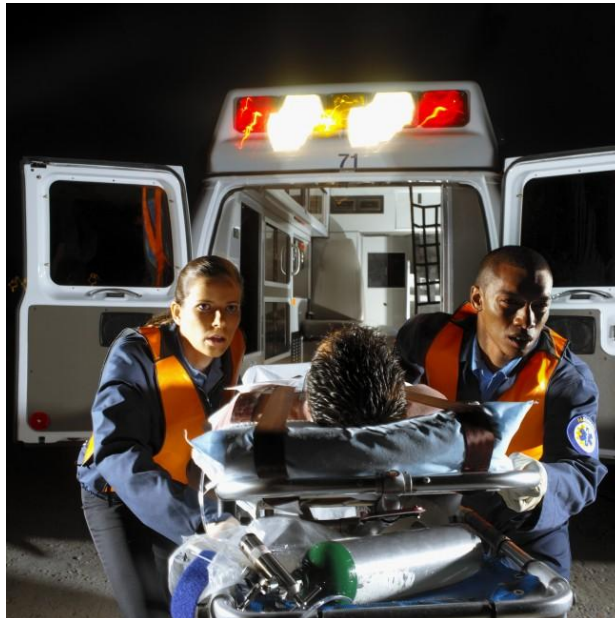


DE ALCOHOLPOLIKLINIEK

Doelgroepbeschrijving en de samenhang tussen risicofactoren van schadelijk alcoholgebruik

Dossieronderzoek bij Tactus Verslavingszorg



Susan van Cruchten

||

Februari 2013

DE ALCOHOLPOLIKLINIEK

Doelgroepbeschrijving en de samenhang tussen risicofactoren van schadelijk alcoholgebruik

Dossieronderzoek bij Tactus Verslavingszorg

Susan van Cruchten

||

Februari 2013

*Afstudeeronderzoek in het kader van de opleiding Psychologie aan de Universiteit Twente te
Enschede en uitgevoerd in opdracht van Tactus Verslavingszorg*

Afstudeercommissie:

Dr. M.E. Pieterse, 1^e begeleider Universiteit Twente

Dr. J.J. van Hoof, 2^e begeleider Universiteit Twente

A.L. Thijs, 1^e begeleider Tactus Verslavingszorg

Dr. M.G. Postel, 2^e begeleider Tactus Verslavingszorg

Samenvatting

Inleiding: Door de zorgwekkende cijfers en gezondheidsrisico's van het gebruik van alcohol bij jongeren zijn er veel interventies gericht op het terugdringen van schadelijk alcoholgebruik onder jongeren. De alcoholpoli is ontwikkeld om schadelijk alcoholgebruik in de toekomst terug te brengen en onderliggende problematiek te signaleren (Reinier de Graaf Groep & Partnership Vroegsignalering Alcohol, 2010; Tactus Verslavingszorg, 2012b). In de risicotaxatie tijdens het eerste gesprek worden de beschermende en risicofactoren (oorzakelijke factoren) in kaart gebracht en de behandeling hierop aangepast.

Doel: In het huidige onderzoek zal een doelgroep beschrijving gemaakt worden en wordt onderzocht welke variabelen samenhangen met de risicofactoren van schadelijk alcoholgebruik. Ook wordt beschreven welke behandelingen aangeboden worden aan de jongeren van de alcoholpoli en of de behandelvorm aansluit op de aanwezige risicofactoren. Tot slot wordt er bekeken in hoeverre de dossiers compleet zijn en relevante en correctie informatie bevat om de validiteit van de onderzoeksresultaten te waarborgen.

Methoden: Alle gegevens voor de dataverzameling zijn uit de elektronische dossiers gehaald. Er is een codeerschema ontwikkeld waarin gegevens uit de literatuur, van hulpverleners en uit één willekeurig dossiers zijn verwerkt tot items. De kwalitatieve data uit het dossier zijn met behulp van het codeerschema kwantitatief gemaakt en ingevoerd in SPSS.

Resultaten: De jongeren binnen dit onderzoek komen vaker uit een afwijkende gezinssituatie dan de Nederlandse jongeren. De gemiddelde leeftijd was 16,3 jaar en er worden evenveel meisjes als jongens aangemeld. Risicofactoren zijn vooral aanwezig bij de alcohol gerelateerde cognities en opvoedingsvariabelen. Daarnaast hangen geslacht en het schoolniveau samen met het gemeten alcoholpromillage, maar hangen leeftijd en geslacht niet samen met de risicofactoren van de opvoedingsgerichte variabelen en alcohol gerelateerde cognities. De behandelvormen die worden aangeboden bij de alcoholpoli zijn: geen nazorgtraject (enkel intakegesprek), zorg volgens protocol (intakegesprek en 1 telefoongesprek en/of 1 individueel gesprek) en meer zorg volgens het protocol (intakegesprek en meerdere telefonische en/of individuele contacten of trainingen). De aangeboden behandelvorm sluit enkel aan bij de totaalscore van cognities. Jongeren vanaf 17 jaar en jongeren uit een afwijkende gezinssituatie beëindigen vaker zelf de behandeling. Tot slot zijn de meeste dossiers compleet en bevatten relevante informatie. Ook lijkt het erop dat de meeste gerapporteerde informatie correct is.

Conclusie: Het onderzoek heeft geleid tot een aantal concrete aanbevelingen om het rapporteren van de dossiers te optimaliseren. Er zou een formulier gebruikt kunnen worden tijdens de intake om ervoor te zorgen dat alle relevante gegevens verzameld worden. Wanneer de aanbevelingen ten harte worden genomen en zullen worden aangepast in de werkwijze van de alcoholpoli, kunnen er in de toekomst betere conclusies getrokken worden over de (werkwijze binnen de) alcoholpoli. Het is daarin belangrijk om vervolgonderzoek uit te voeren, om zo de alcoholpoli nog verder te verbeteren en het alcoholgebruik onder jongeren verder terug te brengen.

Summary

Introduction: Due to the alarming facts and health risks of the use of alcohol by young people, there are many interventions created to reduce the harmful alcohol use among young people. The alcohol policlinics was developed to reduce alcohol abuse in the future and to identify underlying problems (Reinier de Graaf Groep et al. (2010); Tactus Verslavingszorg, 2012b). During the first consultation professionals implement a risk assessment on risk- and protective factors (causal factors).

Aim: In the current study, a target group description will be made. The variables that are associated with the risk of alcohol abuse will be examined.. This study also describes the treatment offered to youthful clients. Another goal will be to determine whether the treatment is in line with the existing risks. Finally, it will be judged whether the medical files are entirely complete and if they consists of correct and relevant information to ensure the validity of this study.

Methods: All the collected data will be collected out of the electronic medical files. There has been developed a coding scheme. In this scheme all the relevant data have been recoded into items that have been used during the data collection. All the collected qualitative data from the medical files were recoded into quantitative data, and were entered into SPSS.

Results: Compared to characteristics of the Dutch youth, the youthful clients only differed in family situation.. In this study boys and girls were evenly divided and had an average age of 16,3 years. Risk factors are especially prominent in the alcohol-related cognitions and parenting variables. Gender and school level are also related to the degree of alcohol intake. But age and gender do not relate to risk factors of parenting variables and alcohol-related cognitions. The treatments offered are: no aftercare (only a intake), care according to the protocol (intake and 1 telephone call and / or 1 individual contact) and more care than in accordance to the protocol (intake and multiple telephone and / or individual contacts or training). The type of treatment offered only relates to the total score of cognitions. Data shows that older youthful clients (17+) and clients with a different family situation are more likely to abort the treatment prematurely. Finally, results show that most of the files were complete and contained relevant information. Also, it seemed that most reported information is correct.

Conclusion: The research has led to several concrete recommendations to improve the reporting in the medical files. A standardized form during the intake could be used to ensure

that all the relevant information will be collected. If the recommendations will be followed and adjusted in the working method, it should be possible to have more insight in the working process of the alcohol policlinics. More insight in the working process can help future research to increase the quality of the treatment. It is also important to carry out follow-up studies for improvement the alcohol policlinics and to reduce the alcohol intake among youth.

Voorwoord

Wat is de tijd voorbij gevlogen.....

Vijf en een half jaar geleden begon ik met mijn Hbo-opleiding Voeding en Diëtetiek en het leek nog pas geleden dat ik in mijn derde jaar van de opleiding een half jaar Psychologie ging studeren. Dit beviel mij zo goed, dat ik besloot om de premaster af te ronden en de master Gezondheidspsychologie af te maken. Deze master sluit ik af middels deze masterthese die voor u ligt.

Bij het zoeken naar een geschikte afstudeeropdracht wilde ik graag mijn opdracht uitvoeren bij een instelling, zodat ik dichtbij de praktijk stond en praktijkervaring op kon doen. Op deze manier ben ik terecht gekomen bij Tactus Verslavingszorg en de afstudeeropdracht omtrent de alcoholpoli. In een verkennend gesprek bleek dat ik de eerste student was die onderzoek zou doen naar de alcoholpoli. Hierdoor waren er veel mogelijkheden voor mijn onderzoek, waardoor ik de mogelijkheid had om samen met mijn begeleiders het onderzoek vorm te geven.

Over begeleiders gesproken....

Ik heb met heel veel plezier gewerkt aan het onderzoek, maar zonder mijn begeleiders was ik de rode draad al lang kwijtgeraakt. Ik wil dan ook Marcel Pieterse en Joris van Hoof, mijn begeleiders vanuit de Universiteit Twente, bedanken voor het meedenken tijdens mijn onderzoek. Vooral tijdens het ontwikkelen van het codeerschema, dat enige tijd kostte vanwege het gebrek aan gerelateerd onderzoek. Daarnaast bedankt dat ik gebruik mocht maken van jullie deskundigheid en ervaring bij uitvoeren van onderzoek bij deze doelgroep.

Ook mijn begeleiders vanuit Tactus Verslavingszorg, Anne-Levien Thijs en Marloes Postel, wil ik heel erg bedanken. Anne-Levien voor al haar praktische inzicht en inhoudelijke kennis over de alcoholpoli en Marloes voor haar onderzoekstechnische blik vanuit Tactus.

Tot slot wil ik mijn vriend, mijn ouders, schoonouders en vrienden bedanken voor hun steun, maar ook het bieden van een luisterend oor en voor het zorgen van ontspanning.

Susan van Cruchten

Lochem, 1 februari 2013

Inhoudsopgave

1. Probleemstelling	10
2. Theoretisch kader	12
2.1. De alcoholpoli(kliniek).....	12
2.2.1. Doelgroep van de alcoholpoli	13
2.2. Factoren ter verklaring van het drinkgedrag van jongeren.....	14
2.3. Onderzoeksmodel.....	20
3. Methoden	22
3.1. Selectie dossiers	22
3.2. Codeerschema	23
3.2.1. A: algemeen en demografie	23
3.2.2. B: incident	24
3.2.3. C: achtergrondinformatie middelengebruik en omgeving	25
3.2.4. D: Administratieve behandelingsvariabelen en variabelen voor het behandelplan	26
3.2.5. E: restcategorie	27
3.3. Procedure	28
3.4. Data analyse	29
3.4.1. Statistische analyse	30
4. Resultaten	32
4.1. Betrouwbaarheid codeerschema	32
4.2. Doelgroepbeschrijving	32
4.3. Statistische analyse.....	40
4.3.1. Verschillen in behandeling(svorm)	42
4.3.2. Verschillen in beëindigingsredenen van de behandeling	43
4.4. Kwalitatieve analyse.....	44
5. Conclusie, discussie en aanbevelingen	46

5.1. Beantwoording onderzoeksvraag 1: Hoe kenmerkt de doelgroep van de alcoholpoli zich in relatie met de literatuur?	46
5.2. Beantwoording onderzoeksvraag 2: Welke behandelvormen binnen de alcoholpoli worden er aangeboden?	53
5.3. Beantwoording onderzoeksvraag 3: Welke variabelen hangen samen met de risicofactoren van schadelijk alcoholgebruik	55
5.4. Beantwoording onderzoeksvraag 4: Welke behandelingen binnen de alcoholpoli worden aangeboden?	55
5.5. Beantwoording onderzoeksvraag 5: In welke mate hangt de uitgevoerde behandeling(svorm) samen met aanwezige risicofactoren?	57
5.6. Aanbevelingen	58
5.7. Wetenschappelijk belang en sterke punten van huidig onderzoek	60
5.8. Limitaties van huidig onderzoek.....	61
5.9. Vervolgonderzoek	62
5.10. Slot.....	64
6. Literatuur	65
Bijlagen	70
Bijlage I: Codeerschema	
Bijlage II: Cohen Kappa	

1. Probleemstelling

Jongeren beginnen vaak op jonge leeftijd al met het drinken van alcohol. Ondanks dat de cijfers van het alcoholgebruik onder jongeren de laatste jaren een daling laat zien, liegen deze cijfers er niet om. Vanaf 12 jaar neemt het alcoholgebruik sterk toe, zo heeft op 12-jarige leeftijd ongeveer een derde gedronken en is dit op 15 jarige leeftijd al 83% (Trimbos Instituut, 2011). Alhoewel het aantal 12- tot 15-jarige jongeren dat alcohol gebruikt is afgenomen in de periode van 2007-2011, neemt het alcoholgebruik onder de jongeren ouder dan 16 jaar nog steeds toe.

Indien jongeren zeer regelmatig alcohol nuttigen, kent alcohol ook gezondheidsrisico's. Doordat de hersenen nog niet volledig zijn ontwikkeld, kan het veelvuldig gebruiken van alcohol leiden tot hersenschade (Tapert, Caldwell, & Burke, 2004). Daarnaast zijn jongeren minder gevoelig voor de verdovende werking van alcohol (Tapert et al., 2004), waardoor de effecten van alcohol pas in een laat stadium opgemerkt worden.

Ook is bekend dat hoe eerder jongeren beginnen met drinken, hoe groter de kans op schadelijk drinkgedrag op latere leeftijd (Ellickson, Tucker, & Klein, 2003). Daarnaast is ook het risico op (verslaving van) andere risicogedragingen, zoals roken, gamen en eten verhoogd (Ellickson et al., 2003). Andere gevolgen op korte termijn van overmatig alcoholgebruik door jongeren zijn agressief gedrag, (opzettelijke) verwondingen en risicovol seksueel gedrag (Trimbos Instituut, 2011). Gezondheidsrisico's die op de lange termijn kunnen optreden zijn endocriene aandoeningen, hart- en vaatziekten, en (neuro)psychiatrische aandoeningen zoals depressie (Trimbos Instituut, 2011). Ook alcoholgerelateerde schade, zoals verminderde leerprestaties, kunnen het gevolg zijn van overmatig alcoholgebruik (Ellickson et al., 2003).

Door de zorgwekkende cijfers en gezondheidsrisico's van het gebruik van alcohol bij jongeren zijn er veel interventies opgericht om het schadelijk alcoholgebruik onder jongeren terug te dringen. Met name het Trimbos-Instituut heeft veel interventies ontwikkeld om het alcoholgebruik onder jongeren aan te pakken, waarbij veelal gebruik wordt gemaakt van de (school)omgeving. Voorbeelden van interventies voor jongeren zijn; De Gezonde School en Genotsmiddelen (DGSG), Haltafdoening Alcohol en Preventiegebruik Alcohol Scholieren (PAS) (Loket Gezond Leven, 2012). Deze interventies zijn gericht op jongeren, ouders en intermediairs, maar zijn vaak eenmalig.

Een interventie die zich ook op de jongere en ouders richt, maar wel een navolgtraject kent is de alcoholpolikliniek (afgekort alcoholpoli). Het doel van de alcoholpoli is het voorkomen van schadelijk alcoholgebruik in de toekomst en het signaleren van onderliggende problematiek (Reinier de Graaf Groep & Partnership Vroegsignalering Alcohol, 2010; Tactus Verslavingszorg, 2012b). In navolging van de alcoholpoli van Dr. Van der Lely heeft Tactus in januari 2009 in Twente, in samenwerking met ziekenhuizen en huisartsenposten, een alcoholpoli opgericht. Hierna hebben ook andere locaties van Tactus een alcoholpoli opgezet.

Vanwege het korte bestaan van de alcoholpoli zijn er nog geen goed onderbouwde onderzoeken uitgevoerd naar de doelgroep van de alcoholpoli. Het enige onderzoek dat de effecten van de alcoholpoli heeft onderzocht, schept de verwachting dat de alcoholpoli wel een effectief karakter heeft (van der Lely, de Visser, & Ligterink, 2011). Echter is het niet mogelijk deze onderzoeksresultaten te generaliseren naar de alcoholpoli's bij Tactus, vanwege de verschillen in werkwijze tussen Tactus en Van der Lely.

Sinds de oprichting van de alcoholpoli's bij Tactus, in samenwerking met het ziekenhuis, is er nog geen onderzoek uitgevoerd waarin gegevens van de alcoholpoli zijn geanalyseerd. Om deze reden heeft dit onderzoek een breed karakter, waarbij de informatie uit de dossiers van de jongeren gehaald wordt. Er wordt een uitgebreide doelgroepbeschrijving gemaakt om in kaart te brengen hoe de jongeren van de alcoholpoli zich kenmerken. Daarnaast wordt onderzocht welke variabelen samenhangen met de risicofactoren van schadelijk alcoholgebruik. Ten derde wordt uiteengezet welke behandelingen aangeboden worden aan de jongeren van de alcoholpoli en of de behandelvorm aansluit op de aanwezige risicofactoren. Tot slot wordt er bekeken in hoeverre de dossiers compleet zijn en relevante en correctie informatie bevat om de validiteit van de onderzoeksresultaten te waarborgen.

Uit bovenstaande tekst kunnen de volgende onderzoeksvragen worden geformuleerd:

1. Hoe kenmerkt de doelgroep van de alcoholpoli zich in relatie met de literatuur?
2. Welke variabelen hangen samen met de risicofactoren van schadelijk alcoholgebruik?
3. Welke behandelingen binnen de alcoholpoli worden aangeboden?
4. In welke mate hangt de uitgevoerde behandeling(svorm) samen met aanwezige risicofactoren?
5. In welke mate zijn de dossiers compleet en voorzien van relevante en correcte informatie om de validiteit van de onderzoeksresultaten te kunnen waarborgen?

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt alle literatuur over de alcoholpoli uiteengezet. Vervolgens worden relevante theorieën benoemd ter verklaring van het drinkgedrag van jongeren. Tot slot wordt het onderzoeksmodel besproken.

2.1 De alcoholpoli(kliniek)

De alcoholpoli is in 2007 in het Reinier de Graaf Gasthuis opgericht door Dr. Nico van der Lely, in samenwerking met psychologe Mireille Visser (Van der Lely et al., 2011). De reden voor de oprichting is dat Van der Lely het aantal kinderen met een alcoholvergiftiging steeds meer zag toenemen.

Tactus voert bij de alcoholpoli zelf de interventie uit, waardoor deze qua werkwijze verschilt van die van Dr. Van der Lely waar de ziekenhuismedewerkers de interventie uitvoeren. Het ziekenhuis of de huisartsenpost verwijst de jongere met een alcoholintoxicatie door naar Tactus. Op basis van de verwijzing neemt Tactus contact op met de jongere en de ouders en nodigt ze uit voor een gesprek. Dit gesprek is niet alleen op de jongere gericht, maar ook op de omgeving en op de ouders (Tactus Verslavingszorg, 2012b). Indien nodig kunnen er signalen afgegeven worden aan de omgeving (zoals de school of gemeente).

Op basis van de Audit van Snoek, Wits, Van der Stel, & Van de Mheen (2010) wordt een risicotaxatie gemaakt van het risico van huidig alcoholgebruik door de beschermende en risicofactoren in kaart te brengen. In het eerste gesprek wordt het incident besproken, het (huidig en eerder) middelengebruik en wordt er met behulp van psycho-educatie informatie gegeven over de schadelijke gevolgen van alcohol in relatie met het vertoonde gedrag of worden bij behoefte adviezen gegeven aan ouders voor regels over alcohol (Tactus, 2012b). Wanneer er geen risico is op toekomstig schadelijk gebruik zal het eerste gesprek enkel gevolgd worden door een telefonisch follow-up gesprek na 2-3 maanden. Hierin zal de medewerker vragen hoe het de jongere vergaan is in de tussengelegen periode met het alcoholgebruik en of er nog steeds risico's bestaan voor schadelijk alcoholgebruik. Indien de samenwerkende ziekenhuizen een andere werkwijze prefereren, kan er afgeweken worden van dit protocol (Tactus, 2012b). Bij de alcoholpoli's van Van der Lely wordt geen nazorgtraject aangeboden, waardoor hier de werkwijze verschilt van die van Tactus.

Wanneer in het kennismakingsgesprek of follow-up gesprek wel naar voren komt dat er een risico is voor toekomstig schadelijk alcoholgebruik, dan wordt een aanvullend nazorgtraject gestart in overleg met het hoofd behandeling. Dit nazorgtraject kan, bij ernstig risicovol gedrag en aanwezigheid van vele risicofactoren, een intensieve behandeling zijn van twee tot tien individuele contacten, maar ook leiden tot een opname. In lichtere situaties behoort het volgen van weerbaarheidstrainingen, leefstijltrainingen en/of onderdelen uit de Drugs- en/of Alcoholtot tot de mogelijkheden. Het is mogelijk om een behandeling op maat aan te bieden met andere nazorgtrajecten indien dit beter aansluit op de individuele hulpvraag.

2.1.1. Doelgroep van de alcoholpoli

Nu de alcoholpoli meer bekendheid krijgt bij het personeel in het ziekenhuis en de huisartsen, groeit het aantal verwijzingen. Zo zijn er bij Tactus in 2010 totaal 87 verwijzingen geweest (Tactus, 2011) en in 2011 totaal 144 (Tactus, 2012a). Voor deze stijging in verwijzingen zijn meerdere verklaringen te geven. Zo zijn in 2011 meer ziekenhuizen het samenwerkingsverband met Tactus aangegaan en/of kunnen er meer geregistreerde opnames zijn geweest. Het totaal aantal geregistreerde ziekenhuisopnames in Nederland is in de periode van 2007 tot 2010 fors toegenomen met 156% (van 297 naar 762 opnames) (Van der Lely, Van Dalen, Pereira, & van Hoof, 2012).

De gemiddelde leeftijd bij een ziekenhuisopname met een alcoholintoxicatie ligt iets boven de 15 jaar en is in een periode van 2 jaar redelijk stabiel gebleven (Van Hoof, Van der Lely, Bouthoorn, Van Dalen, & Pereira, 2011). De gemiddelde leeftijd bij Tactus is hiermee vergelijkbaar, namelijk 15,6 jaar maar laat een lichte daling zien (Tactus, 2011; Tactus, 2012a). Ondanks dat de landelijke gemiddelde promillages stabiel blijven, is een gemiddeld promillage van 1,84 zorgelijk (Van Hoof et al., 2011). De gemiddelde promillages van 1,75 (2010) en 1,95 (2011) bij Tactus schommelt ook rond dit gemiddelde (Tactus, 2011; Tactus, 2012a).

Daarnaast zijn er ook demografische karakteristieken zoals geslacht, opleidingsniveau, geografische afbakening en etnische afkomst onderzocht. Er worden evenveel jongens als meisjes binnengebracht met een alcoholintoxicatie (Bouthoorn, van Hoof, & van der Lely, 2011). Volgens Van Hoof, van der Lely, Pereira, & van Dalen (2010) komen de jongeren die worden binnen gebracht met een alcoholintoxicatie in opleidingsniveau overeen met de Nederlandse populatie. Echter blijkt uit het onderzoek van het Trimbos Instituut (2011) dat VMBO- leerlingen meer alcohol per gelegenheid nuttigen dan HAVO- en VWO- leerlingen. Er is geen sprake van een geografische relatie; jongeren drinken overal in het land en komen

zowel uit de stad, uit dorpen als van het platteland (Van der Lely et al., 2011). Het alcoholmisbruik is daarentegen wel meer een autochtoon probleem (Van Hoof, van der Lely, Pereira, & van Dalen, 2010). Daar waar 80 % van de Nederlandse jongeren drinkt, drinkt slechts 20% van de jongeren met een buitenlandse nationaliteit.

Alcohol gerelateerde kenmerken laten zien dat jongeren veel diverse alcoholische dranken gebruiken, maar voornamelijk bier, breezers en zelf gemixte drankjes (Trimbos Instituut, 2011). De alcohol verkrijgen ze vooral via vrienden (Van Hoof et al., 2010) of vanuit thuis (Tactus, 2011) en wordt vaak genuttigd bij anderen thuis, op straat of bij commerciële gelegenheden, in gezelschap van vrienden (Van Hoof et al., 2010).

2.2 Factoren ter verklaring van het drinkgedrag van jongeren

Er is veel literatuur die de factoren van het alcoholgebruik onder jongeren bestudeert. De factoren worden beschreven als (oorzakelijke) factoren, een overkoepelende term die beschermende factoren en risicofactoren omvat. In de literatuur wordt enerzijds gesproken over het alcoholgebruik onder jongeren en anderzijds over het alcoholmisbruik van jongeren. Op basis van deze constatering kan de literatuur die bekend is over (oorzakelijke) factoren die in relatie staan met het alcoholgebruik van jongeren onderverdeeld worden in twee groepen. Er dient onderscheid gemaakt te worden tussen

- 1) (oorzakelijke) factoren die niet schadelijk alcoholgebruik kunnen voorspellen en
- 2) (oorzakelijke) factoren die schadelijk alcoholgebruik voorspellen.

Voor jongeren onder de 16 jaar zijn (oorzakelijke) factoren erop gericht om de startleeftijd van alcohol zoveel mogelijk uit te stellen. Bij jongeren ouder dan 16 jaar gaat het vooral om het voorkomen van alcoholmisbruik (schadelijk alcoholgebruik). Een term onlosmakelijk verbonden is aan het schadelijk alcoholgebruik is de term: binge drinken.

Binge drinken is het drinken van meer dan vijf eenheden alcohol per gelegenheid (Trimbos Instituut, 2010a; RIVM, 2008) en is een ongezonde manier van drinken, die gezondheidsrisico's met zich mee brengt en het risico vergroot op ongevallen, onafhankelijk van de hoeveelheid gedronken alcohol (Roerecke & Rehm, 2010; Sundell, Saloma, Vartiainen, Poikolainen, & Laatikainen, 2008). Binge drinken komt veel voor: de Nederlandse jongeren, samen met Ierse jongeren, voeren de lijst in Europa aan met binge drinken (Hibell, Andersson, Bjarnason, Ahlström, Balakireva, Kokkevi et al., 2004).

Het al dan niet schadelijk gebruik van alcohol kan verklaard worden met een psychologisch model en een theorie. Een theorie die veel gebruikt wordt bij het verklaren van

gezondheidsgedrag, maar ook van risicogedragingen zoals alcoholgebruik, is de Theorie van Gepland Gedrag (Ajzen, 1991). Echter wordt in deze theorie gesteld dat keuzes voor het gedrag weloverwogen gemaakt worden, wat vaak niet het geval is bij jongeren (Gibbons, Gerrard, Blanton, & Russell, 1998). Om deze reden is het Prototype-Willingnessmodel ontwikkeld voor het verklaren van gedragingen door jongeren. Zowel de theorie van Gepland Gedrag als het Prototype-Willingsness model zijn voorbeelden van cognitieve-affectieve theorieën (Petraitis, Flay, & Miller, 1995) Omdat niet alle (oorzakelijke) factoren verklaard kunnen worden door één model, wordt gebruik gemaakt van de overzichtsstudie van Petraitis et al. (1995). In dit overzicht worden vijf categorieën van theorieën over het middelengebruik van adolescenten onderscheiden. De vijf categorieën zijn: cognitief-affectief theorieën (1), sociale leertheorie (2), conventionele-commitmenttheorieën en sociale-hechtingstheorieën (3), theorieën waarin intra persoonlijke kenmerken een rol spelen (4) en theorieën die de constructen van vier andere categorieën integreren (5). Deze categorieën van theorieën komen terug in twee niveaus, namelijk de afstand tot gedrag en de types van invloed.

Voor de afstand van gedrag worden de termen proximaal, distaal enultiem gehanteerd. Hierbij heeft een proximale determinant direct invloed op het gedrag, waar distale determinanten indirect invloed hebben op het gedrag (zoals sociale en fysieke omgevingsfactoren) (Petraitis et al., 1995). Tot slot zijn de ultieme determinanten van gedrag externe factoren die, wanneer zij lang aanhouden, het gedrag beïnvloeden. Hierbij gaat het om factoren die meer ingebed zijn in de omgeving, op persoonlijk vlak of biologisch vlak dan bij de proximale of distale determinanten (Petraitis et al., 1995). Voorbeelden kunnen zijn de opvoedstijlen van de ouders, scheiding van ouders of een leven in een criminele samenleving. De Theorie van Gepland Gedrag en het Prototype-Willingness model zijn voorbeelden van theorieën die vooral fungeren op het proximale niveau (Petraitis et al, 1995).

De types die van invloed zijn op het gedrag kunnen onderverdeeld worden in drie levels, namelijk sociaal/interpersoonlijk, cultureel/attitude en de intra persoonlijke invloed (Petraitis et al., 1995). Wanneer het gaat over karakteristieken of gedragingen van mensen uit de directe omgeving (zoals ouders en/of vrienden) wordt er gesproken over de sociale/interpersoonlijke determinant. Er is sprake van de culturele/attitude determinant indien de denkwijze over specifiek middelengebruik de attitude of factoren beïnvloedt. Tot slot bestaat de intra persoonlijke determinant uit vier aspecten, de persoonlijkheidstrekken (1), van voorbijgaande aard van aanleg van factoren en emotionele toestanden (2), algemene vaardigheden (3) en de gedachten over de vaardigheden van middelengebruik (4) (Petraitis et al., 1995).

De (oorzakelijke) factoren die in de literatuur bekend zijn over het al dan niet schadelijk alcoholgebruik zijn weergegeven in Tabel 1 en Tabel 2, volgens de indeling en definities van Petraitis et al. (1995). Uit deze tabellen blijkt dat de (oorzakelijke) factoren bij het niet schadelijk alcoholgebruik vooral ingedeeld kunnen worden bij de ultieme determinanten, bij alle types van invloed. Daarnaast zijn er ook veel (oorzakelijke) factoren te plaatsen in de distale sociaal-interpersoonlijke determinant. Ook bij schadelijk alcoholgebruik worden de ultieme determinanten het meest in de literatuur benoemd, met een nadruk op de intra persoonlijke type van invloed. Verder komt ook, net zoals bij niet schadelijk gebruik, de distale sociaal-interpersoonlijke determinant.

De begrippen visualiteit en beschikbaarheid hebben wellicht nog wat uitleg nodig. Bij visualiteit kan gedacht worden aan reclames op tv, het gebruik van alcohol bij soaps of series of advertenties via diverse media (Van Hoof, 2010). Bovendien ervaren Nederlandse jongeren het als gemakkelijk om aan alcohol te komen (Knibbe, Joosten, Choquet, Derickx, Morin, & Monshouwer, 2007; Trimbos Instituut, 2010a). Verder is bekend dat jongeren die het gemakkelijk vinden om aan alcohol te komen, vaker drinken en binge drinken. Volgens Van Hoof (2010) kan er onderscheid gemaakt worden tussen vier verschillende types van beschikbaarheid, namelijk economische, fysieke, legale en sociale beschikbaarheid.

Tabel 1

Matrix volgens Petraitis et al. (1995) met (oorzakelijke) factoren van niet schadelijk alcoholgebruik onder jongeren

Afstand tot gedrag	Sociaal/interpersoonlijk	Cultuur/Attitude	Intrapersoonlijk
<i>Ultiem</i>	Sociaal economische status (Petronyte, Zaborskis & Veryga, 2007; Rozin & Zagonel, 2011)) Gezinssituatie (Donovan, 2004; Pechansky, Szobot, & Sclovoletto, 2004; Petronyte et al., 2007) Band met ouders (Pechansky et al., 2004; Rozin et al., 2011) Alcoholregels binnen het gezin (Pechansky et al., 2004; Petronyte et al., 2007; Rozin et al., 2011; Schulte, Ramo, & Brown, 2009)	Religie/culturele normen (Van Hoof, 2010) Schoolniveau (Donovan, 2004; Petronyte et al., 2007) Visualiteit (Van Hoof, 2010) Beschikbaarheid (economisch, fysiek en legaal) (Van Hoof, 2010)	Genetische aanleg (Petronyte et al., 2007; Rozin et al., 2011) Leeftijd (Donovan, 2004) Leeftijd eerste alcoholgebruik (Velleman, Templeton, & Copello, 2005) Impulsiviteit (Donovan, 2004; Petronyte et al., 2007; Schulte et al., 2009) Sensatie zoeken (Petronyte et al., 2007; Schulte, et al., 2009) Nieuwsgierigheid (Rozin et al, 2011)
<i>Distaal</i>	Sociale druk (Pechansky et al., 2004; Rozin et al., 2011) Alcoholgebruik onder peers (oa beste vriend) (Donovan, 2004; Petronyte et al., 2007; Schulte et al, 2009) Voorbeeldgedrag ouders (sociale beschikbaarheid) (Pechansky et al., 2004; Petronyte et al., 2007; Rozin et al., 2011; Schulte et al, 2009; Van Hoof, 2010) Voorbeeldgedrag broers/zussen (Petronyte et al., 2007) Overig middelengebruik van broers/zussen (Donovan, 2004) Houding ouders tegenover alcohol (Donovan, 2004) Sociale beschikbaarheid (Van Hoof, 2010)	Delinquent gedrag (Donovan, 2004; Schulte et al., 2009)	Zelfvertrouwen (Rozin et al., 2011; Segal & Stewart, 1996) Schoolmotivatie (Donovan, 2004; Petronyte et al., 2007) Gedragsstoornis (Donovan, 2004; Schulte et al., 2009) Psychische stoornis (Nation & Heflinger, 2006; Schulte et al, 2009)
<i>Proximaal</i>	Sociale facilitatie (Rozin et al., 2011; Schulte et al, 2009)	Eerder alcoholgebruik (Velleman et al., 2005) Kennis over alcohol (Donovan, 2004)	Ingrijpend life event (Nation et al., 2006; Segal et al., 1996)

Tabel 2

Matrix volgens Petraitis et al. (1995) met (oorzakelijke) factoren van schadelijk alcoholgebruik onder jongeren.

Afstand tot gedrag	Sociaal/interpersoonlijk	Cultuur/Attitude	Intrapersoonlijk
<i>Ultiem</i>	Gezinssituatie (Kuntsche, Rehm, & Gmel, 2004) Band met ouders (Kuntsche et al., 2004) Alcoholregels binnen het gezin (Knight, Roberts, Gabrielli, & Hook, 2009; Leather, 2009; Nation et al., 2006; Velleman et al., 2005)	Schoolniveau (Kuntsche et al., 2004; Knight et al., 2009; Saraceno, Munafo, Heron, Craddock, & van den Bree, 2009) Beschikbaarheid (economisch, fysiek en legaal) (Van hoof,, 2010)	Genetische aanleg (Donath, Gräßel, Baier, Pfeiffer, Bleich, & Hillemacher, 2012; Saraceno et al., 2009) Geslacht (Courtney & Polich, 2009; Larsman, Eklof, & Torner, 2012; Saraceno et al., 2009) Leeftijd (Larsman et al., 2012) Impulsiviteit (Ferriter & Ray, 2009; Kuntsche et al., 2004; Saraceno et al., 2009) Sensatie zoeken (Kuntsche et al., 2004; Leather, 2009) Overig middelengebruik (Saraceno et al., 2009) Alcoholafhankelijke ouders (genetisch) (Segal et al., 1996; Velleman et al., 2005) Gedragsstoornis (Knight et al., 2009; Nation et al., 2006)
<i>Distaal</i>	Alcoholgebruik onder peers (oa beste vriend) (Courtney et al., 2009; Knight et al., 2009; Kuntsche et al., 2004; Nation et al., 2006) Grootte van peergroep (Kuntsche et al., 2004; Nation et al., 2006) Voorbeeldgedrag ouders (Kuntsche et al., 2004; Velleman et al., 2005) Overig middelengebruik van ouders/broers/zussen (Knight et al., 2009; Saraceno et al., 2009) Houding ouders tegenover alcohol (Kuntsche et al., 2004)		Zelfvertrouwen (Kuntsche et al., 2004; Saraceno et al., 2009)

	Sociale beschikbaarheid (Van Hoof, 2010)		
<i>Proximaal</i>	Sociale facilitatie (Kuntsche et al., 2004)	Cognities: ervaren vatbaarheid, waargenomen ernst, onrealistisch optimisme (Larsman et al., 2012), positieve verwachtingen (Kuntsche et al., 2004; Saraceno et al., 2009)	

2. 3 Onderzoeksmodel

Het onderzoek bestaat uit vier onderzoeksvragen die beantwoord worden met de gegevens uit de dossiers. Daarnaast is er ook een methodologische onderzoeksvraag opgesteld om te beoordelen in hoeverre de dossiers geschikt zijn om een gedegen onderzoek uit te voeren. Dit zal kwalitatief beschreven worden.

Bij de doelgroepbeschrijving worden de jongeren van de alcoholpoli vergeleken met literatuur zodat beoordeeld kan worden of de doelgroep van de alcoholpoli homogeen is met de gemiddelde Nederlandse jongeren, maar ook met de jongeren uit andere alcoholpoli's.

Uit de literatuur zijn (oorzakelijke) factoren bekend, die bestaan uit beschermende en risicofactoren van het alcoholgebruik. De deelvragen zijn enkel gericht om de samenhang tussen de risicofactoren bepalen omdat de verwachting is dat de jongeren die bij de alcoholpoli worden aangemeld meer risicofactoren bezitten. Om deze reden afwisselend gesproken over (oorzakelijke) factoren (overkoepelend) en risico- en beschermende factoren. De samenhang tussen de ernst van het alcoholmisbruik (bepaald door het alcoholpromillage) wordt bepaald met risicofactoren van geslacht, leeftijd, schoolniveau, opvoedingsgerichte variabelen en alcohol gerelateerde cognities. Er is gekozen om het geslacht, leeftijd en schoolniveau te onderzoeken omdat Tactus de behandeling op deze risicofactoren kan aanpassen. Ook wordt de samenhang bepaald tussen leeftijd en geslacht en de opvoedingsgerichte variabelen en alcoholgerelateerde cognities. Deze variabelen zijn veranderbaar, waardoor het relevant is voor Tactus om deze risicofactoren te onderzoeken.

Bij de overige twee onderzoeksvragen wordt onderscheidt gemaakt tussen behandeling en de behandelvormen. Voor de drie mogelijke behandelvormen (geen nazorgtraject, zorg volgens protocol en meer zorg dan protocol) wordt onderzocht of deze samenhangen met risicofactoren. Hiermee kan worden beoordeeld of hulpverleners de intensiteit van het benodigde nazorgtraject goed beoordelen op basis van risicofactoren. Bij de behandeling wordt vergeleken of het zelf beëindigen van de behandeling samenhangt met risicofactoren.

Deelvragen die bovenstaande tekst en het theoretisch kader voortvloeien zijn:

- In welke mate hangt de ernst van het alcoholmisbruik samen met relevante risicofactoren?
- In welke mate hangen de leeftijd en geslacht samen met de risicofactoren van opvoedingsgerichte variabelen en alcohol gerelateerde cognities?
- In hoeverre sluit de aangeboden behandelvorm aan op de aanwezigheid van risicofactoren?

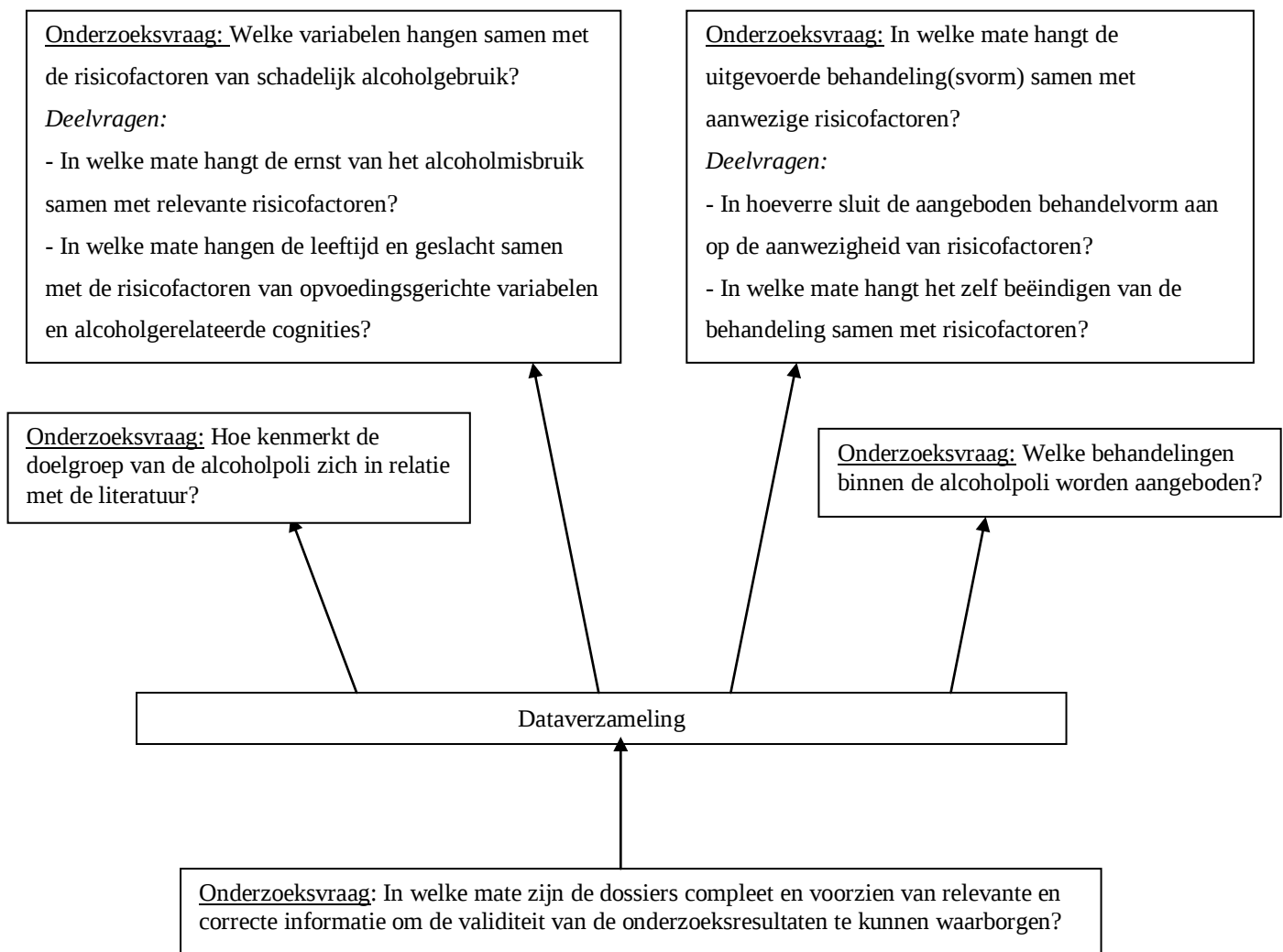
- In welke mate hangt het zelf beëindigen van de behandeling samen met risicofactoren?

De resultaten van het onderzoek hebben een tweeledig doel. Als eerste zullen de resultaten gebruikt worden om de alcoholpoli te kunnen verbeteren. Ten tweede kunnen de resultaten gebruikt worden als basis voor preventie-activiteiten die gericht zijn op het terugdringen van het alcoholgebruik onder jongeren. Ook zal het gehele onderzoek gebruikt worden als theoretische onderbouwing voor het erkennen van de interventie door het Nederlands Jeugd Instituut [NJI].

In Figuur 1 is het onderzoeksmodel weergegeven, waar ook de deelvragen bij de bijbehorende onderzoeksvragen is geformuleerd.

Figuur 1

Onderzoeksmodel met weergave van de onderzoeksvragen en deelvragen



3. Methoden

In dit hoofdstuk is de werkwijze van het onderzoek weergegeven. Allereerst wordt de selectie van de dossiers beschreven. Vervolgens hoe het codeerschema tot stand is gekomen. Hierna volgt de inhoudsanalyse en tot slot wordt beschreven hoe de data geanalyseerd zijn.

3.1 Selectie dossiers

De meegenomen dossiers betreffen de dossiers van jongeren die aangemeld zijn gedurende 1 jaar, in de aanmeldperiode van 1 juli 2011 tot en met 30 juni 2012. Er is voor deze periode gekozen aangezien bij jongeren de periode waarin zij aangemeld zijn ongeveer 3 maanden bedraagt. Deze dossiers zijn, wanneer gestart wordt met de dataverzameling (eind november), afgesloten en volledig aan informatie. Het onderzoek is Tactusbreed, waardoor dossiers van alle regio's (Stedendriehoek, Twente, Flevoland en Zwolle) binnen de onderzoeksperiode worden meegenomen. Er wordt vrijwel altijd digitaal gewerkt, waardoor alleen de dossiers die zijn geregistreerd in USER (beveiligde webomgeving waar alle hulpverleners binnen Tactus gegevens kunnen registreren) meegenomen worden in het onderzoek. Voorwaarden om dossiers mee te nemen in het onderzoek zijn dat dossiers digitaal moeten zijn, dossiers moeten zijn aangemaakt in het EPD en hierdoor een uniek nummer (zogenaamd USER-nummer) hebben en er moet sprake zijn van alcoholmisbruik.

Huidig onderzoek hoeft geen medisch-ethische toets te ondergaan aangezien het niet onder de Wet medisch-maatschappelijk onderzoek met mensen [WMO] valt. Er is enkel sprake van medisch-wetenschappelijk onderzoek als personen aan handelingen worden onderworpen of gedragsregels worden opgelegd. Een onderzoek valt onder de WMO wanneer aan beide voorwaarden voldaan wordt (CCMO, 2012).

Onder strikte voorwaarden is het vanuit de privacywetgeving wel toegestaan om medische gegevens te gebruiken zonder toestemming van de cliënt. In dit onderzoek wordt informatie gehaald uit afgesloten en lopende dossiers, waardoor bij de start van de behandeling van de alcoholpoli geen toestemming is gevraagd voor medewerking in wetenschappelijk onderzoek. In de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst [WGBO] worden de volgende voorwaarden genoemd:

a. *“als het vragen van toestemming in redelijkheid niet mogelijk is en met betrekking tot de uitvoering van het onderzoek is voorzien in zodanige waarborgen, dat de persoonlijke levenssfeer van de patiënt niet onevenredig wordt geschaad”, of*

b. *“als het vragen van toestemming, gelet op de aard en het doel van het onderzoek, in redelijkheid niet kan worden verlangd en de hulpverlener zorg heeft gedragen dat de gegevens in zodanige vorm worden verstrekt dat herleiding tot individuele natuurlijke personen redelijkerwijs wordt voorkomen”* (Overheid, 2012, wetboek 7; artikel 458).

Er is overwogen om de jongeren die aangemeld zijn in de onderzoeksperiode te benaderen, maar doordat jongeren over het algemeen slecht bereikbaar zijn en de “levenssfeer van de patiënt niet onevenredig wordt geschaad” (Overheid, 2012, wetboek 7; artikel 458) is besloten hierop geen actie te ondernemen. In het onderzoek wordt wel gewerkt volgens de tweede voorwaarde, namelijk dat de gebruikte informatie in dit onderzoek niet te herleiden valt tot één individu. Anonimiteit is hiermee gegarandeerd.

Overige voorwaarden zijn dat het onderzoek een algemeen belang moet hebben, niet uitgevoerd kan worden zonder deze gegevens en dat een cliënt niet uitdrukkelijk bezwaar heeft gemaakt. Tot slot dient ook bij deelname aan het onderzoek, zonder toestemming van de cliënt, een aantekening gemaakt te worden in het dossier (Overheid, 2012). De medische dossiers dienen tenminste vijftien jaar na aanmelding bewaard te blijven, maar dit mag langer wanneer dit voor wetenschappelijk onderzoek nodig is (College Bescherming Persoonsgegevens [CBP], 2012). Voor dit onderzoek is een bewaartermijn voor tenminste vijftien jaar voldoende.

3.2 Codeerschema

Om de analyse van dossiers gestructureerd uit te voeren is een concept codeerschema gemaakt aan de hand van de vragenlijst van het Nederlands Signalerings Centrum Kindergeneeskunde [NSCK] (2007), literatuur en (oorzakelijke) factoren die benoemd zijn door acht preventiemedewerkers en (oorzakelijke) factoren. Het codeerschema bestaat uit vijf onderdelen, die hieronder worden uitgewerkt in subparagrafen. Het volledige codeerschema is te vinden in Bijlage I, inclusief bijbehorende codes. Indien in de tekst hieronder de gebruikte codes vermeld staan, zijn deze na verzameling hercodeerd. In het codeerschema is ook een toelichting vermeld bij de (sub)items, zodat duidelijk is wanneer er wel of niet gecodeerd moet worden voor de items.

3.2.1. A: Algemeen en demografie

Het eerste gedeelte van het codeerschema bestaat uit elf items. In deze items worden personalia gevraagd en gegevens omtrent de thuissituatie en school(prestaties). De elf items waaruit onderdeel A bestaat zijn: leeftijd, geslacht, woongemeente, opleidingsniveau (1= laag

(speciaal onderwijs en vmbo), 2=middelhoog (havo, vwo, mbo) en 3=hoog (hbo, wo)), school-studieprestaties (1= nominaal, 2 = anders dan nominaal), gezinssituatie (1= met eigen (biologische) ouders, 2= anders dan met beide (biologische) ouders), broers/zussen, culturele achtergrond, religie, aantal kinderen cliënt en regio. Items waar een toelichting wordt gebruikt bij het coderen, worden in Tabel 3 weergegeven.

