitleg ontwerp 2**

Vragen:

- Stel dat je één van deze twee ontwerpen aangeboden had gekregen voor je eerste afspraak bij de GGD wat vind je hier dan van?
- Aan welk ontwerp zou jij de voorkeur geven?

Scenario 2: Stel Je hebt tijdens het consult met de hulpverlener verschillende onderwerpen besproken. Ook heeft de hulpverlener gevraagd of je nog interesse hebt om meer te weten over bepaalde onderwerpen zoals soa's, anticonceptie, pijn bij vrijen etc.(informatie kan in tekst, filmpje of quiz/spel vorm worden aangeboden). Je ontvang nu het volgende:

- **Uitleg ontwerp 3**
- **Uitleg ontwerp 4**

Vragen:

- Stel dat je één van deze ontwerpen nu aangeboden zou krijgen, wat vind je hier dan van?
- Aan welk ontwerp zou jij de voorkeur geven? (of welk ontwerp vind jij het beste?)

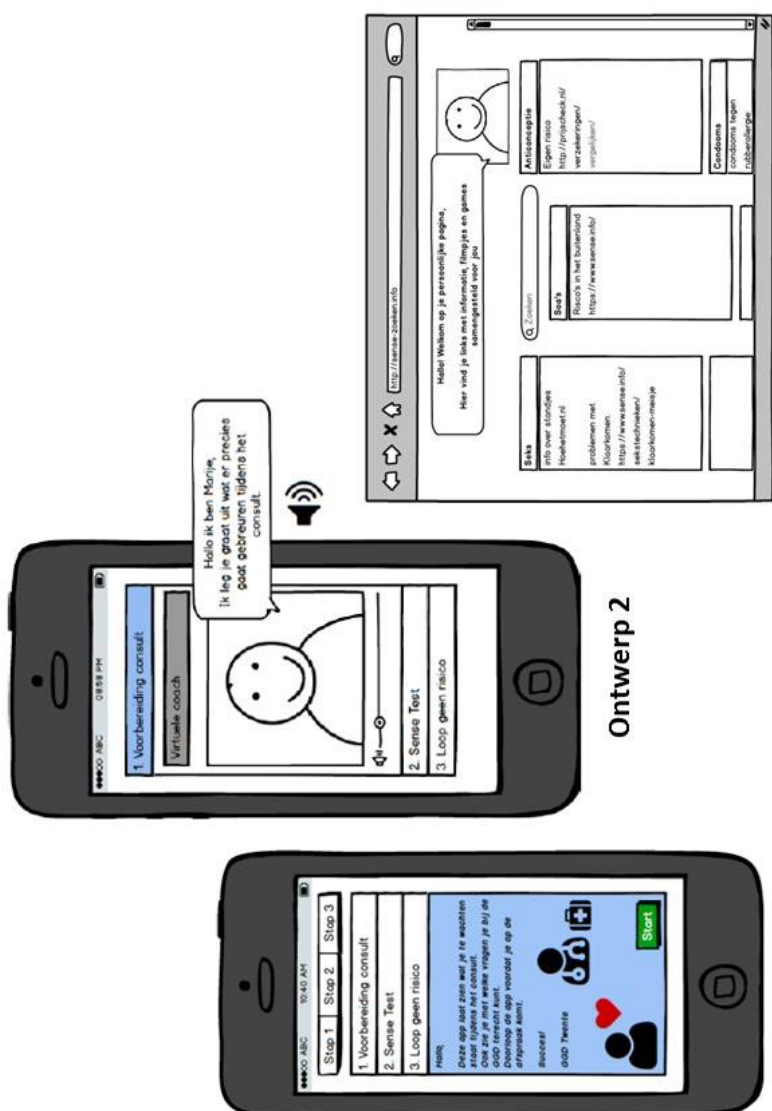
Vragen na tonen van alle ontwerpen: overzicht ontwerpen tonen.

- Welke van deze ontwerpen vind jij het beste? Waarom
- Zou je deze ook gebruiken als hij je wordt aangeboden? Waarom wel/waarom niet
- Zou je (nog) iets anders willen ter ondersteuning van het consult?
- Heb je nog andere tips/ideeën?

Bedanken!



Ontwerp 4



Ontwerp 1

Ontwerp 3

TOESTEMMINGSVERKLARING

Voor deelname aan het wetenschappelijk onderzoek

**Ik ben gevraagd om mee te doen aan een wetenschappelijk onderzoek.
Dit onderzoek heeft als doel om de behoeften bij hulpverleners en jongeren aan
een extra (na)zorg of zelfmanagement toepassing in kaart te brengen.**

Ik heb de informatieve e-mail ontvangen over het doel- en de inhoud van het onderzoek. Ik heb de informatieve e-mail gelezen. Ik weet wat er van mij wordt verwacht tijdens het interview.

☐ Ja
☐ Nee

Ik heb tijd en mogelijkheden gehad om vragen te stellen.

☐ Ja
☐ Nee

Ik weet dat meedoen aan het onderzoek vrijwillig is. Ook weet ik, dat ik altijd kan stoppen met meedoen aan dit onderzoek.

☐ Ja
☐ Nee

Ik weet dat mijn naam niet genoemd zal worden in het verslag van het onderzoek. En ik weet dat persoonlijke informatie echt vertrouwelijk blijft. De informatie wordt alleen voor dit onderzoek gebruikt.

☐ Ja
☐ Nee

Ik weet dat dit onderzoek wordt opgenomen met geluidsapparatuur. Deze opname wordt alleen gebruikt voor het onderzoek en zal daarna worden vernietigd.

☐ Ja
☐ Nee

Naam:

Handtekening:

Datum:

Toestemmingsverklaring deelnemer

Ik ben gevraagd om mee te doen aan een onderzoek. Het onderzoek gaat over:

- **Wat jongeren vinden van het spreekuur**
- **Wat zij denken dat hieraan verbeterd kan worden.**
- **Wat zij denken dat de GGD hieraan kan doen.**

Ik heb informatie gekregen over het doel van het onderzoek en hoe het onderzoek er uit zal zien. Ik heb dit begrepen. Ik weet wat er van mij wordt verwacht tijdens het interview.

☐ Ja
☐ Nee

Ik heb tijd en mogelijkheden gehad om vragen te stellen.

☐ Ja
☐ Nee

Ik weet dat meedoen aan het onderzoek vrijwillig is. Ook weet ik, dat ik altijd kan stoppen met meedoen aan dit onderzoek.

☐ Ja
☐ Nee

Ik weet dat mijn naam niet genoemd zal worden in het verslag van het onderzoek. En ik weet dat persoonlijke informatie echt vertrouwelijk blijft. De informatie wordt alleen voor dit onderzoek gebruikt.

☐ Ja
☐ Nee

Ik weet dat dit onderzoek wordt opgenomen met geluidsapparatuur. Deze opname wordt alleen gebruikt voor het onderzoek en zal daarna worden vernietigd.

☐ Ja
☐ Nee

Naam:

Datum:

Handtekening: