

‘Project voorkom alcoholschade bij jongeren’

Tussentijdse rapportage 2009



Reinier de Graaf Groep

Delft, 25 mei 2010

Reinier de Graaf Groep Delft

Dr. N. van der Lely, kinderarts

Drs. M.D.C. de Visser, kinder- en jeugdpsycholoog

Drs. A.A. van Blitterswijk, veldonderzoeker/ kinder- en jeugdpsycholoog

Mw. R.M. Gelevert – Verboom, projectcoördinator

Mw. I.S. Boersma, communicatieadviseur

Index

1 Toelichting op ‘Project voorkom alcoholschade bij jongeren’	6
1.1 Inleiding en achtergrond.....	6
1.1.1 Wetenschappelijke onderbouwing nazorgtraject	6
1.1.2 Onderzoeksvraag en doelstellingen.....	7
1.2 Activiteiten	8
1.3 Financiën	10
2.1 Instroom patiënten en drop-outs.....	12
2.2 Aantal patiënten in de vijf verschillende pilot ziekenhuizen	15
2.2.1 CZE	16
2.2.2 MCL	17
2.2.3 MMC-V	18
2.2.4 Westfriesgasthuis	19
2.2.5 RdGG	20
2.3 Tijdsbeloop en verwachte aantallen	21
2.4 Indicatoren.....	22
2.4.1 Procesindicatoren	22
2.4.2. Uitkomstindicator: percentage jongeren met een gedragsverandering ten aanzien van alcoholgebruik	22
2.4.2.1. Het percentage jongeren < 16 jaar dat geen alcohol meer drinkt (abstinentie)..	23
2.4.2.2. Het percentage jongeren < 16 jaar dat niet meer “binge-drinkt”	23
2.4.2.3. Het percentage jongeren ≥ 16 jaar dat niet meer “binge-drinkt”	24
2.4.2.4. Het percentage met een recidive	24
2.4.3 Uitkomstindicator: percentage ouders met een gedragsverandering ten aanzien van hanteren van alcoholspecifieke opvoedingsregels	24
2.4.4. Uitkomstindicator: percentage jongeren (en ouders /verzorgers) dat psychologisch gescreend is	25
2.4.5. Uitkomstindicator: percentage jongeren dat op indicatie neuropsychologisch gescreend is	26
2.5 Psychosociale en gezinsproblematiek bij jongeren met een alcoholintoxicatie.....	26
2.6 Ervaringen in het uitvoeren van het project en implementatie van de werkwijze	28
2.6.1 Positieve ervaringen	28
2.6.2 Negatieve ervaringen.....	29
2.6.3. Conclusies m.b.t. implementatie van de aanpak bij de pilotziekenhuizen	30
3 Conclusies en discussie	32
3.1 Toelichting op de afwijking van de verwachte aantallen	32
3.2 Doelstellingen.....	33
3.2.1. Doelstelling: Gedragsverandering bij jongeren.....	33
3.2.2. Doelstelling: Gedragsverandering bij ouders	33
3.2.3. Doelstelling: Psychodiagnostiek gericht op onderliggende psychosociale problematiek en op onderkenning van de risicofactoren betreffende schade aan het ontwikkelende brein als gevolg van alcoholmisbruik.	34
4 Aanbevelingen vervolgproject	35
5 Literatuur	36
Bijlage I. Verklaringen	37
Bijlage II. Flowchart doorverwijzing polikliniek Jeugd & Alcohol	39
Bijlage III. Flowchart verloop jongeren in het nazorgtraject	40
Bijlage IV. Intelligentie onderzoek en Cito-scores	41
Bijlage V. Bezoekenschema.....	42

Bijlage VI. Agenda's en notulen bezoeken pilotbijeenkomsten	44
Bijlage VII. Voorbeeld van de Algemene Spreadsheet.....	55
Bijlage VIII. Voorbeeld van de Spreadsheet psychologische gegevens	56
Bijlage IX. Handleiding invullen spreadsheet.....	57
Bijlage X. Protocol.....	58

Samenvatting

Alcoholintoxicatie is een groeiend probleem binnen de kindergeneeskunde. Steeds meer kinderen werden de afgelopen jaren op steeds jongere leeftijd opgenomen en met steeds hogere ethanolpromillages. In het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft is naast het aantonen van deze trend tevens als reactie hierop in 2007 een multidisciplinair nazorgtraject voor deze doelgroep ontwikkeld. Intensieve samenwerking tussen kindergeneeskunde en medische kinder- en jeugdpsychologie was het kenmerk van deze ‘vroeg interventie’. In de jaren hierop is dit nazorgtraject verder ontwikkeld met behulp van het ministerie van VWS en middels ondersteuning vanuit het PVA (Partnership Vroegsignalering Alcohol). Vanaf januari 2009 kon de opgedane kennis en kunde als project worden verspreid in 4 andere ‘pilotziekenhuizen’; verspreid over Nederland. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een geprotocolleerde aanpak, met een medisch-, een verpleegkundig/pedagogisch- en psychologisch deel, waarin het verloop van het “nazorgtraject” vanaf de opname op de spoed eisende hulp (SEH) tot het follow-up gesprek zes maanden na opname, op de polikliniek wordt beschreven. Het nazorgtraject bestaat uit een drietal fases waarbij het van belang gezien wordt dat de jongeren alle fases van het traject, zowel bij de kinderarts als de kinder- en jeugdpsycholoog, doorlopen. Indien zij op enig moment uitvallen in het traject worden zij beschouwd als drop-out. Primair doel van het nazorgtraject is het voorkomen van recidive van een alcoholintoxicatie en het onverantwoord/overmatig alcoholgebruik. Dit gezien de reeds bewezen negatieve gevolgen hiervan (schade aan het ontwikkelende brein). Het nazorgtraject beoogt een gedragsverandering ten aanzien van het alcoholgebruik van de jongeren en ten aanzien van het hanteren van alcoholspecifieke opvoedingsregels door de ouders. Daarnaast wordt gescreend op onderliggende psychische problematiek en risicofactoren. Dit rapport beschrijft de opzet, de effectiviteit en de voorlopige resultaten van het project van januari 2009 tot en met december 2009.

In 2009 zijn er 167 jongeren (jonger dan 18 jaar) opgenomen met een alcoholintoxicatie in de pilotziekenhuizen en hun regioziekenhuizen. In Nederland zijn in deze periode totaal 500 kinderen opgenomen geweest in een ziekenhuis. In 2009 hebben 39 jongeren het gehele nazorgtraject doorlopen. Dit is minder dan verwacht gezien het laat kunnen opstarten van de werkwijze in de

pilotklinieken in het land. In het project worden de jongeren 6 tot 8 maanden na de opname opgeroepen voor het follow-up gesprek en veel jongeren hadden op moment van rapporteren eind 2009 nog geen follow-up gesprek gehad.

Onder de jongeren die het gehele nazorgtraject al wel hebben doorlopen (N=39) is gemeten of het nazorgtraject effectief is geweest. Het nazorgtraject blijkt effectief in het bereiken van een gedragsverandering bij de jongeren. Ze rapporteren zelf dat ze grotendeels geen alcohol meer drinken < 16 jaar (80%), niet meer aan binge-drinking doen > 16 jaar (88,5%) en er vindt geen recidive plaats (100%). Het nazorgtraject is ook effectief in het bereiken van een gedragsverandering bij de ouders van jongeren < 16 jaar (78,6%). Het nazorgtraject is echter niet voldoende effectief genoeg in het bereiken van een gedragsverandering bij jongeren > 16 jaar(41,7%). Zij blijken moeilijker te beïnvloeden o.a. door de huidige wetgeving. Het 'drop out percentage' (28,7 %) ligt rond het tot doel gestelde verwachte percentage van slechts 25 %. Het nazorgtraject bleek ook effectief in het screenen van jongeren op psychosociale en overige problematiek en het doorverwijzen naar andere instellingen. Dit is gemeten onder alle jongeren die al bij de psycholoog voor een intakegesprek zijn geweest (N=115). Uit de resultaten bleek o.a. dat er bij 41% van de jongeren sprake is van meer onderliggende problematiek op het gebied van gedrag, school en/of gezin die doorverwijzing of kortdurende interventie noodzakelijk maakt.

De voorlopige resultaten van het project zijn veelbelovend. Het gaat echter nog maar om een kleine groep jongeren en de resultaten moeten dan ook voorzichtig geïnterpreteerd worden.

De multidisciplinaire aanpak binnen het ziekenhuis biedt, zoals verwacht, voordelen voor wat betreft laagdrempeligheid en het niet stigmatiseren voor jongeren en hun ouders. De mogelijkheden tot overleg en de korte lijnen tussen de disciplines blijken ook een belangrijk voordeel te zijn. Daarbij is de implementatie bij de ziekenhuizen soepel verlopen.

Omdat het nazorgtraject 8 maanden beslaat van het moment van opname tot het follow-up gesprek wordt verwacht dat er in september 2010 voldoende patiënten zijn die het gehele traject hebben doorlopen om de uiteindelijke analyses en resultaten te kunnen presenteren. In de periode van juli 2010 tot december 2010 zal ook fase 3 van het project worden geïnventariseerd en voorbereid om zo uiteindelijk het protocol bij alle ziekenhuizen in Nederland te kunnen implementeren.

1 Toelichting op ‘Project voorkom alcoholische schade bij jongeren’

In dit hoofdstuk wordt een toelichting gegeven op het ‘Project voorkom alcoholische schade bij jongeren’. De achtergrond van het project wordt uiteengezet. Het nazorgtraject wordt wetenschappelijk onderbouwd en de activiteiten die in het kader van het project zijn verricht worden genoemd.

1.1 Inleiding en achtergrond

Alcoholintoxicatie is een groeiend probleem binnen de kindergeneeskunde. Patiënten met een alcoholintoxicatie zijn in de afgelopen jaren op steeds jongere leeftijd opgenomen met een gemiddelde leeftijd van momenteel 15,0 jaar^{1,2}, het jongste kind was 12,8 jaar. Het gemiddelde ethanolpromillage bij opname is gestegen tot 1,9 ‰ waarbij men gemiddeld drie uur in coma was. De groep opgenomen jongeren is een demografische afspiegeling van de algemene Nederlandse bevolking. Bij jongeren bestaat alcoholgebruik toenemend uit het zogenaamde binge-drinking. Binge-drinking wordt voor jongens gedefinieerd als het minstens één keer per maand nuttigen van 5 of meer alcoholische consumpties per gelegenheid. Voor meisjes ligt dit aantal op 4 of meer alcoholische consumpties. Het aantal jongeren dat wordt opgenomen met een alcoholintoxicatie neemt nog steeds toe.

In het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft is als reactie hierop in 2007 een multidisciplinair nazorgtraject voor deze doelgroep ontwikkeld. In het traject is sprake van intensieve samenwerking tussen kindergeneeskunde en medische kinder- en jeugdpsychologie. De belangrijkste redenen om een nazorgtraject te starten waren destijds: voorkomen van recidive, screening op psychische problematiek (is de alcoholintoxicatie een signaal voor onderliggende problematiek bij deze jongere en/of het gezin) en screening van de cognitieve ontwikkeling en op aandacht-/concentratieproblemen (is er aanwijzing voor schade aan het ontwikkelende brein a.g.v. alcoholmisbruik). Het nazorgtraject is een geprotocolleerde aanpak bestaande uit een medisch-verpleegkundig (be)handelingsdeel, geïndiceerde preventieve interventies, psychodiagnostiek en cognitief gedragstherapeutische interventies. Op indicatie kan worden doorverwezen.

In de daaropvolgende jaren is dit nazorgtraject verder ontwikkeld. Met behulp van subsidie van het ministerie van Volkshuisvesting, Welzijn en Sport (VWS), veel media-aandacht en ondersteuning vanuit het Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA) wordt het vanaf januari 2009 als pilotproject uitgevoerd in vier pilotziekenhuizen verspreid over Nederland. Dit rapport beschrijft de opzet van het project en de voorlopige resultaten van het project van januari 2009 tot en met december 2009.

1.1.1 Wetenschappelijke onderbouwing nazorgtraject

Algemeen genomen krijgen jongeren die worden opgenomen met een alcoholintoxicatie in Nederlandse ziekenhuizen wel de benodigde acute medische behandeling maar geen geprotocolleerde, multidisciplinaire interventie zoals wordt aanbevolen in ‘de multidisciplinaire richtlijn bij stoornissen in het gebruik van alcohol 2009’³. Er zijn diverse redenen aan te voeren die een vorm van geïndiceerde preventie bij deze doelgroep rechtvaardigt. De kans op recidive van alcoholgerelateerde problematiek en onverantwoord alcoholgebruik is aanmerkelijk, omdat de meeste jongeren niet ‘leren’ van de negatieve ervaring met alcohol. Ze hebben niet de intentie om minder te gaan drinken en passen hun gedrag niet aan⁴. Kortdurende psychologische interventies waarbij gebruik wordt gemaakt van Motivational Interviewing zijn effectief gebleken^{5,6} bij jongeren zelf in het verminderen van het alcoholgebruik.

Daarnaast blijkt de invloed van de ouders op het drinkgedrag van hun kinderen veel groter te zijn dan aanvankelijk aangenomen werd⁷. Ouders onderschatten het alcoholgebruik van hun kinderen en meer dan de helft van de jongeren die wel eens alcohol drinkt geeft aan dat zijn/haar ouders het alcoholgebruik goedkeuren^{7,8}. Een strenge houding van ouders met duidelijke regels t.a.v. alcoholgebruik blijkt echter effectief in het voorkomen van alcoholgebruik en -misbruik. Secundaire preventie d.m.v. psycho-educatie, opvoedkundige adviezen met als doel de ouders te motiveren alsnog meer regels m.b.t. alcoholgebruik te stellen en beter toezicht te houden, lijkt daarom de aangewezen interventie na een alcoholintoxicatie bij jongeren.

De jongeren die worden opgenomen met een alcoholintoxicatie worden potentieel bedreigd in hun cognitieve, sociaal-emotionele en persoonlijkheidsontwikkeling. Er dient gebruik gemaakt te worden van de gelegenheid om eventuele psychische problemen en risicofactoren bij de jongere en het gezin te

onderkennen door gerichte psychologische screening. Recent onderzoek toont aan dat de totale prevalentie van gelijktijdig voorkomende psychische stoornissen onder adolescenten die worden behandeld voor middelenmisbruik hoog is (61%-88%), vooral bij 12-15 jarigen⁹. In het bijzonder bij de meisjes is er in deze groep verontrustend vaak sprake van zeer ongunstige psychosociale omstandigheden (44% seksueel misbruik). Bovendien zijn zij niet in beeld bij hulpverleners. Er is sprake van te late of helemaal geen diagnose/signalering van deze combinatieproblematiek bij hulpverleners en/of een negatieve houding⁹.

Alcohol brengt een scala aan schadelijke effecten teweeg die nu juist bij de jongere, die door de ontwikkelingsfase waar hij zich in bevindt extra kwetsbaar is, een langdurige en ernstige neerwaartse spiraal in gang kan zetten. De korte termijn gevolgen zoals de alcoholintoxicatie en een kater, de toename van agressie, seksueel risicogedrag en aan alcoholgebruik geassocieerde ongevallen^{10,11,12} hebben elk weer hun eigen gevolgen. De lange termijn consequenties zijn o.a. schade aan het ontwikkelende brein waardoor het cognitieve potentieel niet kan worden uitgebreid en er een verhoogde kans op alcoholproblematiek op volwassen leeftijd⁵ is. Ook zijn er aanwijzingen dat door alcoholmisbruik op jongere leeftijd de prefrontale cortex zich niet optimaal kan ontwikkelen. De planning, inzicht, empathie, emotionele controle en flexibiliteit kunnen zich hierdoor niet goed ontwikkelen met als gevolg dat ook de persoonlijkheidsontwikkeling negatief wordt beïnvloed¹³. Risicofactoren die zijn beschreven voor beschadiging aan het ontwikkelende brein a.g.v. alcohol zijn sekse, comorbiditeit ADHD/andere psychiatrische problematiek, de leeftijd waarop men voor het eerst drinkt, drinkpatroon (binge-drinking) overig drugsgebruik en verslavingsproblematiek/ alcoholmisbruik bij ouders en andere familieleden¹³.