Tabel 3

Items van categorie A: algemeen en demografie die een toelichting behoeven

Item	Toelichting
A1: Leeftijd	<i>De leeftijd wordt bepaald door het verschil te nemen tussen de geboortedatum en datum van de start van de behandeling</i>
A5: School- en studieprestaties	<i>Onder niet nominaal wordt verstaan dat de cliënt een klas eenmalig dan wel meervoudig heeft gedoubleerd, is geschorst of van school is gestuurd. Andere situaties worden verstaan als nominaal</i>
A7: Broers/zussen	<i>Hieronder vallen ook stiefbroer(s) en zus(sen). Ook indien de cliënt zelfstandig woont, worden broer(s) en zus(sen) ingevuld</i>
A8: Culturele achtergrond	<i>De culturele achtergrond wordt bepaald door het geboorteland van de cliënt, geboorteland vader en geboorteland moeder</i>
A9: Religie	<i>De geloofsovertuiging dient als zodanig vermeldt te worden in de tekst en mag niet afgeleid worden van de culturele achtergrond</i>

3.2.2. B: Incident

In onderdeel B: Incident wordt alle informatie die bekend is van het voorval dat geleidt heeft tot aanmelding verzameld. Vanwege de vele informatie die bekend kan zijn over het incident, bestaat onderdeel B uit 23 items. Allereerst worden zeven items gesteld over het gebruik van alcohol in kaart te brengen. Het gaat hierbij om de items alcoholpromillage, hoeveelheid alcohol, soort alcohol, locatie alcoholgebruik, herkomst alcohol, aanwezig zijn bij alcoholinname en de beschikbaarheid van alcohol. Ook wordt er gevraagd of de jongere naast het gebruik van alcohol ook andere middelen heeft gebruikt tijdens het incident. Het tweede gedeelte van onderdeel B bestaat uit ziekenhuis gerelateerde gegevens en gegevens die in het ziekenhuis worden verzameld. De vijftien items die hierbij horen zijn: verwijzende instelling, verwijzend arts, vervoer naar ziekenhuis, hoofddiagnose, bloeddruk (1= normaal, 2= te laag, 3=te hoog), polsslag (1= normaal, 2= te laag, 3=te hoog), temperatuur, glucose, cannaboiden, opiaten, cocaïne, methadon, amfetamine, infuus aangebracht en restverschijnselen. De items van onderdeel B die een toelichting behoeven, staan afgebeeld in Tabel 4.

Tabel 4

Items van categorie B: incident die een toelichting behoeven

Item	Toelichting
B2: Hoeveelheid alcohol	<i>Het aantal aangegeven glazen van de cliënt wordt omgerekend naar het aantal standaardglazen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van Trimbos Instituut (2012b).</i>
B7.1: Economische beschikbaarheid	<i>Er is sprake van economische beschikbaarheid als de cliënt aangeeft dat (lage) prijzen van alcohol een rol spelen om alcohol te kopen.</i>
B7.2 Fysieke beschikbaarheid	<i>Er is sprake van fysieke beschikbaarheid als alcohol makkelijk verkrijgbaar is en/of door ruime openingstijden van alcoholverkopende zaken.</i>
B7.3 Legale beschikbaarheid	<i>Legale beschikbaarheid omvat het kopen van alcohol door jongeren jonger dan 16 jaar.</i>
B7.4 Sociale beschikbaarheid	<i>Bij de sociale context is alcohol verkregen door ouders, vrienden en/of kennissen (sociale context).</i>
B23: Restverschijnselen	<i>De nasleep die het incident op de cliënt heeft gehad. Dit kunnen verschijnselen zijn op lichamelijk, sociaal en/of persoonlijk vlak.</i>

3.2.3. C: Achtergrondinformatie middelengebruik en omgeving

Onderdeel C bestaat uit totaal zestien items die de achtergrond van eerder alcoholgebruik en overig middelengebruik in kaart brengen, maar ook op de invloed van familie en vrienden op het alcoholgebruik. De vijf items die het eerdere en overige middelengebruik in kaart brengen zijn beginleeftijd van alcoholgebruik, alcoholgebruik afgelopen maanden, eerder overig middelengebruik, beginleeftijd overig middelengebruik en eerdere alcoholintoxicatie.

Daarnaast worden er vijf items gesteld over de familiale bekendheid met problemen met middelen, zoals familiair alcoholprobleem, familiair drugsprobleem, familiair psychisch probleem, familiair ziekte/letsel en familiair crimineel gedrag. Tot slot zijn er nog zes items gericht op de invloed van ouders en vrienden. Deze items zijn voorbeeldgedrag ouders, communicatie, alcoholregels, houding ouders tegenover alcohol, betrokkenheid ouders (-1= risicofactor, 0= neutrale factor, 1= beschermende factor) en alcoholgebruik onder vrienden. Deze items, behalve alcoholgebruik onder vrienden, zijn (oorzakelijke) factoren en kunnen als risicofactor, als neutrale factor of als beschermende factor aanwezig zijn. Voor deze items wordt de term totaalscore opvoeding (opvoedingsgerichte variabelen) gebruikt. Voor de items waar een toelichting wordt gebruikt bij het coderen, worden in Tabel 5 weergegeven.

Tabel 5

Items van categorie C: achtergrondinformatie middelengebruik en omgeving die een toelichting behoeven

Item	Toelichting
C11: Voorbeeldgedrag ouders	<i>De mate waarin ouders verantwoord gedrag laten zien aan de cliënt ten aanzien van het alcoholgebruik</i>
C12: Communicatie	<i>De mate waarin zowel de cliënt als ouders aangeven op een prettige manier te kunnen praten over alcohol en waarbij ouders dicht bij de belevingswereld van jongeren blijven, niet meteen afwijzend zijn en op een respectvolle manier reageren naar hun kind.</i>
C13: Alcoholregels	<i>De mate waarin ouders goede regels hebben opgesteld over het gebruik van alcohol.</i> <i>Goede, realistische regels zijn: tot 16 jaar geen alcohol en na 16 jaar afspreken hoeveel, hoe vaak en wat er gedronken mag worden.</i>
C14: Houding ouders tegenover alcohol	<i>De mate waarin ouders zich actief opstellen over het gebruik van alcohol bij hun kind en/of het hanteren van alcoholregels.</i>
C15: Alcoholgebruik onder vrienden	<i>De mate waarin vrienden verantwoord gedrag laten zien aan de cliënt ten aanzien van het alcoholgebruik</i>
C16: Totaalscore opvoeding	<i>De opgestelde score van de items C11 t/m C14</i>

3.2.4. D: Administratieve behandelingsvariabelen en variabelen voor behandelplan

Het vierde onderdeel van het codeerschema bevat 28 items over de gegevens die tijdens de behandeling van de cliënt zijn verzameld. Zo worden de administratieve gegevens van de behandeling zoals de inschrijving, start behandeling, eind behandeling, reden beëindiging behandeling, toestemmingsverklaring (0= nee, 1= ja), aangeboden vervolgenterventie en overig betrokkenen gecodeerd. De overige items in deze categorie betreffen gegevens die tijdens de gesprekken worden verzameld en van invloed zijn op het te stellen behandelplan. Hierbij gaat het om items zoals gevolgen alcoholgebruik naar aanleiding van het incident, gediagnosticeerde gedrag- ontwikkelingsstoornis, de tien vragen uit de afgenomen audit (voor het bepalen van het risico van schadelijk alcoholgebruik) en de bijbehorende totaalscore. Ook worden cognities, bekend uit de literatuur, gecodeerd. De cognities die worden gecodeerd zijn attitude, kennis, waargenomen vatbaarheid, ervaren ernst, onrealistisch optimisme, positieve verwachtingen, sociale facilitatie en sociale druk. Voor deze items wordt de term totaalscore cognities (alcohol gerelateerde cognities) gebruikt. In Tabel 6 worden de items beschreven waarvoor een toelichting wordt gebruikt bij het coderen.

Tabel 6

Items van categorie D: administratieve behandelingsvariabelen en variabelen voor behandelplan die een toelichting behoeven

Items	Toelichting
D1: Inschrijving	<i>Dit omvat alle eerdere behandelingen bij Tactus, dus niet specifiek voor de alcoholpoli.</i>
D9: Gedrag- en ontwikkelingsstoornis	<i>Er dient in het dossier expliciet vermeld te worden dat het om een gediagnosticeerde gedragsstoornis gaat</i>
D20: Totaalscore AUDIT	<i>De opgestelde score van de items D10 t/m D19</i>
D21: Attitude	<i>De attitude is de mate waarin opvattingen/houding van de cliënt over alcohol invloed hebben op riskant alcoholgebruik</i>
D22: Kennis	<i>De mate waarin kennis van de cliënt invloed heeft op het minder gebruiken van alcohol.</i>
D23: Waargenomen vatbaarheid	<i>De mate waarin de cliënt gelooft dat zijn/haar riskant alcoholgebruik geen risico is op herhaling van het incident</i>
D24: Ervaren ernst	<i>De mate waarin de cliënt opvattingen heeft dat (overmatig) alcoholgebruik serieuze gevolgen kan hebben</i>
D25: Onrealistisch optimisme	<i>De mate waarin de cliënt gelooft dat het risico op een alcoholintoxicatie bij hem/haar groot is en/of dat het alcoholgebruik bij hem/haar schadelijke gevolgen kan hebben</i>
D26: Positieve verwachtingen	<i>De mate waarin de cliënt verwacht dat alcohol meer positieve effecten zal hebben dan negatieve effecten</i>
D27: Sociale facilitatie	<i>De cliënt laat zich niet beïnvloeden door anderen door gedrag te vertonen dat niet gangbaar is</i>
D28: Sociale druk/refusal self-efficacy	<i>De mate waarin de cliënt weerstand durft te bieden aan anderen door keuzes te maken waar hij/zij zelf achter staat wat betreft het alcoholgebruik</i>
D29: Totaalscore cognities	<i>De opgestelde score van de items D21 t/m D28</i>

3.2.5. E: Restcategorie

Aangezien het bij de start van de dataverzameling onduidelijk is welke variabelen precies gecodeerd kunnen worden, zal ook een inductieve manier van data verzamelen gebruikt worden. Er is een restcategorie gecreëerd waarin deze informatie als kwalitatieve data wordt opgeschreven, wanneer deze (nog) niet passen binnen de bestaande categorieën. Na de dataverzameling van alle dossiers wordt gekeken of er voor deze data een extra categorie gemaakt kan worden, zodat deze gekwantificeerd wordt. Op deze manier wordt zoveel mogelijk voorkomen dat dossiers meerdere keren geanalyseerd worden. Wanneer tijdens de analyse de onderzoeker het inzicht krijgt dat gegevens uit al geanalyseerde dossiers

ontbreken, zal de onderzoeker deze dossiers opnieuw analyseren. Als het niet mogelijk is data binnen categorieën te plaatsen, zal deze data kwalitatief blijven en worden deze genegeerd in de analyse.

3.3 Procedure

Om een dossier te analyseren zal het hele dossier, inclusief alle tabbladen, doorgelezen worden. Het analyseren van inhoud van de dossiers is als volgt gegaan. De onderzoeker heeft per dossier kladpapier en het codeerschema gebruikt. De onderzoeker is gestart met het verzamelen van de (meeste) personaliagegevens, aangezien deze in het eerste tabblad vermeld staan. Op het kladpapier zijn de codes opgeschreven welke zijn herkend. Na het doorlezen van het hele dossier zijn de bevindingen ingevoerd in het analyseprogramma.

Tijdens het analyseren is er enkel als ‘aanwezig’ gecodeerd indien gegevens expliciet vermeld worden. Er wordt geen eigen invulling gegeven aan de beschreven teksten. Een voorbeeld hierbij is dat dossiers waar niks genoemd wordt over drugsgebruik er niet gecodeerd is als ‘geen drugsgebruik’, omdat dit niet expliciet in het dossier vermeld wordt. Bij het coderen van de (oorzakelijke) factoren is als volgt gecodeerd. Indien het item wel ter sprake komt, maar niet duidelijk is of het om een beschermende- of risicofactor gaat, is als neutraal gecodeerd. Indien er geen informatie aanwezig is, is dit aangemerkt als missing. Voor het ‘aanwezig’ coderen van een risicofactor en/of beschermende factor dient dit expliciet vermeld te worden. Zo wordt er bij: “Ouders drinken iedere dag meerdere glazen alcohol waar de kinderen bij zijn” als risicofactor gecodeerd bij voorbeeldgedrag van ouders (C11), maar zal: “Ouders drinken alcohol” als neutraal worden gecodeerd.

Om vast te stellen dat het analyseren van dossiers op een onafhankelijke manier gebeurd is er een interbetrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd op basis van (de eerste) vijf dossiers. Deze vijf dossiers zijn met twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar gecodeerd. Na het coderen is van elke (sub)code een ongewogen Cohen’s Kappa uitgerekend. De tabel met de Cohen’s Kappa’s zijn bijgevoegd in Bijlage II. Aangezien (sub)items die ook herkend kunnen worden bij slechts één onderzoeker is er een antwoordoptie toegevoegd van missing. Ieder subitem krijgt hierdoor een antwoordoptie meer. Van de totaal 153 mogelijke subitems bereikten de onderzoekers bij 127 subitems (83%) een kappa van 1. Om de Cohen’s Kappa van open vragen te bepalen is gekozen voor twee antwoordopties: wel/niet aanwezig in dossier. Bij items waar de kappa lager dan 0.6 was, zijn de desbetreffende ingevulde codes van de subitems in de dossiers besproken totdat er overeenstemming was bereikt. Ook zijn er op

basis van deze pretest enkele aanpassingen gemaakt aan het codeerschema, alvorens er gestart is met de inhoudsanalyse.

3.4 Data analyse

Op basis van de eerdergenoemde inclusiecriteria zijn er 5 dossiers uitgesloten voor analyse. Deze dossiers zijn uitgesloten gezien het feit dat er één dossier niet digitaal was, twee dossiers geen USER-nummer hadden en bij twee dossiers was er enkel sprake van drugsmisbruik.

Er zijn totaal 112 dossiers meegenomen in de analyse (regio Flevoland 31, regio Twente 51, regio Stedendriehoek 15, regio Zwolle 18). Er is geen gebruik gemaakt van de outlier criteria omdat alle dossiers gebruikt zijn voor de data-analyse. Indien dossiers weinig informatie bevatten, staan er wel algemene en demografische gegevens in. De reden dat deze dossiers toch zijn meegenomen in de analyse is dat ook deze dossiers gebruikt kunnen worden voor de doelgroepbeschrijving.

Niet alle variabelen worden frequent benoemd in de dossiers. Indien variabelen in minder dan een kwart van de dossiers zijn benoemd zijn ze niet meegenomen in de analyse. Op basis van voorkomen is besloten om de religie (A9), beschikbaarheid van alcohol (B7), gebruik alcohol op week- en weekenddagen (C2.2 t/m C2.5), beginleeftijd overig middelengebruik (C4), eerdere alcoholintoxicatie (C5) en gedragsstoornis (D11) niet meegenomen ter analyse. Daarnaast is bij de familiere problematiek alleen de eerste vraag meegenomen waardoor duidelijk wordt of er alcohol- en/of druggerelateerde problematiek in de familie voorkomt. De vragen gericht op welk specifiek familielid alcohol- en/of drugserelateerde problematiek had waren in weinig gevallen ingevuld. Ook zal bij de AUDIT-vragenlijst enkel de totaalscore meegenomen worden in de analyse, door het ontbreken van voldoende dossiers waar de antwoorden op specifieke vragen worden vermeld. Daarnaast zijn een aantal variabelen ook bewerkt. Het aantal antwoordcategorieën zijn, indien mogelijk, teruggebracht tot zo min mogelijk (opleidingsniveau, school-/studieprestaties, gezinssituatie en culturele achtergrond). Ook is leeftijd ingedeeld in diverse leeftijdscategorieën. De (oorzakelijke) factoren het voorbeeldgedrag van ouders, communicatie van ouders, alcoholregels, houding van de ouders tegenover alcohol en de betrokkenheid van de ouders zijn samengevoegd tot één variabele, namelijk totaalscore opvoeding. Hiervoor is de variabele betrokkenheid ouders gecodeerd tot risicofactor (-1), neutraal (0) en beschermende factor (+1). Afzonderlijk werden deze items weinig ingevuld, maar door deze samenvoeging werden deze items toch meegenomen in de analyse. Hetzelfde geldt voor de cognities attitude, kennis, waargenomen ernst, ervaren ernst, onrealistisch optimisme, sociale facilitatie en sociale druk. Door deze samen te voegen tot

totaalscore van cognities worden deze meegenomen in de analyse. De totaalscore van cognities en opvoeding wordt berekend door de waardes van risicofactor (-1), neutraal (0) en beschermende factor (+1) op te tellen. Indien de waardes missing zijn, worden deze als neutraal (0) ingevuld. Zo komt er in elk dossier een totaalscore. Hiervoor wordt een aanname gedaan dat het niet vermelden van een (oorzakelijke) factor gecodeerd kan worden als afwezig (dus neutraal).

3.4.1. Statistische analyse

De kwantitatieve analyse zal plaatsvinden met behulp van het statistische dataprogramma SPSS 19.0. Voor missing values in de data wordt de cel leeg gelaten.

Alvorens er statistische analyses zijn uitgevoerd is bepaald of de continue variabelen (alcoholpromillage, totaalscore opvoeding en totaalscore cognities) normaal verdeeld zijn met behulp van de Kolmogorov-Smirnov toets en het onderzoeken van de skewness (en indien noodzakelijk het uitvoeren van de Shapiro-Wilk toets). Hieruit is gebleken dat alcoholpromillage wel normaal is verdeeld, maar de totaalscore van cognities en van opvoeding niet normaal verdeeld zijn. Hier zullen dan ook non-parametrische toetsen voor gebruikt worden. De toetsen die gebruikt worden om de deelvragen te beantwoorden zijn weergegeven in Tabel 7.

Tabel 7

Statistische analyses op basis van de inhoudsanalyse

Deelvraag	Analyses
In welke mate hangt de ernst van het alcoholmisbruik samen met relevante risicofactoren?	De ernst van het alcoholmisbruik wordt aangeduid met het alcoholpromillage. De (oorzakelijke) factoren geslacht en leeftijd worden getoetst middels een One-way ANOVA. Opleidingsniveau wordt getoetst middels een Pearson, waar de totaalscore opvoeding en totaalscore cognities getoetst worden met een Spearman Correlatie.
In welke mate hangen leeftijd en geslacht samen met de opvoedingsgerichte variabele en alcohol gerelateerde cognities?	Leeftijd (teruggebracht tot twee groepen) en geslacht zijn de afhankelijke variabelen en de totaalscore van opvoeding en cognitie zijn de twee onafhankelijke variabelen. Er worden twee Mann-Whitney toetsen uitgevoerd.
In hoeverre sluit de aangeboden behandelvorm aan op de risicofactoren?	De drie behandelvormen (geen vervolgenterventie, behandeling volgens protocol en meer zorg dan protocol) worden teruggebracht tot twee groepen. Ook de (oorzakelijke) factoren leeftijd, geslacht, schoolniveau en gezinspositie worden teruggebracht tot twee groepen zodat hier een Chikwadraat uitgevoerd kan worden. Alcoholpromillage wordt getoetst met een One-way Anova, voor de totaalscore van opvoeding en cognities wordt een Mann-Whitney gebruikt. Indien er een samenhang bestaat tussen de (oorzakelijke) factoren en behandelvorm zal er een regressie-analyse volgen.
In welke mate hangt het zelf beëindigen van de behandeling samen met de risicofactoren?	De (oorzakelijke) factoren leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en gezinssituatie zijn teruggebracht tot twee groepen, zodat er getoetst wordt middels een Chikwadraat met als andere variabele de twee groepen (eenzijdige beëindiging/niet komen opdagen en de overige beëindigingsredenen).

4. Resultaten

Dit resultatengedeelte start met de betrouwbaarheid van het codeerschema. Hierna volgt een uitgebreide doelgroepbeschrijving. Vervolgens zijn er statistische toetsen gebruikt om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Het laatste gedeelte heeft een kwalitatief karakter, gericht op de onderzoeksvraag over of de dossiers van voldoende inhoudelijke informatie zijn voorzien.

4.1. Betrouwbaarheid codeerschema

Om vast te stellen dat het analyseren van dossiers op een onafhankelijke manier is gebeurd, is er een interbetrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd op basis van (de eerste) vijf dossiers. Deze vijf dossiers zijn met twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar gecodeerd. Na het coderen is van elke (sub)code een ongewogen Cohen's Kappa uitgerekend. De tabel met de Cohen's Kappa's zijn bijgevoegd in Bijlage II. Aangezien (sub)items die ook herkend kunnen worden bij slechts één onderzoeker is er een antwoordoptie toegevoegd van missing. Ieder subitem krijgt hierdoor een antwoordoptie meer. Van de totaal 153 mogelijke subitems bereikten de onderzoekers bij 127 subitems (83%) een kappa van 1. Om de Cohen's Kappa van open vragen te bepalen is gekozen voor twee antwoordopties: wel/niet aanwezig in dossier. Bij items waar de kappa lager dan 0.6 was, zijn de desbetreffende ingevulde codes van de subitems in de dossiers besproken totdat er overeenstemming was bereikt. Ook zijn er op basis van deze pretest enkele aanpassingen gemaakt aan het codeerschema, alvorens er gestart is met de inhoudsanalyse.

4.2 Doelgroepbeschrijving

Voor de doelgroepbeschrijving is dezelfde indeling gehanteerd als bij het codeerschema. Het is opgebouwd uit vier gedeeltes: Algemeen en Demografie (A), Incident (B), Achtergrondinformatie middelengebruik en omgeving (C) en de administratieve behandelingsvariabelen en variabelen voor behandelplan (D). Uit de restcategorie (E) zijn geen nieuwe variabelen gevormd doordat de frequentie van het voorkomen van informatie dusdanig laag is. Antwoordopties die door de respondenten niet zijn ingevuld zijn verwijderd uit de tabellen.

A: Algemeen en demografie

De demografische gegevens zijn in nagenoeg ieder dossier ingevuld, waardoor een goed beeld gevormd kan worden van de jongeren. Zoals te zien in Tabel 8 werden er bij de alcoholpoli meer jongens (57%) aangemeld dan meisjes (43%). De gemiddelde leeftijd was 16,3 jaar met een standaarddeviatie van 1,31. De meeste jongeren die aangemeld zijn voor de alcoholpoli zijn 15, 16 of 17 jaar.

Tabel 8

Geslacht en leeftijdscategorieën van de jongere

Geslacht	13-14 jaar	15 jaar	16 jaar	17 jaar	18 jaar en ouder	Totaal (%)
Meisje	5	16	19	7	1	48 (43%)
Jongen	7	19	16	20	2	64 (57%)
Totaal (%)	12 (11%)	35 (31%)	35 (31%)	27 (24%)	3 (3%)	112

De overige demografische gegevens staan weergegeven in Tabel 9. De meeste jongeren hadden een laag (speciaal onderwijs en vmbo) of middelhoog (havo, vwo, mbo) schoolniveau. Deze verdeling wijkt niet af van de Nederlandse jongeren (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS, 2013]). De prestaties op school werden in slechts twaalf dossiers gerapporteerd, maar indien ze gerapporteerd zijn, zijn ze voor 75% anders dan nominaal (onderprestatie). Jongeren waren in de helft van de gevallen de jongste in het gezin, wat overeenkomt met de literatuur. Dat de helft van de jongeren in een andere gezinssituatie dan met beide (biologische) ouders leeft komt niet overeen met de literatuur. De jongeren kwamen uit zeer diverse gemeentes, aangezien er totaal 45 jongeren uit overige woongemeentes kwamen (die minder dan vier keer worden genoemd).

Tabel 9

Demografische gegevens van de respondenten in dossier voorkomend

Demografische gegevens	Totaal (%)	n	M (SD)
Schoolniveau		59	
Laag (speciaal onderwijs en vmbo)	23 (39%)		
Middelhoog (havo, vwo, mbo)	30 (51%)		
Hoog (hbo, wo)	5 (8%)		
Anders	1 (2%)		
School en studieprestaties		12	
Nominaal	3 (25%)		
Anders dan nominaal	9 (75%)		
Gezinssituatie		69	
Met eigen (biologische) ouders	35 (51%)		
Anders dan met beide (biologische) ouders	34 (49%)		
Gezinspositie		57	
Jongste	31 (54%)		

Oudste	15 (26%)		
Middelste	11 (19%)		
Aantal broers/zussen		56	1,87 (1,06)
Woongemeente		112	
Almere	25 (22%)		
Hengelo	12 (11%)		
Enschede	7 (6%)		
Almelo	6 (5%)		
Deventer	4 (4%)		
Lelystad	4 (4%)		
Harderwijk	4 (4%)		
Oldenzaal	4 (4%)		
Overig	45 (40%)		
Onbekend	1 (1%)		

De culturele achtergrond van zowel de cliënt, als hun vader en moeder was in 112 dossiers beschreven. In vrijwel alle gevallen, namelijk in 107 dossiers van de cliënt en 104 dossiers van de ouders, was Nederland het geboorteland. Geen van de cliënten had kinderen.

B: Incident

De alcohol gerelateerde karakteristieken van het incident waren wisselend te vinden in de dossiers, zoals te zien is in Tabel 10. Het aantal gedronken glazen tijdens het incident van 7,89 geeft aan dat er sprake is van binge drinken. Op basis van de tabellen kon worden gesteld dat jongeren verschillende soorten alcohol nuttigen op diverse locaties. Het percentage van sterke drank (32%) is opvallend hoog vanwege het feit dat er enkel drie jongeren de gerechte leeftijd van 18+ hebben. De alcohol werd in de helft van de gevallen verkregen door vrienden, die ook aanwezig waren bij de alcoholinname (85%). Vrienden spelen hiermee een grote rol bij het alcoholgebruik. In 16 dossiers was er naast alcohol ook drugs gebruikt, waarvan cannabis verreweg het meest gebruikt was (in één dossier was het onbekend wat voor soort drugs er gebruikt was). Dit betekent dat in 14% van alle aanmeldingen op de alcoholpoli naast alcohol ook drugs werd gebruikt, dit is echter wel vergelijkbaar met eerder gepubliceerde literatuur.

Tabel 10
Alcohol gerelateerde karakteristieken van het incident in dossier voorkomend

Alcohol gerelateerde karakteristieken	Totaal (%)	n	M (SD)
Alcoholpromillage (range 0,80-4,50)		79	1,84 (0,59)
Aantal gedronken glazen tijdens incident (range 1-21)		47	7,89 (4,23)
Gedronken soort alcohol ¹		78	
Bier	30 (38%)		
Sterke drank	25 (32%)		
Wijn	18 (23%)		
Likeur (>25%)	14 (18%)		

Likeur (<15%)	12 (15%)	
Likeur (15-25%)	12 (15%)	
Mixdrank zelf gemixt	6 (8%)	
Bier (overig)	5 (6%)	
Mixdrank uit flesje	2 (3%)	
Wijn (overig)	2 (3%)	
Overige dranken	1 (1%)	
Locatie alcoholgebruik ¹		97
Thuis bij derden	30 (31%)	
Commerciële gelegenheid	19 (20%)	
Op straat	18 (19%)	
Feest overig	17 (18%)	
Ouderlijk huis	6 (6%)	
Op school(feest)	3 (3%)	
Openbare gelegenheid	2 (2%)	
Overig	2 (2%)	
Herkomst alcohol via ¹		33
Vrienden	16 (48%)	
Horeca	7 (21%)	
Thuis	6 (18%)	
Supermarkt	2 (6%)	
Slijterij	2 (6%)	
Aanwezigen bij alcoholinname ¹		87
Vrienden	74 (85%)	
Overige gezins-/ familieleden	4 (5%)	
Onbekenden	4 (5%)	
Ouders	3 (3%)	
Anders	2 (2%)	
Overig middelengebruik ¹		48
Nee	32 (67%)	
Ja, cannabis	9 (19%)	
Ja, GHB	3 (6%)	
Ja, cocaïne	1 (2%)	
Ja, XTC	1 (2%)	
Ja, overig middelengebruik	1 (2%)	
Hoe is dit middelengebruik vastgesteld?		10
Zelfrapportage	6 (60%)	
Laboratorium/urine	3 (30%)	
Inschatting arts	1 (10%)	

¹ meerdere antwoorden mogelijk waardoor de som aan gegeven antwoorden hoger is dan de N.

In Tabel 11 zijn de ziekenhuis gerelateerde gegevens van de jongeren af te lezen. Jongeren werden voornamelijk verwezen door kinderartsen uit de Ziekenhuis Groep Twente, het Flevoziekenhuis in Almere en het Medisch Spectrum Twente. Zij werden voor 57% gebracht door de ambulance, maar in een kwart van de gevallen werden de jongeren door hun ouders naar het ziekenhuis gebracht. De meest gestelde diagnose was een alcoholintoxicatie, gevolgd door een verminderd bewustzijn. Toch komen er ook diagnoses voor waarbij alcohol niet de voornaamste opnamereden was, maar een (verkeers)ongeval of agressie/geweld. De lichaamsparameters waren over het algemeen niet afwijkend, behalve de temperatuur en de bloeddruk. Jongeren werden veelal binnengebracht met een ondertemperatuur en in een kwart

van de gevallen was de bloeddruk te laag. Dit zouden effecten kunnen zijn van het alcoholgebruik.

Tabel 11

Ziekenhuisgerelateerde gegevens in dossier voorkomend

	Totaal (%)	n	M (SD)
Verwijzend ziekenhuis		108	
Ziekenhuis Groep Twente	32 (30%)		
Flevoziekenhuis Almere	23 (21%)		
Medisch Spectrum Twente	16 (15%)		
St. Jansdal Ziekenhuis Harderwijk	9 (8%)		
MC Zuiderzee ziekenhuis Lelystad	6 (6%)		
Gelre Apeldoorn	5 (5%)		
Deventer Ziekenhuis	5 (5%)		
Gelre Zutphen	3 (3%)		
Ropke-Zweers Ziekenhuis Hardenberg	3 (3%)		
Antonius Ziekenhuis Sneek	1 (1%)		
Huisartsenpost Almelo	1 (1%)		
Huisartsenpost Hardenberg	1 (1%)		
Isala Klinieken Zwolle	1 (1%)		
HALT	1 (1%)		
Sophia Ziekenhuis	1 (1%)		
LSG Rentray	1 (1%)		
Verwijzend specialist		82	
Kinderarts	63 (77%)		
SEH	5 (6%)		
Huisartsenpost	2 (2%)		
Anders	12 (15%)		
Gebracht naar het ziekenhuis		76	
Door ambulance	43 (57%)		
Door ouders	19 (25%)		
Zelf gekomen	4 (5%)		
Door overige gezins-/ familieleden	3 (4%)		
Anders	7 (9%)		
Hoofddiagnose		85	
Alcoholintoxicatie	55 (65%)		
Verminderd bewustzijn	11 (13%)		
Verkeersongeval	9 (11%)		
Ander ongeval	4 (5%)		
Agressie/geweld	3 (4%)		
Multi-intoxicatie	3 (4%)		
Bloeddruk		49	
Normaal	33 (67%)		
Te laag	12 (24%)		
Te hoog	4 (8%)		
Pols (range 53-130)		37	
Normaal	28 (76%)		
Te laag	3 (8%)		
Te hoog	6 (16%)		
Temperatuur (range 34,0-36,8)		38	35,55 (0,80)
Glucose (range 4,7-9,2)		46	6,36 (0,98)
Infuus aangebracht		37	
Ja	36 (97%)		
Nee	1 (3%)		
Restverschijnselen		33	
Nee	12 (36%)		
Ja, een schaamtegevoel	11 (33%)		

Ja, tijdelijke geheugenproblemen	4 (12%)
Ja, spijt	3 (9%)
Ja, schaaf- en blauwe plekke	3 (9%)

C: Achtergrondinformatie middelengebruik en omgeving

Jongeren beginnen met alcohol drinken wanneer zij bijna 15 zijn. Het gemiddelde gedronken aantal glazen alcohol bestond uit drie per week, met een standaarddeviatie van drieënhalf glas. Deze hoeveelheden komen overeen met eerder gepubliceerde literatuur van de doelgroep. In 15 dossiers hadden de respondenten eerder drugs gebruikt, wat veelal cannabis was. In 66% van de gevallen hadden de jongeren die eerder overige middelen hadden gebruikt ook bij dit incident (B8) overige middelen gebruikt. Ook is in 13% van alle aanmeldingen sprake van eerder overig middelengebruik. Deze gegevens staan vermeld in Tabel 12.

Tabel 12

Alcohol gerelateerde achtergrondinformatie middelengebruik in dossier voorkomend

Variabele	Totaal (%)	n	M (SD)
Beginleeftijd van alcohol (range 12-16)		41	14,85 (0,96)
Huidig aantal glazen alcohol per week (range 0-16)		30	3,13 (3,45)
Eerder overig middelengebruik ¹		35	
Nee	20 (57%)		
Ja, cannabis	13 (37%)		
Ja, XTC	3 (9%)		
Ja, cocaïne	2 (6%)		
Ja, GHB	1 (3%)		

¹ meerdere antwoorden mogelijk waardoor de som aan gegeven antwoorden hoger is dan de N.

In Tabel 13 zijn de (oorzakelijke) factoren rond de opvoeding en het alcoholgebruik onder vrienden af te lezen. Het gemiddelde van de totaalscore van 0,13 geeft een neutrale score (dichtbij 0) weer. De range van de totaalscore geeft aan dat er ook risicofactoren (minimum -3) en beschermende factoren (maximum +3) aanwezig zijn. Bij de afzonderlijke (oorzakelijke) factoren van opvoeding werden de alcoholregels het meest benoemd in de dossiers. Opvallend hierin is dat deze vaak, samen met het voorbeeldgedrag ten aanzien van alcohol, als beschermende factor aanwezig was in verhouding tot de risicofactor. De betrokkenheid van ouders kwam, als het benoemd werd in het dossier, altijd als risicofactor voor (behalve in één dossier). Desalniettemin komt dit wel overeen met landelijke cijfers van alle ouders van jongeren. Het alcoholgebruik onder vrienden was, indien genoemd in het dossier, vooral als risicofactor of als neutraal aanwezig.

Tabel 13

(Oorzakelijke) factoren rond de opvoeding van kind en omgeving van leeftijdsgenoten in dossier voorkomend

Opvoeding	M (SD)	Risicofactor (-1)	Neutraal (0)	Beschermende factor (+1)	Totaal
Totaalscore opvoeding ten aanzien van alcohol (range -3 tot +3)	0,13 (1,015)				
Alcoholregels ten aanzien van alcohol		10	25	22	57
Houding ouders ten aanzien van alcohol		7	12	12	31
Voorbeeldgedrag ten aanzien van alcohol		6	3	17	26
Communicatie ten aanzien van alcohol		5	10	2	17
Betrokkenheid ouders ten aanzien van alcohol		12	0	1	13
Alcoholgebruik onder vrienden		8	6	4	18

D: Administratieve behandelingsvariabelen en variabelen voor behandelplan

De gemiddelde duur van de behandeling (inschrijftijd) bedroeg ruim drie maanden, met een standaarddeviatie van 77 dagen. De overig betrokkenen bij de behandeling waren vooral (bureau) jeugdzorg en Alcohalt. Positief is dat 94% van alle jongeren na het incident gestopt is met drinken, dan wel minder is gaan drinken.

In negen dossiers is er geen intakegesprek uitgevoerd. Van de jongeren waarbij een intakegesprek was uitgevoerd, werd in slechts 57% van de gevallen een nazorgtraject aangeboden¹. Nazorgtrajecten die het meest werden aangeboden zijn één individueel contact en/of één telefoongesprek. Dit zijn nazorgtrajecten die volgens het protocol uitgevoerd moeten worden en vallen daarom binnen de verwachting.

Tabel 14

Behandelingskenmerken van de aangemelde jongere, in dossier voorkomend

Behandelingskenmerken	Totaal (%)	n	M (SD)
Gemiddelde inschrijftijd in dagen (range 0 -352)		87	101,07 (77,13)
Overig betrokkenen bij de behandeling		22	
(Bureau) Jeugdzorg	8 (36%)		
Alcohalt	6 (27%)		
GGZ	4 (18%)		
Andere specialist	1 (5%)		
Psychiater	1 (5%)		
Andere verslavingszorginstelling	1 (5%)		
(school) Maatschappelijk werk	1 (5%)		
Gevolgen drinkgedrag naar aanleiding van incident:		49	
Gestopt met drinken	29 (59%)		
Drinkt minder	17 (35%)		
Onveranderd drinkgedrag	3 (6%)		
Aangeboden nazorgtraject			

¹ Indien het protocol wordt gehandhaafd behoren alle jongeren een nazorgtraject aangeboden te krijgen.

Intake uitgevoerd	103 (92%)	112
Nazorgtraject aangeboden ¹	59 (57%)	103
- 1 telefoongesprek	25 (24%)	
- Meerdere telefoongesprekken	3 (3%)	
- 1 individueel contact	20 (19%)	
- Meerdere individuele contacten	6 (6%)	
- (leefstijl) Training	8 (8%)	
- Urine onderzoek	2 (2%)	
- Mediant	2 (2%)	
- Voorlichting	2 (2%)	
- My mind	1 (1%)	
Totaalscore AUDIT	24	8,48 (4,00)

¹ meerdere antwoorden mogelijk waardoor de som aan gegeven antwoorden hoger is dan de N.

In dossiers werd de reden ingevuld van beëindiging van de behandeling. In Tabel 15 is te zien wat de meest ingevulde redenen van beëindiging zijn. Bij de intake werd in 68% van de gevallen de behandeling beëindigd volgens planning, maar bij een nazorgtraject was dit voor 50% middels wederzijds overleg.

Tabel 15

Ingevulde beëindigingreden van de behandeling in dossier voorkomend

Reden beëindiging behandeling	Totaal (%)	Na protocol	Na vervolg
Regulier volgens planning	77 (64%)	75	2
Behandeling elders	12 (10%)	11	1
Eenzijdige beëindiging van cliënt	10 (8%)	10	0
Niet komen opdagen	11 (9%)	9	2
Wederzijds overleg	10 (10%)	5	5
Totaal	120	110	10

De afzonderlijke items van cognities werden slechts tussen de nul en twaalf keer benoemd in de dossiers. Van de (oorzakelijke) factoren werden de attitude, kennis, sociale facilitatie en sociale druk het meest benoemd in de dossiers. Indien de (oorzakelijke) factoren beschreven werden in de dossiers waren ze vooral als risicofactor aanwezig. Dit geeft aan dat jongeren risicovol gedrag vertonen ten aanzien van de alcohol gerelateerde cognities. In Tabel 16 worden alle gerapporteerde cognities beschreven, inclusief de totaalscore van de cognities.

Tabel 16

(Oorzakelijke) Factoren van cognities van de jongeren in dossier voorkomend

Cognities	M (SD)	Risicofactor (-1)	Neutraal (0)	Beschermende factor (+1)	Totaal
Totaalscore cognities (range -3 tot +2)	-0.16 (0.65)				
Attitude ten aanzien van alcohol		9	1	0	10
Kennis ten aanzien van alcohol		2	5	1	8
Waargenomen vatbaarheid ten aanzien van alcohol		0	1	0	1
Ervaren ernst ten aanzien van alcohol		3	1	1	5
Onrealistisch optimisme ten aanzien		0	0	0	0

van alcohol				
Positieve verwachtingen ten aanzien van alcohol	2	0	1	3
Sociale facilitatie ten aanzien van alcohol	7	1	2	10
Sociale druk ten aanzien van alcohol	6	0	6	12

4.3 Statistische analyse

In Tabel 17 is de samenhang tussen het alcoholpromillage en het geslacht en leeftijd af te lezen. Jongens hebben een hoger alcoholpromillage. Bij leeftijd is enkel getoetst met vier leeftijdscategorieën omdat de oudste leeftijdscategorie (18 jaar en ouder) een confounder was met een gemiddelde alcoholpromillage van 3,60. De post-hoc Bonferroni tussen de vier leeftijdscategorieën laat geen verschillen zien.

Tabel 17

Samenhang tussen alcoholpromillage en risicofactoren

	N	Mean (SD)	F	p-waarde
Geslacht	n = 79		4,313 ¹	0,041*
Meisje	37 (47%)	1,70 (0,43)		
Jongen	42 (53%)	1,97 (0,68)		
Leeftijd	n = 79		1,422 ¹	0,243
13-14 jaar	9 (11%)	1,91 (0,27)		
15 jaar	21 (27%)	1,61 (0,49)		
16 jaar	31 (39%)	1,89 (0,67)		
17 jaar	17 (22%)	1,92 (0,50)		

¹ ANOVA

* p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001

In Tabel 18 zijn de correlaties tussen het alcoholpromillage en het schoolniveau en totaalscores van opvoeding en cognities af te lezen. Alleen schoolniveau is significant, waardoor gesteld kan worden dat jongeren met een hoger opleidingsniveau positief samenhangt met alcoholpromillage. Dit is tegenstrijdig met eerdere bevindingen in de literatuur.

Tabel 18

Correlaties tussen alcoholpromillage en schoolniveau en totaalscores van opvoeding en cognities

	N	Mean (SD)	Minimum (maximum)	Correlation	p-waarde
Schoolniveau	n = 49			1 ¹	0,005**
Laag (speciaal onderwijs en vmbo)	22 (45%)	1,53 (0,50)			
Middelhoog (havo, vwo, mbo)	24 (49%)	1,90 (0,41)			
Hoog (hbo, wo)	3 (6%)	2,40 (0,36)			
Totaalscore Opvoeding	79	0,15 (1,10)	-3 (3)	-0,03 ²	0,809
Totaalscore Cognities	79	-0,13 (0,67)	-2 (2)	-0,04 ²	0,752

¹ Pearson-correlatie

²Spearman-correlatie

* p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001

In Tabel 19 is te zien dat zowel leeftijd als geslacht zijn niet significant bij de totaalscore van opvoeding en cognities. Dit betekent dat jongeren < 16 jaar niet anders worden opgevoed dan jongeren ≥ 16 jaar. Daarnaast verschilt de totaalscore cognities niet bij 15 en 16 jarigen ten opzichte van de overige leeftijdscategorieën. Geslacht speelt geen rol bij de opvoedingsgerichte variabelen en de cognities die jongeren hebben over alcohol.

Tabel 19

Verschillen in totaalscore opvoeding en cognities bij de variabelen leeftijd en geslacht.

	N	Totaalscore opvoeding Mean (SD)	p-waarde	Totaalscore cognities Mean (SD)	p-waarde
Leeftijd	n = 112		0,519 ¹		0,203 ¹
13-14 jaar	12	0,08 (1,00)		0,00 (0,43)	
15 jaar	35	0,03 (1,12)		-0,29 (0,67)	
16 jaar	35	0,17 (1,10)		-0,20 (0,72)	
17 jaar	27	0,26 (0,81)		-0,04 (0,65)	
18 jaar en ouder	3	-0,33 (0,58)		0,00 (0,00)	
Geslacht	n = 112		0,238 ¹		0,311
Meisje	48	0,00 (1,11)		-0,23 (0,78)	
Jongen	64	0,22 (0,93)		-0,11 (0,54)	

Bij de cursief gedrukte tekst zijn er groepen samengevoegd en getoetst tegen de andere groep

¹ Mann-Whitney

4.3.1 Verschillen in behandeling(svorm)

Het aanbieden van verschillende behandelvormen hangt alleen samen met de totaalscore van cognities. Dit betekent dat hoe lager de totaalscore is (en jongeren meer risicofactoren bezitten), hoe meer zorg er is aangeboden. Dit is af te lezen in tabel 20 en tabel 21. Doordat enkel de totaalscore van de cognities positief samenhangt met de behandelvorm, is alleen hierop een regressieanalyse uitgevoerd. De verwachting was dat meerdere factoren positief samen zouden hangen met de behandelvorm.

Als aanvulling op het resultaat van de regressie analyse ($F(1) = 6,13$; $p = 0,013$) laat de verklaarde variantie zien dat de totaalscore van cognities voor 5,50% de aangeboden behandelvorm kan voorspellen.

Tabel 20

Verschillen in behandelvorm: groepsgemiddelden, standaarddeviatie en toets

Groep	Geen vervolginterventie (N = 51)	Zorg volgens protocol (N = 34)	Meer zorg dan protocol (N = 18)	Toets	
				F/Z	p
Alcoholpromillage	n = 31	n = 34	n = 14	0,610 ¹	0,546
Mean	1,79	1,83	2,00		
SD	0,75	0,47	0,45		
Opvoeding	n = 51	n = 42	n = 18	-1,342 ²	0,180
Mean	0,20	0,07	0,06		
SD	0,85	1,07	1,35		
Cognities	n = 51	n = 42	n = 18	-2,381 ²	0,017*
Mean	-0,04	-0,17	-0,50		
SD	0,34	0,66	1,10		

De cursief gedrukte tekst betreft samengevoegde groepen

¹ ANOVA

² Mann-Whitney

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

In Tabel 21 zijn de verschillen in behandelvorm weergegeven bij de (oorzakelijke) factoren leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Op voorhand werd niet verwacht dat een specifieke (oorzakelijke) factor zou samenhangen met de behandelvorm. Echter blijkt ook dat geen van de (oorzakelijke) factoren samenhangt met de behandelvorm. Voor leeftijd betekent dit dat jongeren ≥ 16 jaar niet vaker meer zorg dan protocol krijgen aangeboden dan jongeren < 16 jaar.

Tabel 21

Verschillen in behandelvorm: groepsverdeling en resultaat Chikwadraat-toets

	Geen vervolginterventie	Zorg volgens protocol	Meer zorg dan protocol	Toets	
				χ^2	p-waarde
Leeftijd	n = 51	n = 42	n = 18	0,105 ¹	0,746
13-14 jaar	4 (8%)	7 (17%)	1 (6%)		
15 jaar	15 (29%)	14 (33%)	6 (33%)		
16 jaar	16 (31%)	13 (31%)	6 (33%)		
17 jaar	15 (29%)	7 (17%)	4 (22%)		
18 jaar en ouder	1 (2%)	1 (2%)	1 (6%)		
Geslacht	n = 51	n = 42	n = 18	1,327 ¹	0,249
Jongen	21 (41%)	17 (41%)	10 (56%)		
Meisjes	30 (59%)	25 (60%)	8 (44%)		
Opleidingsniveau	n = 18	n = 25	n = 15	5,026 ¹	0,170
Laag (speciaal onderwijs, vmbo)	8 (44%)	9 (36%)	6 (40%)		
Middelhoog (havo, vwo, mbo)	7 (39%)	16 (64%)	7 (47%)		
Hoog (hbo, wo)	3 (17%)	0 (0%)	2 (13%)		
Gezinssituatie	n = 20	n = 34	n = 15	0,882 ¹	0,348
Bij (beide) biologische ouders	10 (50%)	19 (56%)	6 (40%)		
Anders dan bij (beide) biologische ouders	10 (50%)	15 (44%)	9 (60%)		
Gezinspositie	n = 13	n = 31	n = 14	2,640 ¹	0,267
Jongste	7 (54%)	19 (61%)	5 (36%)		
Middelste	4 (31%)	5 (16%)	5 (36%)		
Oudste	2 (15%)	6 (19%)	4 (29%)		

*De cursief gedrukte tekst betreft samengevoegde groepen*¹ Chikwadraat

* p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001

4.3.2. Verschillen in beëindigingsredenen van de behandeling

In Tabel 22 zijn de (significante) groepsverschillen te zien tussen de jongeren die uit eigen initiatief de behandeling hebben gestopt (beëindigingreden behandeling: eenzijdige beëindiging of niet komen opdagen bij een contactmoment) en de jongeren waar de behandeling (in samenspraak) met/door de hulpverlener is beëindigd. Jongeren die de behandeling zelf hebben gestopt waren ouder en leven vaak in een afwijkende gezinssituatie. Andere (oorzakelijke) factoren bleken niet significant te verschillen.

Tabel 22

Groepsverschillen bij cliënten die zelf de behandeling hebben gestopt tegenover overige beëindigingsredenen van de behandeling: crosstabs en chikwadraattoets

	Behandeling gestopt door cliënt (N = 21)	Behandeling gestopt door hulpverlener (N = 85)	χ^2	p-waarde
Leeftijd	n = 21	n = 85	6,058 ¹	0,014*
13-14 jaar	2 (10%)	9 (11%)		
15 jaar	4 (19%)	31 (36%)		
16 jaar	5 (24%)	27 (32%)		
17 jaar	8 (38%)	17 (20%)		
18 jaar en ouder	2 (10%)	1 (1%)		
Geslacht	n = 21	n = 85	1,080 ¹	0,299
Jongen	7 (33%)	39 (46%)		
Meisjes	14 (67%)	46 (54%)		
Opleidingsniveau	n = 10	n = 45	2,037 ¹	0,154
Laag (speciaal onderwijs en vmbo)	6 (60%)	16 (36%)		
Middelhoog/Hoog (havo, vwo, mbo, hbo, vwo)	4 (40%)	29 (64%)		
Gezinssituatie	n = 13	n = 52	4,447	0,035*
Bij (beide) biologische ouders	3 (23%)	29 (56%)		
Anders dan bij (beide) biologische ouders	10 (77%)	23 (44%)		

De cursief gedrukte tekst betreft samengevoegde groepen

* p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001

¹ Chikwadraat

4.4 Kwalitatieve analyse van de dossiers

Er is verschil geconstateerd in het rapporteren in de dossiers tussen de regio's, maar ook tussen de hulpverleners. Er werd verwacht dat niet alle informatie rondom een patiënt in USER werd gescand (zoals een verwijfsbrief, AUDIT of informatie van derden). Dit bleek ook het geval omdat de toestemmingsverklaringen en ingevulde AUDIT-formulieren weinig zijn ingescand, ondanks dat dit volgens protocol in ieder dossier moet staan. Bij de AUDIT-formulieren bleek ten hoogste 39% van de dossiers een totaalscore te bevatten. De aanwezige toestemmingsverklaringen zijn in ten hoogste 63% in het dossier terug te vinden. Dit is te zien

in Tabel 23. Daarnaast registreerden de hulpverleners niet alle verslagen of handelingen (zoals cliënt bellen, rapportage schrijven) in het medische dossier. In enkele dossiers was er nagenoeg geen informatie over de cliënt aanwezig. Hierdoor was het moeilijk te achterhalen of er contact is geweest tussen hulpverlener en patiënt en indien er wel contact is geweest welke conclusies hieruit zijn gekomen. De aanwezige gegevens in het dossier waren in relevant, omdat nagenoeg alle informatie gebruikt is voor het coderen.

Indien gespreksverslagen wel opgenomen waren in USER zijn deze niet altijd volledig. Vooral bij de achtergrondinformatie van het middelengebruik werden veel variabelen in minder dan een kwart gerapporteerd. Variabelen waar het om ging zijn de beginleeftijd van overige middelen, alcoholgebruik op week- en weekenddagen, de betrokkenheid van de ouders en het alcoholgebruik van vrienden. Met betrekking tot het incident werd er nauwelijks vermeld of er sprake is van drugsgebruik (dus het expliciet benoemen van wel/geen sprake van drugs).

Tabel 23

Aantal dossiers, aanwezige toestemmingsverklaringen en aanwezige AUDIT-screeningslijsten

Regio	Aantal dossiers	Aanwezige toestemmings- verklaringen	Aanwezige AUDIT totaalscores
Twente	49	31 (63%)	16 (33%)
Flevoland	30	4 (13%)	1 (3%)
Zwolle	18	4 (22%)	7 (39%)
Stedendriehoek	15	2 (13%)	0 (0%)
Totaal	112	41 (37%)	24 (21%)

Dossiers werden administratief niet altijd meteen na de behandeling afgesloten. Dit kwam met name voor in de dossiers van de regio's Stedendriehoek en Zwolle.