Gezien deze (recente) wetenschappelijke bevindingen en het groeiende aantal jongeren dat wordt opgenomen met een alcoholintoxicatie is zowel de noodzaak voor als de werkwijze van het nazorgtraject aannemelijk gemaakt en onderbouwd.

1.1.2 Onderzoeksvraag en doelstellingen

De hoofddoelstelling van het nazorgtraject is om een snel en ongecompliceerd herstel na een opname te bewerkstelligen; om onderliggende pathologie zowel als schade aan de cognitieve functies te detecteren (vroegsignalering) en een adequaat kortdurend interventieprogramma neer te zetten ter voorkoming van een recidief van een alcoholintoxicatie en schadelijk alcoholgebruik als binge-drinking. De primaire doelen van het programma zijn:

- Vermindering herhalingskans van opname
- Gedragsverandering jongere bewerkstelligen
- Gedragsverandering ouders bewerkstelligen
- Onderkenning psychopathologie (in relatie met risicofactoren)

Tijdens deze rapportage zal worden beschreven of het nazorgtraject tot nog toe uitvoerbaar is, of het effectief is en tot welke resultaten dit leidt. Met behulp van onderstaande doelstellingen zal worden gemeten of het nazorgtraject effectief is gebleken.

Doelstellingen:

1. Het aantal drop-outs beperkt houden:
 - 75% van de jongeren doorloopt fase 1 t/m 3 van het protocol.
2. Jongeren die na opname ten gevolge van een alcoholintoxicatie het nazorgtraject project 'jeugd en alcohol' hebben afgerond hebben hun drinkgedrag veranderd(bij de follow up 6 maanden na opname):
 - 75 % van de jongeren <16 drinken helemaal geen alcohol meer.
 - 75 % van de jongeren <16 doet niet meer aan binge-drinking.
 - 50% van de jongeren ≥16 doet niet meer aan binge-drinking.
 - 80% van de jongeren heeft geen alcoholvergiftiging meer gehad.
3. Ouders, die na opname ten gevolge van een alcoholintoxicatie het nazorgtraject project 'jeugd en alcohol' hebben afgerond hebben hun opvoedgedrag ten aanzien van alcohol veranderd(bij de follow up 6 maanden na opname):

- 80% van de ouders hanteren alcoholspecifieke opvoedingsregels:
 - < 16 drank consequent verbieden en deze regel handhaven.
 - ≥16 geen sterke drank en geen binge-drinking,
4. Psychodiagnostiek gericht op:
- onderliggende psychosociale problematiek
 - onderkenning van de risicofactoren betreffende schade aan het onwikkende brein als gevolg van alcoholmisbruik.
 - 90% van de jongeren is gescreend aan de hand van de vragenlijsten (CBCL, TRF, YSR) en het gestandaardiseerd interview.
 - Bij 75% van de jongeren waarbij neuropsychologisch onderzoek geïndiceerd is wordt dit afgenomen.

Verderop zal ook besproken worden welke positieve en negatieve ervaringen de projectgroep heeft opgedaan zowel in de aanloop tot, als bij de uitvoering van het project en het verloop en de ervaringen rondom de implementatie. Naast de resultaten zal er ingegaan worden op de uitvoerbaarheid van het project in preventief kader en de implementeerbaarheid c.q. overdraagbaarheid van de opgedane kennis.