5. Conclusie, discussie en aanbevelingen

Ondanks de gezondheidsrisico's van alcohol blijkt uit landelijk onderzoek dat het alcoholgebruik onder jongeren erg hoog is. Om deze reden is het noodzakelijk om het alcoholgebruik onder jongeren te matigen door interventies. Bij de alcoholpoli worden jongeren aangemeld die in het ziekenhuis zijn binnengebracht met een alcoholintoxicatie of alcohol gerelateerd letsel. Vanwege het korte bestaan van de alcoholpoli zijn er nog geen goed onderbouwde onderzoeken uitgevoerd naar de doelgroep van de alcoholpoli. Het doel van dit onderzoek is om een doelgroepbeschrijving te maken en onderzoeken welke variabelen samenhangen met de risicofactoren van schadelijk alcoholgebruik. Ook is onderzocht welke behandelingen aangeboden worden en of de behandelvorm aansluit op de aanwezige risicofactoren. Tot slot wordt er bekeken in hoeverre de dossiers compleet zijn en relevante en correctie informatie bevat om de validiteit van de onderzoeksresultaten te waarborgen.

5.1 Beantwoording onderzoeksvraag 1: Hoe kenmerkt de doelgroep van de alcoholpoli zich in relatie met de literatuur?

A: Algemeen en demografie

Er zijn meer jongens (57%) dan meisjes (43%) aangemeld bij de alcoholpoli. Op basis van het onderzoek van Bouthoorn et al. (2011) en Van Hoof et al. (2010) werd verwacht dat er vrijwel evenveel jongens als meisjes aangemeld zouden worden. In het onderzoek van Bouthoorn et al. (2011) werden totaal 800 jongeren aangemeld op een kinderafdeling met een alcoholintoxicatie, waarvan 409 jongens (51%) en 391 meisjes (49%). In het onderzoek van Van Hoof et al. (2010) onder 231 jongeren was de verdeling jongens (52%) en meisjes (48%). De verwachting is dat de verdeling jongens en meisjes iets verschilt van de onderzoeken van Bouthoorn et al. (2011) en Van Hoof et al. (2010) door de kleinere steekproef van het huidige onderzoek, maar dat de resultaten wel vergelijkbaar zijn. Eveneens als men vergelijkt met het (niet schadelijke) alcoholgebruik is er tussen jongens en meisjes geen verschil (Trimbos Instituut, 2010c). In het verleden dronken jongens meer alcohol dan meisjes (Trimbos Instituut 2010c), maar dit verschil is inmiddels verdwenen.

De gemiddelde leeftijd in dit onderzoek is 16,3 jaar. Dit ligt hoger dan de gemiddelde leeftijden die in eerder onderzoek van de doelgroep zijn gevonden. Zo vond Van Hoof et al. (2011) een leeftijd van 15,3 jaar in 2007 en 15,0 jaar in 2008. Ook eerder onderzoek van

Tactus (2011) laat een lagere gemiddelde leeftijd van 15,6 jaar zien. Deze leeftijdsverschuiving is positief voor de gezondheidsrisico's van alcohol.

De gerapporteerde school- en studieprestaties in dit onderzoek komen niet overeen met het onderzoek van Van Hoof et al. (2010). Van Hoof et al. (2010) stelt dat 80% van de jongeren, aangemeld met een alcoholintoxicatie op de kinderafdelingen, een nominaal schoolniveau heeft. In dit onderzoek wordt daarentegen een veel lager percentage van 25% gevonden. Echter wordt verwacht vanwege de geringe rapportage van de school- en studieprestaties (n=12) dat de gevonden resultaten niet representatief zijn voor de doelgroep. Indien verondersteld wordt dat de dossiers waar de school- en studieprestaties niet benoemd zijn gecodeerd kunnen worden als nominaal, wordt ook een percentage van 80% gevonden. Het blijft onduidelijk of op deze manier goed gecorrigeerd is voor een representatieve weergave van de resultaten van de doelgroep.

Ook de gerapporteerde gezinssituatie in dit onderzoek wijkt af van Van Hoof et al. (2010). In het huidige onderzoek bleek 49% van de jongeren in een andere gezinssituatie te leven dan met beide (biologische) ouders, waar de jongeren uit het onderzoek Van Hoof et al. (2010) in 29% van de gevallen in een andere gezinssituatie leefde. Dit is overeenkomstig met cijfers van de Nederlandse bevolking, waaruit is gebleken dat 30% van de huwelijken vroegtijdig wordt beëindigd (CBS, 2011). De gegevens van Van Hoof et al. (2010) laten zien dat de doelgroep niet verschilt van de Nederlandse bevolking. Daarentegen kan uit huidig onderzoek wel geconcludeerd worden dat de doelgroep verschilt van de Nederlandse bevolking. Een afwijkende gezinssituatie kan in dit onderzoek aangemerkt worden als risicofactor voor de doelgroep. Uit het onderzoek van Kuntsche et al. (2004) blijkt ook dat een niet traditionele gezinssituatie een risicofactor is voor schadelijk alcoholgebruik.

B: Incident

Het gemiddelde alcoholpromillage van 1,84 komt overeen met de cijfers uit het onderzoek van Van Hoof et al. (2011) en Van Hoof et al. (2010) en eerder uitgevoerde onderzoeken onder de jongeren van de alcoholpoli bij Tactus (Tactus, 2011; Tactus, 2012a). Bij dit alcoholpromillage is het aannemelijk dat er vijf glazen alcohol zijn gedronken wanneer de handvatten van volwassenen worden gehanteerd. Hierbij geldt een stijging in het alcoholpromillage van 0,2 bij mannen en 0,3 bij vrouwen. Dit betekent dat er sprake is van binge drinking. Zeker gezien de negatieve gevolgen van binge drinking zijn deze resultaten alarmerend.

De jongeren van de alcoholpoli drinken vooral bier (38%), sterke drank (32%), wijn (23%) en likeuren met verschillende sterktes (15-18%). Uit het onderzoek van het Trimbos Instituut (2011) bleek dat jongeren naast bier (30%) ook breezers (16%) en zelf gemixte drankjes (14%) nuttigen. In dit onderzoek zijn breezers (3%) en zelf gemiste drankjes (8%) in mindere mate genuttigd. Een opvallend aspect is het hoge gebruik van sterke drank. 16% van de jongeren onder de 18 jaar komt in dit onderzoek aan alcohol via de horeca waar zij in 5% van de gevallen ook zelf sterke drank kopen. Tactus zou een signaal kunnen afgeven aan de horeca van het juist naleven van de Drank- en Horecawet.

Dat de jongeren de alcohol in de helft van de gevallen via vrienden verkrijgen en in 85% de alcohol samen met vrienden nuttigen komt overeen met het onderzoek van Van Hoof et al. (2010) en Tactus (2011). Hieruit kan geconcludeerd worden dat vrienden een grote rol spelen in het alcoholgebruik van de doelgroep. Tactus zou kunnen inspelen op het verkleinen van de invloed van vrienden en deze vrienden ook betrekken in de behandeling.

De drie meest genoemde locaties in dit onderzoek, namelijk thuis bij derden (31%), commerciële gelegenheid (20%) en op straat (19%), zijn in het onderzoek van Van Hoof et al. (2010) ook de meest genoemde locaties. De resultaten van Van Hoof et al. (2010) kennen wel een andere rangorde, omdat 30% op straat drinkt, 29% thuis bij derden drinkt en 16% in een commerciële gelegenheid. Een groot aandachtspunt hierbij is de aangescherpte Drank- en Horecawet per 1 januari 2013 die het strafbaar maakt om als jongere onder de 16 jaar in het openbaar alcohol te drinken dan wel bij zich te hebben (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], 2012). Ter illustratie: in dit onderzoek heeft 9% van de jongeren jonger dan 16 jaar alcohol gedronken op straat. Tactus zou, wanneer nieuwe aangemelde jongeren onder de 16 jaar alcohol bij zich hebben of drinken in het openbaar een signaal kunnen afgeven naar de gemeente. De gemeente is verantwoordelijk voor handhaving (VWS, 2012).

Het feit dat 33% van de doelgroep naast alcohol ook drugs heeft gebruikt tijdens het incident komt niet overeen met Van Hoof et al. (2010). Uit dit onderzoek bleek dat 9% van de jongeren ook overige middelen had gebruikt. Mogelijk zijn de resultaten vertekend door onvolledige rapportage. Indien de missing values worden aangemerkt als 'geen drugs gebruikt', ligt het percentage van drugsgebruik tijdens het incident op 14% op een vergelijkbaar niveau met het percentage van Van Hoof et al. (2010). Het eerder middelengebruik van 13% in dit onderzoek komt wel overeen met hetzelfde percentage dat Van Hoof et al. (2010) hebben gevonden. De gevonden percentages in dit onderzoek van

eerder en/of huidig drugsgebruik zijn verontrustend, mede gezien de jonge leeftijd van de doelgroep. Tactus doet er verstandig aan om alert te zijn op het gebruik van drugs tijdens het incident, dan wel van eerder gebruik van drugs en hier op in te spelen in de behandeling.

C: Achtergrondinformatie middelengebruik en omgeving

De gemiddelde beginleeftijd van alcohol ligt in dit onderzoek op 14,9 jaar. Uit het onderzoek van het Trimbos Instituut (2011) lag de beginleeftijd op 13,1 jaar, wat fors lager is. Hierbij moet wel vermeld worden dat de gemiddelde leeftijd bij het Trimbos Instituut (2011) van 14,4 jaar een stuk lager ligt dan de gemiddelde leeftijd van 16,3 in het huidige onderzoek. Dit maakt het moeilijk om een conclusie te trekken uit deze vergelijking. Er kunnen meerdere verklaringen zijn voor de hogere beginleeftijd van alcohol in dit onderzoek. Enerzijds is het mogelijk dat jongeren daadwerkelijk op een latere leeftijd alcohol consumeren dan de gemiddelde jongere. Door onwetendheid drinken zij dermate veel dat ze in het ziekenhuis belanden. Van Hoof et al. (2010) stelt in zijn onderzoek onder jongeren die zijn binnengebracht in het ziekenhuis met een alcoholintoxicatie dat er in 70% van de gevallen sprake was van de eerste alcoholconsumptie. Anderzijds kunnen de resultaten vertekend zijn door sociaal wenselijk antwoorden. Door aanwezigheid van de ouders tijdens het intakegesprek zijn jongeren wellicht geneigd om te vertellen dat zij voor het eerst alcohol hebben genuttigd of pas begonnen zijn met drinken, terwijl zij al geruime tijd alcohol drinken (zonder dat de ouders het weten). Kortom het blijft onduidelijk, mogelijk dat vervolgonderzoek bij de doelgroep hier een conclusie dan wel verklaring voor kan vinden.

De gemiddelde totaalscore van opvoeding (bestaande uit items voorbeeldgedrag van ouders, communicatie van ouders over alcohol, alcoholregels, houding ouders tegenover alcohol en de betrokkenheid van ouders) van 0,13 met een standaarddeviatie van 1,02 laten zien dat er zowel risicofactoren (scores onder 0) als beschermende factoren aanwezig zijn (scores boven 0) bij de doelgroep. Opvallend is dat de betrokkenheid van de ouders in 92% van de gevallen een risicofactor is. Dit houdt in dat ouders niet weten wat hun kind aan hoeveelheid alcohol drinkt of het drinkgedrag erg onderschatten. Er komen vooral beschermende factoren voor bij de alcoholregels (39%), houding ouders tegenover alcohol (38%) en het voorbeeldgedrag van ouders ten aanzien van alcohol (65%). Voor de houding ten opzichte van alcohol geeft het Trimbos Instituut (2010c) eveneens aan dat ouders een beschermende factor kunnen zijn voor het alcoholgebruik van hun kind. Zo geeft 86% van de ouders aan het niet goed te keuren dat een kind jonger dan 16 één glas (of meer) alcohol drinkt. In hetzelfde onderzoek geven jongeren ook aan dat ouders coulanter worden in het

opstellen van regels naarmate de jongere ouder wordt. Sommige ouders binnen het onderzoek van het Trimbos Instituut (2012a) hebben bij jongeren van 15 jaar hun alcoholregels al laten varen, terwijl ze bij 12-13 jarigen erg streng zijn. Dit zou kunnen leiden tot beschermende factoren bij jongeren onder de 16 jaar in dit onderzoek en tot risicofactoren bij jongeren boven de zestien jaar bij het stellen van alcoholregels. Ook indien er beschermende factoren aanwezig zijn bij de opvoedingsgerichte variabelen zijn jongeren desondanks wel aangemeld bij de alcoholpoli. Dit betekent dat een beschermende factor niet afdoende is voor het verantwoord gebruik van alcohol. Wellicht dat de combinatie van beschermende factoren wel afdoende is.

Om het stellen van de alcoholregels te verbeteren en de betrokkenheid van ouders te verhogen dient Tactus hier meer aandacht aan te besteden in de behandeling. Er moet aan ouders duidelijk gemaakt te worden dat ook na 16 jaar er afgesproken moet worden of er gedronken mag worden en hoeveel alcohol glazen. Ook is het belangrijk dat ouders inzicht krijgen in het drinkgedrag van hun kind, zodat ouders hierop kunnen inspelen in bijvoorbeeld het stellen van alcoholregels en de houding ten opzichte van alcohol. Het is bekend dat ouders het alcoholgebruik van hun kind ver onderschatten en dat ouders het stellen van alcoholregels bij jongeren vanaf 15 jaar erg lastig vinden (Trimbos Instituut, 2012). Dit probleem zou landelijk opgepakt kunnen worden, zodat alle ouders meer handvatten krijgen om invloed uit te oefenen op hun kind ten aanzien van het alcoholgebruik. Hier kan gedacht worden aan voorlichtingen op een ouderavond op de middelbare school.

D: Administratieve behandelingsvariabelen en variabelen voor behandelplan

Een zeer opmerkelijke bevinding in de resultaten zijn de gevolgen voor het drinkgedrag van de jongeren. Tijdens de behandeling geeft namelijk 94% van de jongeren aan gestopt te zijn met drinken (59%) of minder te zijn gaan drinken (35%). Dit is een zeer gunstig resultaat, maar roepen de vraag op of jongeren de interventie van de alcoholpoli wel nodig hebben, aangezien zij hun risicogedrag hebben veranderd. Mogelijk is enkel het meemaken van het incident al voldoende om het risicogedrag aan te passen. Dit zou ook verklaren dat er slechts één jongere voor een tweede aanmelding bij de alcoholpoli terecht is gekomen. Anderzijds kunnen de resultaten ook vertekend zijn doordat de gevolgen van het drinkgedrag slechts in 44% van de dossiers wordt benoemd. Wat de gevolgen van het drinkgedrag zijn van de overige 56% van de jongeren is onbekend. Het verdient aanbeveling om middels een vervolgonderzoek inzicht te krijgen in het drinkgedrag na het incident van alle jongeren voordat er een conclusie kan worden getrokken.

De (oorzakelijke) factoren van cognities van de afzonderlijke items (attitude, kennis, waargenomen vatbaarheid, ervaren ernst, onrealistisch optimisme, positieve verwachtingen, sociale facilitatie en sociale druk) worden hoogstens twaalf keer benoemd in de dossiers. Vooral de cognities waargenomen vatbaarheid (1 keer), onrealistisch optimisme (0 keer) en positieve verwachtingen (3 keer) is weinig gecodeerd. Echter kunnen de resultaten ook vertekend zijn doordat (oorzakelijke) factoren wel aanwezig waren maar niet zijn gerapporteerd. Onderzoeken die het aannemelijk maken dat deze cognities als risicofactor aanwezig kunnen zijn, zijn Kunstsche et al. (2004), Larsman et al. (2012) en Saraceno et al. (2009).

Indien de cognities gecodeerd konden worden waren er veelal risicofactoren aanwezig. Hierdoor bestaat er een kans op een toekomstige alcoholintoxicatie en/of voortzetting van het risicovolle gedrag. Echter komt dit niet overeen met de hierboven beschreven gevolgen van het drinkgedrag waar 94% is gestopt. Mogelijk is het positieve gedrag nog niet meetbaar als (beschermende factor bij) cognitie. Al met al stimuleren deze resultaten wel tot verder onderzoek naar de precieze cognities van de jongeren. Er kan een formulier gebruikt worden tijdens het gesprek voor het altijd rapporteren van de (afzonderlijke items van) cognities. Op deze manier wordt er altijd gescoord op de afzonderlijke items van cognities, waardoor ook een conclusie op basis van de afzonderlijke items tot de mogelijkheden behoort. Ook kan de hulpverlener tijdens de behandeling gericht ingaan op ongunstige cognities.

Vergelijking met de theorie van Petraitis et al. (1995)

Zowel de gegevens uit de doelgroepbeschrijving als de literatuur kennen dezelfde indeling van voorkomende determinanten. Deze determinanten kunnen naar afstand van gedrag en types van invloed ingedeeld worden, zoals Petraitis et al. (1995) heeft beschreven. De determinanten die uit de dossiers zijn gehaald zijn vooral de ultieme (intra persoonlijk) en distale (sociaal/interpersoonlijk) determinanten. De reden dat deze determinanten uit dossiers worden gehaald is een combinatie van gegevens die gemakkelijk te verzamelen zijn, maar daarnaast ook de meest relevante gegevens. Wanneer de literatuur over (oorzakelijke) factoren van schadelijk alcoholgebruik ingedeeld wordt op determinanten kunnen bij de ultieme, met de nadruk op intra persoonlijk, en de distale sociaal-interpersoonlijke determinanten de meeste literatuur worden ingedeeld.

Dat vooral de ultieme en distale determinanten in de dossiers te vinden zijn, hoeft niet per definitie te betekenen dat deze als risicofactor aanwezig zijn. Deze zouden ook aanwezig kunnen zijn als neutrale of beschermende factor. De distale determinanten, die zowel in het

dossier en literatuur voorkomen, kunnen indirect het gedrag (via de omgeving) beïnvloeden. Indien distale determinanten aanwezig zijn als risicofactor in het dossier, dient Tactus in de behandeling in te spelen op de omgeving. Voorbeelden van (oorzakelijke) factoren die binnen de ultieme intra persoonlijke determinant vallen zijn de genetische aanleg (Donath et al., 2012; Saraceno et al., 2009), geslacht (Courtney et al., 2009; Larsman et al., 2012; Saraceno et al., 2009), leeftijd (Larsman et al., 2012) en persoonlijkheidskenmerken (Ferriter et al., 2009; Kuntsche et al., 2004; Leather, 2009; Saraceno et al., 2009). Van de ultieme determinanten kan alleen de invloed verminderd worden. In de behandeling kan ingespeeld worden op deze determinanten zodat deze niet aanwezig zijn als risicofactor, maar als neutrale factor dan wel als beschermende factor. Hierin is Tactus toe in staat.

Eveneens zijn er ook (oorzakelijke) factoren in de literatuur gevonden die niet of weinig in de dossiers terugkomen. Hierbij gaat het om de sociaal economische status, religie, visuele, overig middelengebruik van broers/zussen, grootte van de peergroep, persoonlijkheidskenmerken (zoals impulsiviteit, sensatie zoeken en zelfvertrouwen) en de afzonderlijke items van cognities. Een mogelijke verklaring dat deze gegevens niet in het dossier zijn opgenomen kan zijn dat deze gegevens weinig ter sprake komen. Gezien de beperkte tijd tijdens het intakegesprek, worden deze niet structureel nagevraagd tenzij ze ter sprake komen. Bovendien zijn de sociaal economische status, religie, visuele en grootte van de peergroep niet relevant voor het opstellen van een behandelplan. Ondanks dat de literatuur stelt dat deze factoren een risicofactor kunnen vormen, hoeven ze niet structureel nagevraagd te worden door een hulpverlener. Daarentegen is het overig middelengebruik van broers/zussen en persoonlijkheidskenmerken wel van belang voor het opstellen van het behandelplan en zijn deze variabelen wel relevant om te verzamelen.

Algemene conclusie onderzoeksvraag 1

Voor het juist interpreteren van de gegeven conclusies dient nog één opmerking geplaatst te worden. Er is een aantal gegevens in de doelgroepbeschrijving waarin er veel missende codes zijn (missing values). Voorbeelden zijn de school- en studieprestaties (n=12), herkomst van alcohol (n=33), de polsslag (n=37), de temperatuur (n=38), de glucose (n=46), infuus (n=37), restverschijnselen (n=33), aantal glazen alcohol per week (n=30), afzonderlijke items van opvoeding (n= 13-57), overig betrokkenen bij de behandeling (n=22) en de afzonderlijke items van cognities (n=0-12). Voor deze variabelen kan het zijn dat de huidige resultaten een vertekend beeld geven van de gehele doelgroep. Het ontbreekt aan inzicht of de missende scores afwijkend kunnen zijn van de gevonden resultaten. Indien de resultaten van deze

variabelen overeenkomen met overige literatuur met een grotere steekproef zou aangenomen kunnen worden dat de resultaten van huidig onderzoek ook representatief zijn. Echter is voorzichtigheid hier geboden. Een vervolgonderzoek met eenzelfde doelgroep beschrijving zou duidelijkheid moeten verschaffen.

Concluderend kenmerken de jongeren binnen dit onderzoek zich enkel afwijkend in personalia van de Nederlandse jongeren in de gezinssituatie, waar ze vaker uit een gebroken gezin komen. Er worden evenveel meisjes als jongens binnengebracht met een gemiddelde leeftijd van 16,3 jaar. Risicofactoren zijn vooral aanwezig bij de alcohol gerelateerde cognities en opvoedingsvariabelen.

5.2. Beantwoording onderzoeksvraag 2: Welke variabelen hangen samen met de risicofactoren van schadelijk alcoholgebruik?

Alvorens de onderzoeksvraag te beantwoorden, zullen de twee deelvragen bij de onderzoeksvraag besproken worden.

Deelvraag 1: In welke mate hangt de ernst van het alcoholmisbruik samen met relevante risicofactoren?

Er hangen twee (oorzakelijke) factoren samen met het alcoholpromillage, namelijk het geslacht en het schoolniveau. Jongens hebben een hoger alcoholpromillage en opleidingsniveau hangt samen positief met het alcoholpromillage.

Het hogere alcoholpromillage bij jongens komt overeen met de resultaten uit het Nederlandse onderzoek van Bouthoorn et al. (2011). Bouthoorn et al. (2011) vond bij jongens een gemiddeld alcoholpromillage van 1,94 en bij meisjes 1,79. De resultaten van huidig onderzoek zijn vergelijkbaar, met een alcoholpromillage van 1,97 bij jongens en 1,70 bij meisjes. Het verschil in alcoholpromillages tussen jongens en meisjes duidt erop dat jongens meer hebben gedronken dan meisjes. Wanneer er sprake is van binge drinken bevestigt ook Courtney et al. (2009) dat jongens meer drinken. Echter is het moeilijk te generaliseren of jongens per definitie meer drinken dan meisjes, omdat zowel de resultaten van Bouthoorn et al. (2011) als de resultaten van dit onderzoek gebaseerd zijn op één incident.

Dat een opleidingsniveau positief samenhangt met het alcoholpromillage is opvallend. Het was de verwachting, mede op basis van literatuur, dat een lager opleidingsniveau samen zou hangen met het alcoholpromillage. Kuntsche et al. (2004), Knight et al. (2009) en Saraceno et al. (2009) stellen in hun onderzoeken dat een lager opleidingsniveau samenhangt met

alcoholmisbruik en binge drinken. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de onderzoeken van Kuntsche et al. (2004), Knight et al. (2009) en Saraceno et al. (2009) in het buitenland zijn uitgevoerd en we hier een ander schoolsysteem kennen. Daarnaast is in het huidige onderzoek het schoolniveau in 59 dossiers ingevuld, waardoor onbekend is hoe het opleidingsniveau is in overige 53 dossiers (47%). Door een Nederlands vervolgonderzoek met voldoende grootte uit te voeren kan een betere conclusie worden getrokken.

Deelvraag 2: In welke mate hangen de leeftijd en geslacht samen met de risicofactoren van opvoedingsgerichte variabelen en alcohol gerelateerde cognities?

Er blijkt geen samenhang te bestaan tussen de getoetste variabelen. Er werd verwacht dat een hogere leeftijd samen zou hangen met lagere opvoedingsgerichte variabelen, omdat ouders bij oudere kinderen minder invloed uit zouden oefenen met betrekking tot het alcoholgebruik (Velleman et al., 2005). Voor ouders is er voor jongeren tot 16 jaar vaak een duidelijke grens; geen alcohol. Indien een jongere 16 jaar wordt, worden er slechte afspraken gemaakt en/of gecommuniceerd over het alcoholgebruik (IVO, 2007). De resultaten uit dit onderzoek kunnen deze bewering echter niet bevestigen.

Ook hangen leeftijd en geslacht niet samen met het hebben van een positievere score op alcohol gerelateerde cognities. De meest voor de hand liggende verklaring is dat de afzonderlijke items van opvoeding en cognities zo weinig gerapporteerd werden in dossiers dat er enkel gewerkt kon worden met de totaalscore. Hierdoor zijn alle missende scores als neutraal gescoord, waardoor een samenhang tussen variabelen moeilijk te bereiken is. Conclusies van de afzonderlijke items is helaas niet mogelijk, terwijl dit wel erg relevant zou zijn aangezien er een specifiek beeld zou ontstaan van de opvoeding- en cognitieve variabelen. Nu kan bijvoorbeeld niet worden onderzocht of, net zoals in het onderzoek van IVO (2007), geslacht samenhangt met de communicatie over alcohol en de leeftijd met het stellen van alcoholregels. Tactus zou bij toekomstige behandelingen deze variabelen beter kunnen navragen (en rapporteren) en indien nodig hier adviezen bij te geven bij aanwezige risicofactoren.

Algemene conclusie onderzoeksvraag 2

Uit huidig onderzoek is gebleken dat geslacht en het schoolniveau hangen samen met het gemeten alcoholpromillage. Daarentegen lijken leeftijd en geslacht niet samen te hangen met de risicofactoren van de opvoedingsgerichte variabelen en alcohol gerelateerde cognities.

5.3 Beantwoording onderzoeksvraag 3: Welke behandelingen binnen de alcoholpoli worden aangeboden?

Hieronder staat weergegeven welke drie soorten behandelingen mogelijk zijn inclusief het percentage van soort aangeboden nazorgtrajecten binnen de behandeling.

1. Geen nazorgtraject gehad (43%): Enkel een intakegesprek gehad.
2. Zorg volgens protocol (43%): Intakegesprek + 1 telefoongesprek (24%) of 1 individueel contact (19%).
3. Meer zorg dan volgens protocol (24%): Intakegesprek + meerdere telefoongesprekken (3%) en/of individuele contacten (6%), (leefstijl) training (8%), urineonderzoek (2%), behandeling bij Mediant (2%), voorlichting (2%) of My Mind (2%).

Uit huidig onderzoek is gebleken dat er in vele gevallen niet gewerkt wordt volgens protocol, omdat het percentage van geen nazorgtraject opvallend hoog is. Indien de behandeling door de cliënt beëindigd wordt kan dit niet toegekend worden als het niet handelen volgens protocol. Echter is bij de groep cliënten die geen vervolgenterventie hebben gehad (43%) in slechts 18% de behandeling door de cliënt beëindigd. Voor deze 43% is de behandeling niet uitgevoerd zoals vooraf opgesteld, waardoor er sprake is van ‘intention-to-treat’. In de overige 25% is er niet gehandeld volgens protocol. Maar mogelijkserwijs is het aanbieden van een nazorgtraject niet in alle situaties noodzakelijk, wellicht overbodig. Een vervolgonderzoek naar het aanbieden van de beste behandeling bij specifieke cliënten kan hier duidelijkheid over scheppen.

5.4 Beantwoording onderzoeksvraag 4: In welke mate hangt de uitgevoerde behandeling(svorm) samen met aanwezige risicofactoren?

Alvorens de onderzoeksvraag te beantwoorden, zullen de twee deelvragen bij de onderzoeksvraag besproken worden.

Deelvraag 3: In hoeverre sluit de aangeboden behandelvorm aan op de aanwezigheid van risicofactoren?

Van de risicofactoren die zijn onderzocht blijkt enkel de totaalscore van cognities aan te sluiten bij de aangeboden behandelvorm. Dit betekent dat hoe meer risicofactoren er aanwezig zijn in de cognities er meer zorg wordt aangeboden. Het is opmerkelijk dat enkel de totaalscore van cognities aansluit bij de behandelvorm. De verwachting was dat er meerdere factoren significant zouden zijn en zouden aansluiten bij de aangeboden behandelvorm. Jongeren die meer risicofactoren bezitten zullen naar verwachting ook meer zorg ontvangen.

De aanwezigheid van (oorzakelijke) factoren hoeft niet te betekenen dat er ook risicofactoren aanwezig zijn. Deze kunnen ook als neutrale dan wel als beschermende factor aanwezig zijn. Indien dit het geval is, zou dit verklaren waarom de aangeboden behandelvorm niet samenhangt met risicofactoren.

De (oorzakelijke) factoren van opvoeding, gezinssituatie en gezinspositie zouden een vertekend beeld van de resultaten kunnen geven. Deze variabelen werden weinig in de dossiers benoemd, waardoor niet duidelijk is of deze weergave van resultaten representatief is voor de gehele doelgroep. Ook voor de overige onderzochte variabelen in dit onderzoek geldt dat indien deze variabelen wel aanwezig zijn, maar wanneer zij niet worden gerapporteerd, dit een vertekend beeld kan geven.

Deelvraag 4: In welke mate hangt het zelf beëindigen van de behandeling samen met risicofactoren?

Van de onderzochte (oorzakelijke) factoren blijkt dat het zelf beëindigen van de behandeling samenhangt met een leeftijd vanaf 17 jaar en een afwijkende gezinssituatie. Dit zou verklaard kunnen worden doordat deze jongeren vaak in een minder stabiele thuissituatie zitten en vaker gedragsproblemen hebben dan leeftijdsgenoten (Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies [CBGS], 2007). Hierdoor kunnen zij geneigd zijn om zelf de behandeling vroegtijdig te beëindigen. Ook de rol die ouders aannemen ten opzichte van de behandeling lijkt hierin van belang. Daarnaast werd verwacht dat leeftijd van invloed zou zijn bij de beëindigingreden, aangezien ouders bij oudere kinderen minder invloed hebben. Deze verwachting werd bevestigd in dit onderzoek.

Voor Tactus zou dit betekenen dat zij bij jongeren vanaf 17 jaar en jongeren uit een afwijkende gezinssituatie extra bewust moeten zijn bij het opvangen van signalen rondom het beëindigen van de behandeling. Het is verstandig om bij deze jongeren meer aandacht te besteden aan de relevantie van behandeling, zodat er minder kans is dat deze jongeren de behandeling vroegtijdig stoppen.

Algemene conclusie onderzoeksvraag 4

De behandelvormen die worden aangeboden bij de alcoholpoli zijn: geen vervolgenterventie, zorg volgens protocol en meer zorg volgens het protocol. De aangeboden behandelvorm sluit enkel aan bij de alcohol gerelateerde cognities. Jongeren vanaf 17 jaar en jongeren uit een afwijkende gezinssituatie beëindigen vaker zelf de behandeling.

5.5 Beantwoording onderzoeksvraag 5: In welke mate zijn de dossiers compleet en voorzien van relevante en correcte informatie om de validiteit van de onderzoeksresultaten te kunnen waarborgen?

De meeste dossiers zijn compleet en bevatten relevante informatie. Ook lijkt het erop dat de meeste informatie correct is, ondanks dat dit niet gecontroleerd kan worden. Echter is de informatieverzameling tijdens de behandeling erg afhankelijk van vele factoren. Iedere hulpverlener heeft een eigen werkwijze tijdens het gesprek waardoor bepaalde informatie in grote of mindere mate nagevraagd wordt en wordt gerapporteerd.

Dat enkele dossiers niet compleet zijn, kan te maken hebben met tijdgebrek van de hulpverlener waardoor enkel de grote lijnen van het gesprek gerapporteerd worden. Dit leidt tot een dossier met nietszeggende informatie, waar weinig gecodeerd kan worden. Ook als er (oorzakelijke) factoren of andere alcohol gerelateerde karakteristieken door de hulpverlener zijn nagevraagd, maar niet zijn gerapporteerd kan dit vervolgens niet worden gecodeerd. Mocht hier in de dossiers sprake van zijn geweest, dan zouden de resultaten van het onderzoek mogelijk een vertekend beeld kunnen geven van de werkelijke resultaten. Het voordeel van de beperkte tijd tijdens het gesprek zorgt er wel voor dat enkel de relevante gegevens nagevraagd worden. Nagenoeg alle informatie die in het dossier gerapporteerd werd is gebruikt voor het coderen.

Het is niet opvallend dat sommige dossiers incompleet zijn. Dit is niet alleen in Nederland het geval maar ook in overige landen (World Health Organization [WHO], 2006). Vaak zijn medische dossiers slecht gedocumenteerd, waardoor het coderen van dossiers ook van slechte kwaliteit is (WHO, 2006). Het compleet rapporteren in dossiers is echter wel een belangrijk aspect voor het bepalen van de effectiviteit, kwaliteit en als onderbouwing voor de geldstroom. Er zou dus wel meer tijd en aandacht besteedt mogen worden aan de kwaliteit van een medisch dossier (WHO, 2006). Daarnaast bestaan ook voor het coderen van medische dossiers geen algemene regels (Szymkowiak & Jankowska, 2009). Echter wordt er wel door Szymkowiak et al. (2009) geadviseerd om alle informatie uit de dossiers naar een homogene vorm te zetten en gebruik te maken van een matrix met “zero-one sequences”. In dit onderzoek is ook op deze manier gewerkt, omdat verreweg de meeste codes gecodeerd konden worden voor 0 = nee en 1 = ja. Dit is niet altijd mogelijk en er kleven ook nadelen aan. In sommige gevallen is het coderen niet zo ‘zwart-wit’ als het coderen tussen ja en nee. Een voorbeeld hierbij zijn de opvoedingsgerichte variabelen. Hierbij is het in vele gevallen niet mogelijk om te coderen als wel/geen risicofactor, maar is een tussencategorie van neutraal nodig.

Tot slot dient ook altijd het toestemmingsverklaring en AUDIT-formulier ingescand te worden in het dossier, wat nu in de meeste dossiers niet gebeurt. De reden dat het percentage ingevulde toestemmingsverklaringen in Twente vele malen hoger ligt (63% versus maximaal 22% in Zwolle) ligt in het beleid. Er is een secretaresse die ondersteuning biedt door te zorgen voor het inscannen en toevoegen van het ingevulde toestemmingsformulier aan het dossier. De verantwoordelijkheid van het invullen van het toestemmingsformulier ligt nog steeds bij de hulpverleners. Daarnaast zorgt de secretaresse bij Tactus Twente voor een tijdige administratieve afsluiting van het dossier. Indien een dossier geruime tijd open staat, maar er geen behandeling is, attendeert de secretaresse de bijbehorende hulpverlener om het dossier af te sluiten. Hierdoor komt de inschrijftijd van de jongere ook nagenoeg overeen met de tijd van behandeling. Omdat in andere regio's het afsluiten van dossiers een punt van aandacht is, zou nagedacht kunnen worden over dezelfde structuur als in Twente.

5.6 Aanbevelingen

Het is bekend dat er op de korte tot middellange termijn een bijscholing gepland staat voor de hulpverleners van de alcoholpoli, waardoor de aanbevelingen gericht zijn voor deze bijscholing.

Aanbevelingen tijdens het intakegesprek

Een aanbeveling die al meerdere malen is genoemd, meer een uitwerking vraagt is het gebruik van een nieuw formulier tijdens het intakegesprek. Het formulier kan opgebouwd worden zoals het codeerschema, waar de gegevens uit de analyse worden opgenomen. Indien dit formulier structureel wordt gebruikt, kan een vervolgonderzoek de resultaten vergelijken met huidig onderzoek. Dit formulier kan de hulpverlener tijdens het gesprek invullen en kan tevens gebruikt worden als leidraad voor het gesprek. Ook zou dit formulier in USER geïmplementeerd kunnen worden, zodat hulpverleners deze velden verplicht moeten invullen alvorens de jongere administratief te kunnen afsluiten.

Het voordeel van een nieuw formulier is dat variabelen die nu weinig in dossiers voorkomen (zoals school- en studieprestaties, herkomst van alcohol, beschikbaarheid van alcohol, gebruik alcohol op week- en weekenddagen, lichamelijke parameters, restverschijnselen, de afzonderlijke items van cognities, afzonderlijke items van opvoeding, beginleeftijd overig middelengebruik, eerdere alcoholintoxicatie, gediagnosticeerde gedragsstoornis en overig betrokkenen bij de behandeling) structureel worden nagevraagd en in ieder dossier aanwezig zijn, zodat hier middels een vervolgonderzoek betere conclusies

over getrokken kunnen worden. In sommige dossiers waar weinig gerapporteerd is, is het onduidelijk of er voldoende gescreend wordt bij de jongere. Bij het structureel navragen van gegevens en het rapporteren hiervan wordt inzichtelijk gemaakt hoe er gescreend wordt op risico. Toch is in de meeste dossiers waar een goede rapportage is gemaakt van de verzamelde gegevens voldoende gescreend op risico. Hierbij zijn veel variabelen uit het codeerschema terug te vinden, waardoor een goed beeld gevormd wordt van de jongere en zijn/haar alcoholgebruik en de bijbehorende risico's.

Door een goede screening tijdens het eerste gesprek kan de hulpverlener een goede indicatie maken van het risicovolle alcoholgebruik. Dit kan ook betekenen dat, ongeacht wat genoteerd staat in het protocol, er geen risico's aanwezig zijn en er geen nazorgtraject nodig is. Jongeren die een voor het eerst alcohol hebben gebruikt en terecht komen op de alcoholpoli (wat volgens van Hoof et al., 2010 70% van de jongeren betreft), zullen hun drinkgedrag waarschijnlijk al aanpassen zonder interventie. Hierbij hoeven per definitie niet veel risicofactoren aanwezig te zijn waardoor een nazorgtraject nodig is, wellicht is het hier overbodig. Het nooit aanbieden van een nazorgtraject, zoals Van der Lely doet, heeft niet de voorkeur. Het aanbieden van een nazorgtraject heeft een meerwaarde, maar enkel bij de jongeren die het op basis van hun risicogedrag nodig hebben. Het strekt de aanbeveling dat er per individu bekeken kan worden in hoeverre het protocol gehandhaafd dient te worden, omdat een nazorgtraject in sommige situaties overbodig is.

Administratieve aanbevelingen

Indien er daadwerkelijk een vervolgonderzoek plaatsvindt voor de alcoholpoli strekt het daarnaast ook tot aanbeveling dat door hulpverleners het aangemaakte USER-nummer voor de aangemelde jongere wordt genoteerd, zodat dit gemakkelijk te verkrijgen is voor vervolgonderzoek. Nu heeft het de hulpverleners veel tijd gekost om de jongeren van de onderzoeksperiode te achterhalen. Wanneer een lijst bijgehouden wordt met aanmelddatum en USER-nummer is het probleem opgelost.

Totaal aan aanbevelingen

Hieronder staan alle gemaakte aanbevelingen op een rij. Ook de eerder genoemde aanbevelingen bij de beantwoording van de onderzoeksvragen worden benoemd.

- Het protocol moet gehanteerd worden. Het AUDIT-formulier en het toestemmingsformulier moeten ingevuld en ingescand worden in het dossier. De ingevulde papieren versie dient hierna vernietigd te worden vanwege privacy redenen.

- Nieuw formulier handhaven tijdens intakegesprek voor verzameling van alle relevante gegevens. Indien gegevens zijn nagevraagd dient dit altijd in het dossier vermeld te worden (ook bij afwezigheid), bijvoorbeeld: “er is geen sprake van drugsgebruik”.
- Lijst bijhouden van USER-nummers van alle jongeren die aangemeld worden.
- Signaal afgeven naar de horeca als blijkt dat de legale beschikbaarheid een rol speelt.
- Signaal naar omgeving afgeven als blijkt dat de omgeving het alcoholgebruik negatief beïnvloedt.
- Signaal naar gemeente afgeven wanneer het veelvuldig voorkomt dat jongeren jonger dan 16 jaar alcohol bij zich dragen dan wel drinken in het openbaar. Dit in verband met de nieuwe Drank- en Horecawet.
- Tijdens het intakegesprek in kaart brengen of het stellen van alcoholregels en de betrokkenheid een risicofactor vormt. Organiseren van voorlichtingen tijdens ouderavonden op school over de rol van ouders bij het gebruik van alcohol bij hun kinderen.
- Verminderen van de invloed vanultieme determinanten zoals genetische aanleg, geslacht en persoonlijkheidskenmerken zodat deze niet als risicofactor aanwezig zijn bij de client.

5.7. Wetenschappelijk belang en sterke punten van het onderzoek

Een sterk punt van dit onderzoek is dat er nu meer bekend is over de jongeren die worden aangemeld bij de alcoholpoli bij Tactus. Vanwege het korte bestaan van de alcoholpoli is er nog geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de verzamelde gegevens van de aangemelde jongeren. Huidig onderzoek heeft waar mogelijk gebruik gemaakt van literatuur gericht op dezelfde doelgroep. Hierbij zijn de onderzoeken gebruikt van Bouthoorn et al. (2011), Van Hoof et al. (2010) en Van der Lely et al. (2012). Echter zijn de onderzoeken van Van Hoof et al. (2010) en Van der Lely et al. (2012) beschrijvend en onderzoekt Bouthoorn et al. (2011) enkel geslachtsverschillen. Huidig onderzoek heeft de samenhang tussen veel verschillende variabelen getoetst. Dit is vernieuwend, omdat dit nog niet eerder is uitgevoerd. Dit biedt de mogelijkheid om de doelgroep van de alcoholpoli beter af te kunnen bakenen. Als bekend is hoe jongeren die vanwege hun risicovolle gedrag een grote kans hebben om bij de alcoholpoli terecht te komen zich kenmerken, kan hier met preventieactiviteiten op ingespeeld worden. Op deze manier kan het alcoholgebruik onder jongeren worden teruggebracht

voordat de jongere opgenomen wordt in het ziekenhuis. Dit scheelt zorgkosten en is hiermee goedkoper voor de maatschappij.

5.8 Limitaties van huidig onderzoek

De grootste kanttekening van het onderzoek is dat niet met zekerheid vastgesteld kan worden dat de resultaten van het onderzoek de realiteit weerspiegelen. Ten eerste wordt enkel gecodeerd wanneer gegevens expliciet in het dossier vermeld staan, waardoor bij afwezigheid van gegevens gecodeerd wordt als missing. Wellicht dat in veel gevallen de afwezigheid van gegevens ook betekent dat deze gegevens afwezig zijn (alleen niet zijn gerapporteerd). Dit zou de resultaten kunnen beïnvloeden. Het nadeel van dossieronderzoek is dat er gewerkt wordt met de gegevens die er zijn en hierdoor kan de onderzoeker geen invloed uitoefenen op de kwaliteit van de gerapporteerde gegevens.

Daarnaast is een kanttekening dat enkel de jongeren waar een behandeling tot stand is gekomen zijn meegenomen in het onderzoek. Hierbij gaat het om jongeren die in het ziekenhuis binnen worden gebracht met alcohol gerelateerd letsel of met een alcoholintoxicatie, maar waar vervolgens geen verwijzing naar Tactus heeft plaatsgevonden. Dat er geen verwijzing tot stand komt, kan komen doordat het personeel in het ziekenhuis niet doorverwijst (niet op de hoogte van het protocol en/of geen tijd om een verwijzing te maken), maar het kan ook zijn dat er geen verwijzing tot stand komt omdat de behandeling in het ziekenhuis gedaan wordt. Een andere oorzaak zou kunnen zijn jongeren of ouders de verwijzing naar Tactus hebben geweigerd en zo geen behandeling plaatsvindt.

Vanwege deze onduidelijkheid is het moeilijk te zeggen of de aanmeldingen die binnen komen bij Tactus het totaalbeeld geeft aan jongeren die met alcohol gerelateerd letsel of alcoholintoxicatie in het ziekenhuis worden opgenomen. Verwacht wordt dat hier een verschil in zit, maar hoeveel jongeren niet bij Tactus terecht komen is moeilijk te zeggen. De conclusie die hier wel uit getrokken kan worden is dat het aantal jongeren dat aangemeld wordt bij Tactus de ondergrens is van het totaal aantal jongeren dat in het ziekenhuis belandt.

Ook zouden de gegeven antwoorden van jongeren op gevoelige vragen, zoals de gedronken hoeveelheid alcohol en of er wel/niet eerder overige middelen zijn gebruikt, een onderschatting kunnen zijn. Deze onderschatting kan te maken hebben door sociaal wenselijke antwoorden omdat de ouders aanwezig zijn bij het gesprek. Jongeren zijn dan wellicht geneigd om hun middelengebruik te relativeren. Een voordeel hierin is dat bij de jongeren niet bekend is dat de gegevens gebruikt worden voor onderzoek, waardoor zij niet om deze reden hun alcoholgebruik zullen relativeren.

Ook kent de dataverzameling een kanttekening. De dataverzameling is door één onderzoeker uitgevoerd. Mogelijk zou een andere onderzoeker met behulp van het codeerschema andere codes hebben toegekend, waardoor er andere resultaten uit gekomen zouden zijn. Echter is voor deze bias zoveel mogelijk geminimaliseerd door de Cohen's Kappa te gebruiken en een deel van de dossiers met twee onderzoekers te coderen. Ook zijn alle variabelen als onafhankelijke factoren in het codeerschema gezet. Hierdoor is het niet mogelijk om clusters van risicofactoren te achterhalen. Dit zou eventueel in een vervolgonderzoek onderzocht kunnen worden.

5.9 Vervolgonderzoek

Huidig onderzoek is het eerste onderzoek dat onderzoek heeft gedaan bij de alcoholpoli bij Tactus. Het spreekt voor zich dat er vele mogelijkheden bestaan voor vervolgonderzoek. Hierbij dient de vraag gesteld te worden wat het meest relevant en noodzakelijk is om te onderzoeken. Allereerst lijkt het noodzakelijk om een vooronderzoek op te zetten voor het bepalen van de effectiviteit van de alcoholpoli. Om het effect van de behandeling van de alcoholpoli te kunnen meten kan een longitudinaal onderzoek uitgevoerd te worden. Hierbij worden de jongeren van de alcoholpoli meerdere keren gemeten gedurende een bepaalde periode. Hierbij kan gedacht worden aan drie meetmomenten: voor de behandeling (T0; nulmeting), tijdens de behandeling (T1; na 2 maanden) en na de behandeling (T2; half jaar na de behandeling). In deze studie wordt door herhaaldelijk meten van variabelen een (gedrags)verandering zichtbaar. Op deze manier wordt duidelijk welke gedragsverandering plaatsvindt bij de alcohol gerelateerde cognities. Uit het huidige onderzoek bleek immers dat de aangeboden behandelvorm verschilt bij deze cognities.

Naar aanleiding van deze effectstudie dient ook kritisch gekeken worden naar de interventie van de alcoholpoli als geheel. Indien de interventie effectief blijkt, zou het de aanbeveling hebben om de alcoholpoli meer landelijk door te voeren. Elk ziekenhuis zou dan een alcoholpoli moeten hebben, dan wel een alcoholpoli in samenwerking met een verslavingszorginstelling.

Na deze effectstudie kunnen ook kwalitatieve studies tot de mogelijkheden behoren. Hierbij kan gedacht worden om de werkwijze van de hulpverleners te evalueren (en eventuele knelpunten aan te passen) of de behandeling bij de alcoholpoli te evalueren bij de ouders en/of jongeren. Overige mogelijkheden voor vervolgonderzoek die zijn ontstaan in het huidige onderzoek zijn:

- *Hangt de hogere beginleeftijd van de jongeren bij de doelgroep samen met sociaal wenselijk antwoorden en/of het eerste gebruik van alcohol?*

In dit onderzoek is gebleken dat de doelgroep een hogere beginleeftijd van alcohol heeft (14, 9 jaar) ten opzichte van eerder uitgevoerd onderzoek onder Nederlandse jongeren (13,1 jaar). Mogelijke verklaringen hiervoor kunnen zijn het sociaal wenselijk antwoorden vanwege de aanwezigheid van ouders, maar ook door onwetendheid van de effecten van alcohol door het gebruik hiervan.

- *Hoe zien de gevolgen van het drinkgedrag van alle jongeren van de alcoholpoli eruit?*
94% van de jongeren binnen dit onderzoek is na het incident minder gaan drinken, dan wel gestopt met drinken. Van 56% van de jongeren zijn echter de gevolgen van het drinkgedrag onbekend. Dit zou met vervolgonderzoek verder onderzocht kunnen worden.

- *Hoe ziet de relatie tussen het alcoholpromillage en het schoolniveau er precies uit bij jongeren van de alcoholpoli?*

Huidig onderzoek vond tegenstrijdige resultaten voor de samenhang tussen het alcoholpromillage en het schoolniveau in vergelijking met eerdere literatuur. Indien hier vervolgonderzoek naar uitgevoerd wordt kan onderzocht worden hoe deze relatie zich precies verhoudt.

- *Is het aanbieden van een nazorgtraject altijd noodzakelijk en past het opgestelde protocol bij de doelgroep?*

In 25% van de gevallen is door de hulpverlener gekozen om af te wijken van het protocol. Gezien de professionaliteit van de hulpverleners rijst de vraag of het aanbieden van een nazorgtraject, wat volgens protocol altijd uitgevoerd moet worden, altijd noodzakelijk is voor de beste behandeling. Hier kan een vervolgonderzoek uitkomst in bieden.

- *Hoe zien de alcohol gerelateerde cognities en opvoedingsgerichte variabelen van de jongeren van de alcoholpoli eruit?*

Door geringe rapportage van de afzonderlijke items van opvoeding en cognities kan er geen conclusie getrokken worden over de afzonderlijke items. De alcohol gerelateerde cognities hangt samen met de aangeboden behandelvorm, waardoor vervolgonderzoek naar de afzonderlijke items interessant is.

- *Wat is de invloed van registratie-bias op de invloed van resultaten van een dossieronderzoek?*

Huidig onderzoek is uitgevoerd op basis van dossieronderzoek. Er is al enkele malen benoemd dat resultaten mogelijk beïnvloed zijn door onvolledig rapporteren in de dossiers. Om de invloed van de registratiebias te onderzoeken kan bepaald worden in hoeverre de behaalde resultaten een representatieve weergave zijn voor de doelgroep.

5.10 Slot

Uit het huidige onderzoek kan geconcludeerd worden dat de jongeren van de alcoholpoli in bepaalde opzichten verschillen van de Nederlandse populatie en er ook een aantal variabelen met elkaar samenhangen. Doordat er enkel gecodeerd is voor expliciete vermelding in de dossiers, kan het zijn dat de resultaten vertekend zijn door de rapportering. Door de aanbevelingen ter harte te nemen en vervolgonderzoek uit te voeren kunnen in de toekomst concretere conclusies getrokken worden over de (werkwijze binnen de) alcoholpoli.

6. Literatuur

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Bouthoorn, S.H., Hoof, van J.J., & Lely, van der N. (2011). Adolescent alcohol intoxication in Dutch hospital centers of pediatrics: characteristics and gender differences. *European Journal of Pediatrics*, 170(8), 1023-1030.
- Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS]. *Voortgezet onderwijs; deelname leerlingen naar onderwijssoort*. Verkregen op 1, februari, 2013 van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=80040NED&D1=0,3,6-8,14-15,19-21,55,57-59,61-64,69-70,72-74,76-79,84&D2=0&D3=0&D4=0-1,3-4,l&D5=l&D6=0&D7=5-7&HD=110907-0904&HDR=G4,G5,G1,G2,G3,G6&STB=T>
- Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS]. *Mannen en vrouwen in Nederland*. Verkregen op 30, januari, 2013 van <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/9A0E2D35-B9B6-4BB0-B6D5-C9727B3F0181/0/2011k1b15p37art.pdf>
- Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek [CCMO]. *Stappenplan toetsing TC*. Verkregen op 5, november, 2012 van <http://www.ccmo-online.nl/main.asp?pid=10&sid=30&ssid=51>.
- Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies [CBGS] (2007). *De impact van een (echt)scheiding op kinderen en ex-partners*. Verkregen op 15, januari, 2012 van <http://www4.vlaanderen.be/sites/svr/Publicaties/Publicaties/svr-studies/2007-03-impact-echtscheiding-web.pdf>.
- College Bescherming Persoonsgegevens [CBP] (2012). *Bewaartermijnen van persoonsgegevens in uw bestanden*. Verkregen op 23, januari, 2013 van http://www.cbppweb.nl/Pages/inf_va_bewaartermijnen.aspx.
- Courtney, K.E. & Polich, J. (2009). Binge Drinking in Young Adults: Data, Definitions, and Determinants. *Psychological Bulletin*, 135(1), 142-156.
- Donath, C., Gräßel, E., Baier, D., Pfeiffer, C., Bleich, S., & Hillemacher, T., (2012). Predictors of binge drinking in adolescents: ultimate and distal factors – a representative study. *BMC Public Health*, 12, 263-278.
- Donovan, J.E. (2004). Adolescent Alcohol Initiation: A Review of Psychosocial Risk Factors.

- Journal of Adolescent Health*, 35(6), 7-18.
- Ellickson, P.L., Tucker, J.S., & Klein, D.J. (2003). Ten-Year Prospective Study of Public Health Problems Associated with Early Drinking, *Pediatrics*, 111(5), 949-955.
- Ferriter, C. & Ray, L.A. (2011). Binge eating and binge drinking: A Integrative Review. *Eating Behaviors*, 12, 99-107.
- Gibbons, F.X., Gerrard, M., Blanton, H., & Rusell, D.W. (1998). Reasoned action and social reaction: Willingness and intention as independent predictors of health risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1164-1180.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., & Morgan, M. (2004). The ESPAD Report 2003: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe.
- Hoof, van J. J., Lely, van der N., Bouthoorn, S. H., Dalen, van W. E., & Pereira, R.R. (2011). Adolescent alcohol intoxication in the Dutch hospital departments of pediatrics; A two-year comparison study. *Journal of Adolescent Health*, 48, 212-214.
- Hoof, van J. J., Lely, van der N., Pereira, R.R., & Dalen, van W. E. (2010). Adolescent alcohol intoxication in the Dutch hospital Departments of Pediatrics, *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71, 366-372.
- Hoof, van J.J. (2010). *Sweet sixteen and Never Been Drunk? Adolescent Alcohol Use, Predictors and Consequences*. Enschede.
- IVO (2007). Het gebruik van alcohol door jongeren en de rol van ouders; Resultaten van twee metingen. Rotterdam: Vet, R. & van den Eijnden, R.
- Knibbe, R.A., Joosten, A., Choquet, M., Derickx, M., Morin, D., Monshouwer, K. (2007). Culture as an explanation for substance-related problems: A cross-national study among French and Dutch adolescents. *Social Science & Medicine*, 64: 604-616.
- Knight, J., Roberts, T, Gabrielli, J., & Hook, van S. (2009). *Adolescent alcohol and substance use and abuse*. Verkregen op 29 september, 2012 van <http://brightfutures.aap.org/pdfs/Preventive%20Services%20PDFs/Screening.PDF>.
- Kuntsche, E., Rehm, J., & Gmel, G. (2004). Characteristics of binge drinkers in Europe. *Social Science and Medicine*, 59, 113-127.
- Larsman, P., Eklof, M, & Torner, M. (2012). Adolescents' risk perceptions in relation to risk behavior with long-term health consequences; antecedents and outcomes: A literature

- review. *Safety Science*, 50, 1740-1748.
- Leather, N.C. (2009). Risk-taking behaviour in adolescence: a literature review. *Journal of Children Health Care*, 13(3), 295-304.
- Lely, van der N., Visser, de M., & Ligterink, J. (2011). *Onze kinderen en alcohol*. Amsterdam: Nieuw Amsterdam.
- Lely van der, N., Dalen, van W., Pereira, R.R., & Hoof, van J. (2012). *Alcoholintoxicaties bij jongeren in Nederland*. Verkregen op 5, september, 2012 van http://www.stap.nl/content/bestanden/alcoholintoxicaties-bij-jongeren-in-nederland-2007-2011_1.pdf.
- Loket Gezond Leven (2012). *Interventieoverzicht alcohol*. Verkregen op 24, oktober, 2012 van <http://www.loketgezondleven.nl/settings/gezonde-gemeente/alcohol/interventieoverzicht/interventieoverzicht-alcohol/>
- Nation, M., & Heflinger, C.A. (2006). Risk factors for serious alcohol and drugs use: the role of psychological variables in predicting the frequency of substance use among adolescents. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32, 415-433.
- Nederlands Signalerings Centrum Kindergeneeskunde [NSCK] (2007). Vragenlijst alcoholgerelateerde ziekenhuisopnames. Leiden.
- Overheid (2012). *Wet- en regelgeving, burgerlijk wetboek boek 7, artikel 458*. Verkregen op 23, januari 2013 van http://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/volledig/geldigheidsdatum_20-09-2012#Boek7_Titel7_Afdeling5.
- Pechansky, F., Szobot, C.M., & Scivoletto, S. (2004). Alcohol use among adolescents: concepts, epidemiological characteristics and etiopatogenic factors. *The Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 14-17.
- Petratis, J., Flay, B.R., & Miller, T.Q. (1995). Reviewing Theories of Adolescent Substance Use: Organizing Pieces in the Puzzle. *Psychological Bulletin*, 117(1), 67-86.
- Petryn, G., Zaborski, A., & Veryga, A. (2007). Risk factors for alcohol use among youth and main aspects of prevention programs. *Medicina*, 43(2), 103-109.
- Roerecke, M. & Rehm, J. (2010). Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 171(6), 633-644.
- Reinier de Graaf Groep, Partnership Vroegsignalering Alcohol, Catharina Ziekenhuis, Westfriesgasthuis, Medisch Centrum Leeuwarden, & Maxima Medisch Centrum. (2010). Protocol Voorkom alcoholische schade bij jongeren. Delft: Lely, van der N., Visser,

- van M.D.C, Blitterswijk, van A.A., Gelever- Verboom, R.M., Boersma, I.S., Pelleboer, R.A.A., . . . Elozovic, T.
- Rozin, L. & Zagonel, I.P.S. (2011). Risk factors for alcohol dependence in adolescents. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2), 314-318.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM] (2008). Spelen met gezondheid: Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd. Bilthoven: Schrijvers, C.T.M., Schoemaker C.G.
- Saraceno, L., Munafo, M., Heron, J., Craddock, N., & Bree, van den M.B.M. (2009). Genetic and non-genetic influences on the development of co-occurring alcohol problem use and internalizing symptomatology in adolescence: a review. *Addiction*, 104, 1100-1121.
- Schulte, M.T., Ramo, D., & Brown, S.A. (2009). Gender Differences in Factors Influencing Alcohol Use and Drinking Progression Among Adolescents. *Clinical Psychological Review*, 29(6), 535-547.
- Segal, B.M., & Stewart, J.C. (1996). Substance Use and Abuse in Adolescence: An Overview. *Child Psychiatry and Human Development*, 26(4), 193- 210.
- Snoek, A., Wits, E., van der Stel, J., & Mheen, van de D. (2010). *Kwetsbare Groepen. Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik. Visie en interventiematrix*. IVO.
- Sundell, L., Salomaa, V., Vartiainen, E., Poikolainen, K., & Laatikainen, T. (2008). Increased stroke risk is related to a binge-drinking habit. *Stroke*, 39(12), 3179-3184.
- Szymkowiak, M., & Jankowska, B. (2009). Discovering medical knowledge from Data in Patients Files, *Springer-Verlag Berlin*, 128-139.
- Tactus Verslavingszorg (2009). *Werkblad beschrijving interventie Alcoholpoli*. Deventer.
- Tactus Verslavingszorg (2011). Tactsheet Alcoholpoli 2010. Deventer.
- Tactus Verslavingszorg (2012a). Tactsheet Alcoholpoli 2011. Deventer.
- Tactus Verslavingszorg (2012b). *Draaiboek alcoholpoli*. Deventer.
- Tapert, S.F., Caldwell, L., & Burke, C. (2004). Alcohol and the Adolescent Brain – Human Studies. *Alcohol Research & Health*, 28(4), 205-212.
- Trimbos Instituut (2010a). Nationale Drugs Monitor. Utrecht: van Laar M.W.
- Trimbos Instituut (2010b). Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder jongeren. Utrecht: van Hasselt, N.
- Trimbos Instituut (2010c). Gezondheid, welzijn, en opvoeding van jongeren in Nederland. Utrecht: Dorsselear, van S., Looze, de M., Vermeulen-Smit, E, Roos, de S,

- Verdurmen, J., Bogt, ter T., & Vollebergh, W.
- Trimbos Instituut (2011). Jeugd en riskant gedrag 2011: kerngegevens uit het peilstationsonderzoek scholieren. Utrecht: Verdurmen, J.E.E., Monshouwer, K., Dorsselaer, van S.A.F.M., Lokman, S., Vermeulen-Smit, E., & Vollebergh, W.A.M.
- Trimbos Instituut (2012a). Ouders over opvoeding ten aanzien van roken, alcohol, cannabis en internet 2011. Utrecht: Verdurmen, J.E.E., Vermeulen-Smit, E., Dorsselaer, van S.A.F.M., Monshouwer, K., Schulten, I.
- Trimbos Instituut (2012b). *Standaardglazen*. Verkregen op 9, februari, 2013 van <http://www.alcoholinfo.nl/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=71>
- Velleman, R.D.B., Templeton, L.J., & Copello, A.G. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and Alcohol Review*, 24, 93-109.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS] (2012). Handreiking Drank en Horecawet voor gemeenten. Verkregen op 7, februari, 2013 van <http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/brochures/2012/08/16/handreiking-drank-en-horecawet-voor-gemeenten/handreiking-gemeenten.pdf>
- World Health Organization [WHO] (2006). Medical Records Manual; a guide for Developing Countries. Geneva: Watson, P.J.

Bijlage 1: Codeerschema

Categorie A: Algemeen en demografie

Item	Toelichting (sub)items	Codering
A1: Leeftijd	Leeftijd van de cliënt bij de start van de behandeling. <i>Dit wordt bepaald door het verschil te nemen tussen de geboortedatum en datum van de start van de behandeling</i>	 jaar
A2: Geslacht	Welk geslacht heeft de cliënt?	1 = meisje 2 = jongen
A3: Woongemeente	In welke gemeente is de cliënt woonachtig?	1 = Enschede 2 = Hengelo 3 = Almelo 4 = Zutphen 5 = Apeldoorn 6 = Deventer 7 = Lelystad 8 = Almere 9 = Zwolle 10 = Harderwijk 11 = Oldenzaal 12 = Anders
A4: Opleidingsniveau	Wat is het huidige opleidingsniveau?	0 = geen 1 = basisonderwijs 2 = speciaal onderwijs 3 = VMBO/MAVO 4 = HAVO 5 = VWO 6 = MBO 7 = HBO 8 = Universiteit 9 = Werk 10 = anders
A5: School-/studieprestaties	Wat zijn de school- en studieprestaties?	1 = nominaal 2 = gedoubleerd 3 = meervoudig gedoubleerd 4 = drop-out 5 = geschorst 6 = overig
A6: Gezinssituatie	In welke gezinssituatie leeft de cliënt?	1 = eigen (biologische) ouders 2 = 1-ouder gezin met moeder 3 = 1-ouder gezin met vader 4 = (biologische)

		moeder met partner 5 = (biologische) vader met partner 6 = zonder eigen ouders 7 = zelfstandig 8 = anders
A7: Gezinspositie	7.1 Heeft de cliënt broers/zussen? <i>Hieronder vallen ook stiefbroer(s) en zus(sen). Ook indien de cliënt zelfstandig woont, worden broer(s) en zus(sen) ingevuld</i> 7.2 Zoja, hoeveel broer(s) en/of zus(sen) heeft de cliënt?	0 = nee 1 = ja, oudere broer(s) en/of zus(sen) (jongste) 2 = ja, jongere broer(s) en/of zus(sen) (oudste) 3 = ja, zowel jongere als oudere broer(s) en/of zus(sen) (middelste) 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 99 = nvt
A8: Culturele achtergrond	Wat is de culturele achtergrond van de cliënt? <i>De culturele achtergrond wordt bepaald door het geboorteland van de cliënt, geboorteland vader en geboorteland moeder</i> 8.1 Wat is het geboorteland van de cliënt? 8.2 Wat is het geboorteland van de (biologische) moeder? 8.3 Wat is het geboorteland van de (biologische) vader?	0 = onbekend 1 = Nederland 2 = Marokko 3 = Suriname 4 = Antillen 5 = Turkije 6 = anders 0 = onbekend 1 = Nederland 2 = Marokko 3 = Suriname 4 = Antillen 5 = Turkije 6 = anders 0 = onbekend 1 = Nederland

		2 = Marokko 3 = Suriname 4 = Antillen 5 = Turkije 6 = anders
A9: Religie	Tot welke religie/geloofsovertuiging behoort de cliënt? <i>De geloofsovertuiging dient als zodanig vermeldt te worden in de tekst en mag niet afgeleid worden van de culturele achtergrond</i>	1 = Rooms Katholiek 2 = Pr. Christelijk 3 = Joods 4 = Moslim 5 = Hindoe 6 = Boeddhist 7 = Geen 8 = anders
A10: Aantal kinderen van cliënt	Hoeveel kinderen heeft de cliënt?	0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5
A11: Regio	In welke regio is de client aangemeld?	1 = Twente 2 = Stedendriehoek 3 = Zwolle en omgeving 4 = Flevoland

Categorie B: Incident

Items	Toelichting (sub)items	Codering
B1: Alcoholpromillage	Wat is het gemeten alcoholpromillage?	 %
B2: Hoeveelheid alcohol	Hoeveel glazen heeft de cliënt naar eigen zeggen gedronken? <i>Het aantal aangegeven glazen van de cliënt wordt omgerekend naar het aantal standaardglazen.</i>	... glazen 99= weet het niet meer
B3: Soort alcohol	Welk soort alcohol is er gedronken? B3.1 Is er bier gedronken? B3.2 Is er bier (overig) gedronken? B3.3 Is er wijn gedronken? B3.4 Is er wijn (overig) gedronken? B3.5 Is er likeur (<15%) gedronken? B3.6 Is er likeur (15-25%) gedronken? B3.7 Is er likeur (>25%) gedronken? B3.8 Is er sterke drank gedronken? B3.9 Is er een mixdrank uit een blik of flesje gedronken? B3.10 Is er een mixdrank gedronken die thuis en/of in de horeca gemixt is? B3.11 Zijn er overige alcoholische dranken gedronken?	 0= nee, 1 = ja, 99 = onbekend 0= nee, 1 = ja, 99 = onbekend 0= nee, 1 = ja, 99 = onbekend 0= nee, 1 = ja, 99 = onbekend 0= nee, 1 = ja, 99 = onbekend 0= nee, 1 = ja, 99 = onbekend 0= nee, 1 = ja, 99 = onbekend 0= nee, 1 = ja, 99 = onbekend 0= nee, 1 = ja, 99 = onbekend 0= nee, 1 = ja, 99 = onbekend 0= nee, 1 = ja, 99 = onbekend 0= nee, 1 = ja, 99 = onbekend
B4: Locatie alcoholgebruik	Op welke locatie(s) is alcohol genuttigd? <i>Meerdere antwoorden mogelijk, er worden maximaal drie locaties genoemd (antwoorden worden op basis van volgorde van benoeming in dossier gecodeerd)</i> B4.1 Wat is de eerst genoemde locatie?	 1 = ouderlijk huis 2 = zelfstandig huis 3 = thuis bij derden

	B4.2 Wat is de tweede genoemde locatie? B4.3 Wat is de derde genoemde locatie?	4 = op straat 5 = op het werk 6 = op school(feest) 7 = openbare gelegenheid (kantine) 8 = commerciële gelegenheid (horeca) 9 = vakantieadres 10= feest overig 11 = overig
B5: Herkomst alcohol	Hoe is de cliënt aan de alcohol gekomen? <i>Meerdere antwoorden mogelijk, er worden maximaal drie bronnen genoemd (antwoorden worden op basis van volgorde van benoeming in dossier gecodeerd)</i> B5.1 Wat is de eerst genoemde herkomst? B5.2 Wat is de tweede genoemde herkomst? B5.3 Wat is de derde genoemde herkomst?	1 = thuis 2 = via vrienden 3 = supermarkt 4 = slijterij 5= horeca 6 = anders
B6: Aanwezigen bij alcoholinname	Was er iemand aanwezig bij de alcoholinname van de cliënt, zoja wie? <i>Er zijn meerdere antwoorden mogelijk, er worden maximaal drie aanwezigen genoemd (antwoorden worden op basis van volgorde van benoeming in dossier gecodeerd)</i> B6.1 Wie is de eerst genoemde aanwezige bij alcoholinname? B6.2 Wie is de tweede genoemde aanwezige bij alcoholinname? B6.3 Wie is de derde genoemde aanwezige bij alcoholinname?	0 = niemand 1 = vrienden 2 = ouders 3 = overige gezins-/familieleden 4 = onbekenden 5 = anders

B7: Beschikbaarheid alcohol	Speelt beschikbaarheid van alcohol een rol? B7.1 Is er sprake van economische beschikbaarheid? <i>Er is sprake van economische beschikbaarheid als de cliënt aangeeft dat (lage) prijzen van alcohol een rol spelen om alcohol te kopen.</i> B7.2 Is er sprake van fysieke beschikbaarheid? <i>Er is sprake van fysieke beschikbaarheid als alcohol makkelijk verkrijgbaar is en/of door ruime openingstijden van alcoholverkopende zaken.</i> B7.3 Is er sprake van legale beschikbaarheid? <i>Legale beschikbaarheid omvat het kopen van alcohol bij door jongeren jonger dan 16 jaar.</i> B7.4 Is er sprake van sociale beschikbaarheid? <i>Bij de sociale context is alcohol verkregen door ouders, vrienden en/of kennissen (sociale context).</i>	0 = nee, 1 = ja 0 = nee, 1 = ja 0 = nee, 1 = ja 0 = nee, 1 = ja
B8: Overig middelengebruik	B8.1 Is er sprake van gecombineerd middelengebruik bij dit incident? Zoja, van welk middel? B8.2 Is er sprake van cannabisgebruik? B8.3 Is er sprake van cocaïnegebruik? B8.4 Is er sprake van amfetamine/speed?	0 = nee, 1 = ja 0 = nee, 1= ja, 99=nvt 0 = nee, 1= ja, 99=nvt 0 = nee, 1= ja, 99=nvt

	B8.5 Is er sprake van paddenstoelen? B8.6 Is er sprake van XTC? B8.7 Is er sprake van GHB? B8.8 Is er sprake van overig middelengebruik? B8.9 Hoe is dit middelengebruik vastgesteld?	0 = nee, 1= ja, 99=nvt 0 = nee, 1= ja, 99=nvt 0 = nee, 1= ja, 99=nvt 0 = nee, 1= ja, 99=nvt 0 = geen sprake van overig middelengebruik 1 = zelfrapportage 2 = inschatting arts 3 = rapportage derden 4 = laboratorium /urine 5 = anders
B9: Verwijzende instelling	Van welke instelling/ziekenhuis is de verwijsbrief ontvangen?	1 = Medisch Spectrum Twente 2 = Ziekenhuis Groep Twente 3 = Huisartsenpost Almelo 4 = Gelre Zutphen 5 = Gelre Apeldoorn 6 = Deventer Ziekenhuis 7 = MC Zuiderzee ziekenhuis Lelystad 8 = Flevoziekenhuis Almere 9 = Isala Klinieken Zwolle 10 = Ropke-Zweers Ziekenhuis Hardenberg 11 = Huisartsenpost Hardenberg 12 = St. Jansdal Ziekenhuis Harderwijk 13 = Antonius Ziekenhuis Sneek 14 = HALT 15 = Sophia Ziekenhuis 16 = LSG Rentray
B10: Cliënt verwezen door	Door wie is de cliënt verwezen naar Tactus?	1= kinderarts 2= SEH 3 = huisartsenpost 4 = anders
B11: Gebracht naar ziekenhuis	Door wie is de cliënt gebracht naar het ziekenhuis en/of de SEH?	1 = niemand, zelf gekomen 2 = niemand, gebracht door de ambulance 3 = door vrienden 4 = door ouders 5 = door overige gezins-/familieleden

		6 = door onbekenden 7 = anders
B12: Hoofddiagnose	Met welke reden is de cliënt naar een arts gebracht?	1 = verminderd bewustzijn 2 = alcoholintoxicatie 3 = verkeersongeval 4 = ander ongeval 5 = agressie/geweld 6 = suïcidale poging 7 = cannabis-intoxicatie 8 = Multi-intoxicatie 9 = raar gevoel 10 = combinatie van alcohol en medicatie 11 = combinatie van alcohol en een ongeval
B13: Bloeddruk	Wat is de gemeten bloeddruk?	Onderdruk / bovendruk
B14: Pols	Wat is de polsslag?	
B15: Temperatuur	Wat is de gemeten temperatuur (in °C) bij binnenkomst?	 °C
B16: Glucose	Wat is de glucosewaarde (mmol/l)?	... mmol/l
B17: Cannaboiden	Is er cannabis gebruikt?	0 = nee 1 = ja
B18: Opiaten	Zijn er opiaten gebruikt?	0 = nee 1 = ja
B19: Cocaïne	Is er cocaïne gebruikt?	0 = nee 1 = ja
B20: Methadon	Is er methadon gebruikt?	0 = nee 1 = ja
B21: Amfetamine	Zijn er amfetaminen gebruikt?	0 = nee 1 = ja
B22: Infuus aangebracht	Is er een infuus aangebracht?	0 = nee 1 = ja
B23: Restverschijnselen	Heeft de cliënt restverschijnselen aan het incident overgehouden? <i>De nasleep die het incident op de cliënt heeft gehad. Dit kunnen verschijnselen op lichamelijk, sociaal en/of persoonlijk vlak.</i>	0 = nee 1 = ja, een schaamtegevoel 2 = ja, spijt 3 = ja, ziek gevoeld 4 = ja, schaafwonden en blauwe plekken 5 = ja, kan zich weinig herinneren 6 = ja, geestelijk in de war 7 = ja, hersenschudding

Categorie C: Achtergrondinformatie middelengebruik en omgeving

Items	Toelichting (sub)items	Codering
C1: Begin alcoholgebruik	Wat is de beginleeftijd van alcohol <i>De leeftijd afgerond op hele levensjaren.</i>	 jaar
C2: Alcoholgebruik afgelopen maanden	C2.1 Hoeveel (standaard)glazen worden er gemiddeld per week door de cliënt geconsumeerd? C2.2 Hoeveel glazen worden er gemiddeld op een weekdag door de cliënt geconsumeerd? C2.3 Op hoeveel weekdagen wordt er gemiddeld alcohol geconsumeerd? C2.4 Hoeveel glazen worden er gemiddeld op een weekenddag door de cliënt geconsumeerd? C2.5 Op hoeveel weekenddagen wordt er alcohol geconsumeerd? <i>Weekdagen omvat maandag tot en met donderdag, weekenddagen van vrijdag tot en met zondag</i>	.. glazen .. glazen ... dagen . glazen op weekenddagen dagen
C3: Eerder overig middelengebruik	C3.1 Heeft de cliënt eerder middelen (anders dan alcohol) gebruikt? C3.2 Heeft de cliënt eerder cannabis gebruikt? C3.3 Heeft de cliënt eerder cocaïne gebruikt? C3.4 Heeft de cliënt eerder amfetamine/speed gebruikt? C3.5 Heeft de cliënt eerder paddenstoelen gebruikt? C3.6 Heeft de cliënt eerder XTC gebruikt? C3.7 Heeft de cliënt eerder GHB gebruikt?	0 = nee, 1 = ja 0 = nee, 1= ja, 99=nvt 0 = nee, 1= ja, 99=nvt 0 = nee, 1= ja, 99=nvt 0 = nee, 1= ja, 99=nvt 0 = nee, 1= ja, 99=nvt 0 = nee, 1= ja, 99=nvt

	C3.8 Heeft de cliënt eerder overige middelen gebruikt?	0 = nee, 1= ja, 99=nvt
C4: Beginleeftijd overig middelengebruik	Wat was de leeftijd dat de cliënt met overig middengebruik begon?	... jaar
C5: Eerdere alcoholintoxicatie	Heeft de cliënt eerder een alcoholintoxicatie gehad?	0 = nee 1 = ja
C6: Familiair alcoholprobleem	C6.1 Is er in de familie een alcoholprobleem bekend? Zoja, wat is de relatie?	0 = nee, 1 = ja
	C6.2 Moeder(bio) heeft een alcoholprobleem	0 = nee, 1= ja, 99=nvt
	C6.3 Moeder (stief) heeft een alcoholprobleem	0 = nee, 1= ja, 99=nvt
	C6.4 Vader (bio) heeft een alcoholprobleem	0 = nee, 1= ja, 99=nvt
	C6.5 Vader (stief) heeft een alcoholprobleem	0 = nee, 1= ja, 99=nvt
	C6.6 Broers/zussen hebben een alcoholprobleem	0 = nee, 1= ja, 99=nvt
	C6.7 Overig familielid heeft een alcoholprobleem	0 = nee, 1= ja, 99=nvt
C7: Familiair drugsprobleem	C7.1 Is er in de familie een drugsprobleem bekend? Zoja, wat is de relatie?	0 = nee, 1 = ja
	C7.2 Moeder(bio) heeft een drugsprobleem	0 = nee, 1= ja, 99=nvt
	C7.3 Moeder (stief) heeft een drugsprobleem	0 = nee, 1= ja, 99=nvt
	C7.4 Vader (bio) heeft een drugsprobleem	0 = nee, 1= ja, 99=nvt
	C7.5 Vader (stief) heeft een drugsprobleem	0 = nee, 1= ja, 99=nvt
	C7.6 Broers/zussen hebben een drugsprobleem	0 = nee, 1= ja, 99=nvt
	C7.7 Overig familielid heeft een drugsprobleem	0 = nee, 1= ja, 99=nvt
C8: Familiair psychisch probleem	C8.1 Is er in de familie een psychisch probleem bekend?	0 = nee, 1 = ja

	Zoja, wat is de relatie? C8.2 Moeder(bio) heeft een psychisch probleem C8.3 Moeder (stief) heeft een psychisch probleem C8.4 Vader (bio) heeft een psychisch probleem C8.5 Vader (stief) heeft een psychisch probleem C8.6 Broers/zussen hebben een psychisch probleem C8.7 Overig familielid heeft een psychisch probleem	0 = nee, 1= ja, 99=nvt 0 = nee, 1= ja, 99=nvt 0 = nee, 1= ja, 99=nvt 0 = nee, 1= ja, 99=nvt 0 = nee, 1= ja, 99=nvt 0 = nee, 1= ja, 99=nvt
C9: Familiaire ziekte/letsel/handicap	C9.1 Is er in de familie een ziekte/letsel/handicap bekend? Zoja, wat is de relatie? C9.2 Moeder(bio) heeft een ziekte/letsel/handicap C9.3 Moeder (stief) heeft een ziekte/letsel/handicap C9.4 Vader (bio) heeft een ziekte/letsel/handicap C9.5 Vader (stief) heeft een ziekte/letsel/handicap C9.6 Broers/zussen hebben een ziekte/letsel/handicap C9.7 Overig familielid heeft een ziekte/letsel/handicap	0 = nee, 1 = ja 0 = nee, 1= ja, 99=nvt 0 = nee, 1= ja, 99=nvt 0 = nee, 1= ja, 99=nvt 0 = nee, 1= ja, 99=nvt 0 = nee, 1= ja, 99=nvt 0 = nee, 1= ja, 99=nvt
C10: Familiair crimineel gedrag	C10.1 Is er in de familie crimineel gedrag bekend? Zoja, wat is de relatie? C10.2 Moeder(bio) vertoont crimineel gedrag C10.3 Moeder (stief) vertoont crimineel gedrag	0 = nee, 1 = ja 0 = nee, 1= ja, 99=nvt 0 = nee, 1= ja, 99=nvt

	C10.4 Vader (bio) vertoont crimineel gedrag C10.5 Vader (stief) vertoont crimineel gedrag C10.6 Broers/zussen vertoont crimineel gedrag C10.7 Overig familielid vertoont crimineel gedrag	0 = nee, 1= ja, 99=nvt 0 = nee, 1= ja, 99=nvt 0 = nee, 1= ja, 99=nvt 0 = nee, 1= ja, 99=nvt
C11: Voorbeeldgedrag ouders	Laten ouders verantwoord gedrag zien ten aanzien van het alcoholgebruik? <i>De mate waarin ouders verantwoord gedrag laten zien aan de cliënt ten aanzien van het alcoholgebruik</i>	0 = neutraal 1 = niet, sprake van risicofactor 2 = in grote mate, sprake van beschermende factor
C12: Communicatie	Communiceren ouders over alcohol? <i>De mate waarin de cliënt als ouders aangeven op een prettige manier kunnen praten over alcohol en waarbij ouders dicht bij de belevingswereld van jongeren blijven, niet meteen afwijzend zijn en op een respectvolle manier reageren naar hun kind.</i>	0 = neutraal 1 = niet, sprake van risicofactor 2 = in grote mate, sprake van beschermende factor
C13: Alcoholregels	Hebben ouders regels over alcohol opgesteld? <i>De mate waarin ouders goede regels hebben opgesteld over het gebruik van alcohol.</i> <i>Goede, realistische regels zijn: tot 16 jaar geen alcohol en na 16 jaar afspreken hoeveel, hoe vaak en wat er gedronken mag worden.</i>	0 = neutraal 1 = niet, sprake van risicofactor 2 = in grote mate, sprake van beschermende factor
C14: Houding ouders tegenover alcohol	Stellen ouders zich actief op en/of hanteren ze alcoholregels? <i>De mate waarin ouders zich actief opstellen over het gebruik van alcohol bij hun kind en/of het hanteren van alcoholregels.</i>	0 = neutraal 1 = niet, sprake van risicofactor 2 = in grote mate, sprake van beschermende factor
C15: Betrokkenheid ouders	In hoeverre weten ouders hoeveel alcohol hun kind gebruikt?	0 = ouders hebben geen idee wat hun kind drinkt 1 = ouders weten precies

		hoeveel hun kind drinkt 2 = ouders weten ongeveer hoeveel hun kind drinkt 3 = ouders denken dat hun kind minder drinkt 4 = ouders denken dat hun kind meer drinkt
C16: Alcoholgebruik onder vrienden	Gebruiken vrienden onverantwoord alcohol? <i>De mate waarin vrienden verantwoord gedrag laten zien aan de cliënt ten aanzien van het alcoholgebruik</i>	0 = neutraal 1 = niet, sprake van risicofactor 2 = in grote mate, sprake van beschermende factor

Categorie D: Administratieve behandelingsvariabelen en variabelen voor behandelplan

Items	Toelichting (sub)items	Codering
D1: Inschrijving	Hoe vaak (eerder) is de cliënt bij Tactus aangemeld? <i>Dit omvat alle eerdere behandelingen bij Tactus, dus niet specifiek voor de alcoholpoli.</i>	1 = eerste aanmelding 2 = tweede aanmelding 3 = derde aanmelding 4 = vierde aanmelding
D2: Start behandeling	Datum waarop de behandeling gestart is	Datum
D3: Eind behandeling	Datum waarop de behandeling beëindigd is	Datum
D4: Reden beëindiging behandeling	D4.1 Wat is de reden dat de behandeling volgens protocol? D4.2 Wat is de reden dat de behandeling van de vervolginterventie beëindigd is?	1 = regulier volgens planning 2 = eenzijdige beëindiging van cliënt 3 = behandeling elders 4 = niet komen opdagen 5 = wederzijds overleg 1 = regulier volgens planning 2 = eenzijdige beëindiging van cliënt 3 = behandeling elders 4 = niet komen opdagen 5 = wederzijds overleg
D5: Toestemmingsverklaring	Is de toestemmingsverklaring ondertekend?	0 = nee 1 = ja, alleen door ouder(s) 2 = ja, alleen door jongere 3 = ja, door zowel jongere als ouder(s) 4 = ja, onbekend door wie
D6: Overig betrokkenen	Welke disciplines zijn nog meer betrokken bij de behandeling?	0 = niemand 1 = kinderarts 2 = psycholoog 3 = andere specialist 4 = GGZ 5 = (bureau) jeugdzorg 6 = psychiater 7 = Alcoholt 8 = andere verslavingszorg instelling 9 = Psychiatrische instelling 10 = Jeugdhulp 11 = (school)maatschappelijk werk 12 = anders
D7: Gevolgen incident	Wat heeft het incident voor impact gehad op het alcoholgebruik van de cliënt?	0 = onveranderd 1 = drinkt minder 2 = is gestopt 3 = drinkt meer
D8: Vervolginterventie	D10.1 Is er bij de cliënt een	0 = nee, 1 = ja

	intakegesprek uitgevoerd? D10.2 Zoja, is er aan de cliënt een vervolginterventie aangeboden? D10.3 Betrof de vervolginterventie een telefoongesprek? D10.4 Is deze vervolginterventie ook naar behoren uitgevoerd? D10.5 Betrof de vervolginterventie een individueel contact? D10.6 Is deze vervolginterventie ook naar behoren uitgevoerd? D10.7 Wat voor overige vervolginterventie is aangeboden? D10.8 Wat was de intensiteit van de vervolginterventie? D10.9 Is deze ook naar behoren uitgevoerd?	0 = nee, 1 = ja 0 = nee 1 = ja 1 gesprek 2 = ja, meerdere gesprekken 0 = nee, 1 = ja, 99 = nvt 0 = nee 1 = ja 1 gesprek 2 = ja, meerdere gesprekken 0 = nee, 1 = ja, 99 = nvt 0 = geen overige vervolginterventie 1 = niet bekend 2 = urine onderzoek 3 = My Mind 4 = Mediant 5 = Voorlichting 6 = (leefstijl) training 1 = eenmalig 2 = meerdere keren 99 = niet van toepassing 0 = nee, 1 = ja, 99 = nvt
D9: Gedrag- ontwikkelingsstoornis	D11. 1 Is er bij de cliënt een gedrag- en/of ontwikkelingsstoornis gediagnosticeerd? <i>Er dient in het dossier expliciet vermeld te worden dat het om een gediagnosticeerde gedragsstoornis gaat</i> D11.2 Is er bij de cliënt ADHD gediagnosticeerd?	0= nee, 1 = ja 0= nee, 1 = ja

	D11.3 Is er bij de cliënt PDDNOS gediagnosticeerd?	0= nee, 1 = ja
	D11.4 Is er bij de cliënt dyslexie gediagnosticeerd?	0= nee, 1 = ja
	D11.5 Is er bij de cliënt ODD gediagnosticeerd?	0= nee, 1 = ja
	D11.6 Is er bij de client CD gediagnosticeerd?	0= nee, 1 = ja
	D11.7 Is er bij de cliënt een overige gedrag- en/of ontwikkelingsstoornis gediagnosticeerd?	0= nee, 1 = ja
<i>Subcategorie AUDIT</i>		
D10: AUDIT vraag 1	Hoe vaak wordt alcohol gebruikt? <i>Wordt alleen gescoord indien het ingevulde screeningsformulier is opgenomen in het dossier</i>	0 = nooit 1 = maandelijks of minder 2 = 2-3 keer per maand 3 = 2-3 keer per week 4 = 4 keer of vaker per week
D11: AUDIT vraag 2	Hoeveel alcohol wordt gemiddeld gebruikt per keer? <i>Wordt alleen gescoord indien het ingevulde screeningsformulier is opgenomen in het dossier</i>	0 = 1-2 glazen 1 = 3-4 glazen 2 = 5-6 glazen 3 = 7-9 glazen 4 = 10 of meer glazen
D12: AUDIT vraag 3	(jonger dan 18) Hoe vaak wordt meer als drie (meisjes) of meer als vijf (jongens) glazen gedronken? (ouder dan 18) Hoe vaak wordt er meer dan 6 glazen per gelegenheid gedronken? <i>Wordt alleen gescoord indien het ingevulde screeningsformulier is opgenomen in het dossier</i>	0 = nooit 1 = minder dan 1 keer per maand 2 = maandelijks 3 = wekelijks 4 = (bijna) dagelijks

D13: AUDIT vraag 4	Hoe vaak kon er na het beginnen van alcohol niet meer gestopt worden? <i>Wordt alleen gescoord indien het ingevulde screeningsformulier is opgenomen in het dossier</i>	0 = nooit 1 = minder dan 1 keer per maand 2 = maandelijks 3 = wekelijks 4 = (bijna) dagelijks
D14: AUDIT vraag 5	Hoe vaak is in het afgelopen jaar iets blijven liggen vanwege het alcoholgebruik? <i>Wordt alleen gescoord indien het ingevulde screeningsformulier is opgenomen in het dossier</i>	0 = nooit 1 = minder dan 1 keer per maand 2 = maandelijks 3 = wekelijks 4 = (bijna) dagelijks
D15: AUDIT vraag 6	Hoe vaak was er alcohol nodig om de dag mee te beginnen? <i>Wordt alleen gescoord indien het ingevulde screeningsformulier is opgenomen in het dossier</i>	0 = nooit 1 = minder dan 1 keer per maand 2 = maandelijks 3 = wekelijks 4 = (bijna) dagelijks
D16: AUDIT vraag 7	Hoe vaak heeft de cliënt zich schuldig gevoeld na het gebruik van alcohol? <i>Wordt alleen gescoord indien het ingevulde screeningsformulier is opgenomen in het dossier</i>	0 = nooit 1 = minder dan 1 keer per maand 2 = maandelijks 3 = wekelijks 4 = (bijna) dagelijks
D17: AUDIT vraag 8	Hoe vaak dingen heeft de cliënt dingen niet meer kunnen herinneren na het gebruik van alcohol? <i>Wordt alleen gescoord indien het ingevulde screeningsformulier is opgenomen in het dossier</i>	0 = nooit 1 = minder dan 1 keer per maand 2 = maandelijks 3 = wekelijks 4 = (bijna) dagelijks
D18: AUDIT vraag 9	Is er wel eens iemand gewond geraakt vanwege het alcoholgebruik van de cliënt? <i>Wordt alleen gescoord indien het ingevulde screeningsformulier is opgenomen in het dossier</i>	0 = nee 2 = ja, maar niet in het afgelopen jaar 4 = ja, in het afgelopen jaar
D19: AUDIT vraag 10	Heeft een familielid, vriend of huisarts gezegd zich zorgen te maken? <i>Wordt alleen gescoord indien het ingevulde screeningsformulier is opgenomen in het dossier</i>	0 = nee 2 = ja, maar niet in het afgelopen jaar 4 = ja, in het afgelopen jaar

D20: Totaalscore AUDIT	Wat is de totaalscore van de cliënt op de screeningslijst? <i>Wordt alleen gescoord indien het ingevulde screeningsformulier is opgenomen in het dossier</i>	 Punten
------------------------	---	-------------

<i>Subcategorie Cognities</i>	<i>Er wordt alleen gescoord indien cognities voor het incident beschreven bestaan</i>	
D21: Attitude	Speelt de attitude een rol bij het gebruik van alcohol? <i>De attitude is de mate waarin opvattingen/houding van de cliënt over alcohol invloed hebben op riskant alcoholgebruik</i>	0 = neutraal 1 = niet, sprake van een risicofactor 2 = in grote mate, sprake van een beschermende factor
D22: Kennis	Speelt de kennis een rol bij het gebruik van alcohol? <i>De mate waarin kennis van de cliënt invloed heeft op het minder gebruiken van alcohol.</i>	0 = neutraal 1 = niet, sprake van een risicofactor 2 = in grote mate, sprake van een beschermende factor
D23: Waargenomen vatbaarheid	Speelt de waargenomen vatbaarheid een rol bij het gebruik van alcohol? <i>De mate waarin de cliënt gelooft dat zijn/haar riskant alcoholgebruik geen risico is op herhaling van het incident</i>	0 = neutraal 1 = niet, sprake van een risicofactor 2 = in grote mate, sprake van een beschermende factor
D24: Ervaren ernst	Speelt de ervaren ernst een rol bij het gebruik van alcohol? <i>De mate waarin de cliënt opvattingen heeft dat (overmatig) alcoholgebruik serieuze gevolgen kan hebben</i>	0 = neutraal 1 = niet, sprake van een risicofactor 2 = in grote mate, sprake van een beschermende factor
D25: Onrealistisch optimisme	Speelt het onrealistisch optimisme een rol bij het gebruik van alcohol? <i>De mate waarin de cliënt gelooft dat het risico op een alcoholintoxicatie bij hem/haar groot is en/of dat het alcoholgebruik bij hem/haar</i>	0 = neutraal 1 = niet, sprake van een risicofactor 2 = in grote mate, sprake van een beschermende factor

	<i>schadelijke gevolgen kan hebben</i>	
D26: Positieve verwachtingen	Spelen positieve verwachtingen een rol bij het gebruik van alcohol? <i>De mate waarin de cliënt verwacht dat alcohol meer positieve effecten zal hebben dan negatieve effecten</i>	0 = neutraal 1 = niet, sprake van een risicofactor 2 = in grote mate, sprake van een beschermende factor
D27: Sociale facilitatie	Speelt sociale facilitatie een rol bij het gebruik van alcohol? <i>De cliënt laat zich niet beïnvloeden door anderen door gedrag te vertonen dat niet gangbaar is</i>	0 = neutraal 1 = niet, sprake van een risicofactor 2 = in grote mate, sprake van een beschermende factor
D28: Sociale druk / refusal self-efficacy	Speelt de sociale druk een rol bij het gebruik van alcohol? <i>De mate waarin de cliënt weerstand durft te bieden aan anderen door keuzes te maken waar hij/zij zelf achter staat wat betreft het alcoholgebruik</i>	0 = neutraal 1 = niet, sprake van een risicofactor 2 = in grote mate, sprake van een beschermende factor

Bijlage 2: Cohen's Kappa

In Tabel 24 worden de Kappa's genoemd van alle items en subitems. Kappa's lager dan 0.6 zijn opnieuw beoordeeld door beide onderzoekers tot er een eenduidige codering tot stand is gekomen.

Tabel 24

Cohen Kappa's van alle items en subitems

Items/subitems	Kappa
<u>A: Algemeen en demografie</u>	
A1: Leeftijd	1
A2: Geslacht	1
A3: Woongemeente	1
A4: Opleidingsniveau	1
A5: School-/studieprestaties	1
A6: Gezinssituatie	0.55
A7.1: Gezinspositie	0.74
A7.2: Gezinspositie	1
A8.1: Culturele achtergrond	0.50
A8.2: Culturele achtergrond	1
A8.3: Culturele achtergrond	1
A9: Religie	1
A10: Aantal kinderen van cliënt	0
A11: Regio	1
<u>B: Incident</u>	
B1: Alcoholpromillage	1
B2: Hoeveelheid alcohol	1
B3.1: Soort alcohol	1
B3.2: Soort alcohol	1
B3.3: Soort alcohol	1
B3.4: Soort alcohol	1
B3.5: Soort alcohol	1
B3.6: Soort alcohol	1
B3.7: Soort alcohol	0.44
B3.8: Soort alcohol	1
B3.9: Soort alcohol	1
B3.10: Soort alcohol	1
B3.11: Soort alcohol	0.44
B4.1: Locatie alcoholgebruik	0.32
B4.2: Locatie alcoholgebruik	1
B4.3: Locatie alcoholgebruik	1
B5.1: Herkomst alcohol	0.44
B5.2: Herkomst alcohol	1
B5.3: Herkomst alcohol	1
B6.1: Aanwezig bij alcoholinname	0.17
B6.2: Aanwezig bij alcoholinname	0.55
B6.3: Aanwezig bij alcoholinname	1
B7.1: Beschikbaarheid alcohol	1
B7.2: Beschikbaarheid alcohol	1
B7.3: Beschikbaarheid alcohol	1
B7.4: Beschikbaarheid alcohol	0.67
B8.1: Overig middelengebruik	1
B8.2: Overig middelengebruik	1
B8.3: Overig middelengebruik	1

B8.4: Overig middelengebruik	1
B8.5: Overig middelengebruik	1
B8.6: Overig middelengebruik	1
B8.7: Overig middelengebruik	1
B8.8: Overig middelengebruik	1
B8.9: Overig middelengebruik	1
B9: Verwijzende instelling	1
B10: Cliënt verwezen door	0.75
B11: Gebracht naar ziekenhuis	0.86
B12: Hoofddiagnose	0.29
B13: Bloeddruk	1
B14: Pols	1
B15: Temperatuur	0
B16: Glucose	0
B17: Cannaboiden	1
B18: Opiaten	1
B19: Cocaïne	1
B20: Methadon	1
B21: Amfetamine	1
B22: Infuus aangebracht	1
B23: Restverschijnselen	0.12
<u>C: Achtergrondinformatie middelengebruik en omgeving</u>	
C1: Begin alcoholgebruik	1
C2.1: Alcoholgebruik afgelopen maanden	1
C2.2: Alcoholgebruik afgelopen maanden	1
C2.3: Alcoholgebruik afgelopen maanden	1
C2.4: Alcoholgebruik afgelopen maanden	1
C2.5: Alcoholgebruik afgelopen maanden	1
C3.1: Eerder overig middelengebruik	1
C3.2: Eerder overig middelengebruik	1
C3.3: Eerder overig middelengebruik	1
C3.4: Eerder overig middelengebruik	1
C3.5: Eerder overig middelengebruik	1
C3.6: Eerder overig middelengebruik	1
C3.7: Eerder overig middelengebruik	1
C3.8: Eerder overig middelengebruik	1
C4: Beginleeftijd overig middelengebruik	1
C5: Eerdere alcoholintoxicatie	1
C6.1: Familiair alcoholprobleem	1
C6.2: Familiair alcoholprobleem	1
C6.3: Familiair alcoholprobleem	1
C6.4: Familiair alcoholprobleem	1
C6.5: Familiair alcoholprobleem	1
C6.6: Familiair alcoholprobleem	1
C6.7: Familiair alcoholprobleem	1
C7.1: Familiair drugsprobleem	1
C7.2: Familiair drugsprobleem	1
C7.3: Familiair drugsprobleem	1
C7.4: Familiair drugsprobleem	0.44
C7.5: Familiair drugsprobleem	1
C7.6: Familiair drugsprobleem	1
C7.7: Familiair drugsprobleem	1
C8.1: Familiair psychisch probleem	1
C8.2: Familiair psychisch probleem	1
C8.3: Familiair psychisch probleem	1
C8.4: Familiair psychisch probleem	1
C8.5: Familiair psychisch probleem	1
C8.6: Familiair psychisch probleem	1

C8.7: Familiair psychisch probleem	1
C9.1: Familiaire ziekte/letsel/handicap	1
C9.2: Familiaire ziekte/letsel/handicap	1
C9.3: Familiaire ziekte/letsel/handicap	1
C9.4: Familiaire ziekte/letsel/handicap	1
C9.5: Familiaire ziekte/letsel/handicap	1
C9.6: Familiaire ziekte/letsel/handicap	1
C9.7: Familiaire ziekte/letsel/handicap	1
C10.1: Familiair crimineel gedrag	1
C10.2: Familiair crimineel gedrag	1
C10.3: Familiair crimineel gedrag	1
C10.4: Familiair crimineel gedrag	1
C10.5: Familiair crimineel gedrag	1
C10.6: Familiair crimineel gedrag	1
C10.7: Familiair crimineel gedrag	1
C11: Voorbeeldgedrag ouders	0.71
C12: Communicatie	0.25
C13: Alcoholregels	1
C14: Houding ouders tegenover alcohol	1
C15: Betrokkenheid ouders	1
C16: Alcoholgebruik onder vrienden	0.71
<u>D: Behandeling</u>	
D1: Inschrijving	1
D2: Start behandeling	1
D3: Eind behandeling	1
D4.1: Reden beëindiging behandeling	1
D4.2: Reden beëindiging behandeling	1
D5: Toestemmingsverklaring	1
D6: Overig betrokkenen	0.38
D7: Gevolgen incident	0.5
D8.1: Vervolginterventie	0.12
D8.2: Vervolginterventie	0.44
D8.3: Vervolginterventie	0.38
D8.4: Vervolginterventie	0.44
D8.5: Vervolginterventie	1
D8.6: Vervolginterventie	1
D8.7: Vervolginterventie	1
D8.8: Vervolginterventie	0.44
D8.9: Vervolginterventie	1
D9.1: Gedrag- ontwikkelingsstoornis	1
D9.2: Gedrag- ontwikkelingsstoornis	1
D9.3: Gedrag- ontwikkelingsstoornis	1
D9.4: Gedrag- ontwikkelingsstoornis	1
D9.5: Gedrag- ontwikkelingsstoornis	1
D9.6: Gedrag- ontwikkelingsstoornis	1
D9.7: Gedrag- ontwikkelingsstoornis	1
D10: AUDIT vraag 1	1
D11: AUDIT vraag 2	1
D12: AUDIT vraag 3	1
D13: AUDIT vraag 4	1
D14: AUDIT vraag 5	1
D15: AUDIT vraag 6	1
D16: AUDIT vraag 7	1
D17: AUDIT vraag 8	1
D18: AUDIT vraag 9	1
D19: AUDIT vraag 10	1
D20: Totaalscore AUDIT	1
D21: Attitude	1

D22: Kennis	1
D23: Waargenomen vatbaarheid	1
D24: Ervaren ernst	1
D25: Onrealistisch optimisme	1
D26: Positieve verwachtingen	1
D27: Sociale facilitatie	1
D28: Sociale druk	0.71