1.2 Activiteiten

Nadat het nazorgtraject door media en politiek positief is ontvangen, is er in 2008 subsidie toegekend door het ministerie van VWS voor een pilotproject, met als doel toetsing van het nazorgtraject en protocol op toepasbaarheid en effectiviteit. Hieronder volgt een overzicht van de projectactiviteiten die in 2008 en 2009 zijn verricht:

- Samenstellen (werving, selectie) van een projectteam. Naast projectleiders Dr. Van der Lely, (kinderarts) en drs. De Visser (psycholoog) bestaat het projectteam uit een projectcoördinator, veldonderzoeker en een communicatieadviseur. Het projectteam opereert vanuit Delft en de leden zijn (tijdelijk) in dienst van de Reinier de Graaf Groep. Het projectteam heeft wekelijks een projectvergadering, waarin o.a. de projectvoortgang, de strategie /beleid, wijzigingen in het protocol, communicatie, planning en agenda en de binnengekomen verzoeken voor presentaties ed. besproken worden.
- Call opstellen en verspreiden onder alle Nederlandse ziekenhuizen. Uit de (20) reacties is een selectie gemaakt van drie pilotziekenhuizen: Medisch Centrum Leeuwarden, Westfriesgasthuis en een samenwerking tussen Catharina Ziekenhuis Eindhoven en Máxima Medisch Centrum Veldhoven. Inclusief het Reinier de Graaf ziekenhuis Delft zijn er totaal vijf pilotziekenhuizen die participeren. Belangrijkste criteria bij de selectie waren regionale spreiding, bekendheid met en voldoende instroom van de doelgroep /patiënten, beschikbaarheid van een kinder- en jeugdpsycholoog die neuro-psychologisch onderzoek kan verrichten en een regionaal samenwerkingsverband met gemeente /politie /scholen enz. op het gebied van jeugd en alcohol. Zowel de regio's Eindhoven, Hoorn en Leeuwarden bleken op het laatste punt goed te scoren.
- Opstellen projectplan met indicatoren, doelstellingen en (concept)protocol, in overleg met het CBO.
- Voorbereiden en lanceren van de polikliniek voor Jeugd & Alcohol in Hoorn, Leeuwarden, Eindhoven en Veldhoven. Projectleiders Dr. Van der Lely en drs. De Visser hebben de pilotziekenhuizen zeer regelmatig bezocht (zie bijlage V) om het plaatselijke projectteam te coachen bij de start van de polikliniek. Tijdens deze bezoeken, die meestal een paar uur duurden, werd de start van de poliklinieken besproken, de praktische toepasbaarheid van het protocol, de samenwerking met regioziekenhuizen, de financiën en andere projectaangelegenheden. Dr. Van der Lely heeft een aantal maal een spreekuur bijgewoond om de kinderarts van het pilotziekenhuis te coachen in de wijze waarop de patiënten (en hun ouders) behandeld en benaderd worden. Mw. De Visser heeft de psycholoog individueel geadviseerd over de behandelwijze. In ieder pilotziekenhuis is een lokaal projectteam samengesteld, bestaande uit een kinderarts, een kinder- en jeugdpsycholoog, een

communicatieadviseur, een projectcoördinator en soms een pedagogisch medewerker. De lokale projectteams hebben regelmatig een projectvergadering, minimaal eens per maand. De kinderarts en psycholoog hebben regelmatig, vaak eens per maand, multidisciplinair overleg, waarin de patiënten van de Polikliniek voor Jeugd & Alcohol worden besproken. Ook per e-mail en telefonisch is er regelmatig contact geweest tussen de projectteams in de pilotziekenhuizen en de projectleiding.

- De projectteams van de pilotziekenhuizen hebben in het eigen ziekenhuis de uitvoerders op de werkplek aangestuurd, bestaande uit alle kinderarts(en), kinderartsassistenten, verpleegkundigen, pedagogisch medewerkers en verpleegkundigen en artsen van de SEH. Door presentaties en klinische lessen door de projectleiding zijn deze uitvoerders getraind in de uitvoering van het conceptprotocol.
- Er werd een Algemene Spreadsheet opgesteld (zie Bijlage 1: Verklaringen). In deze Excel-sheet worden diverse patiëntgegevens bijgehouden door de kinderarts en de psycholoog. Met deze gegevens kan getoetst worden of de verschillende indicatoren behaald worden. Een voorbeeld van deze Algemene Spreadsheet is opgenomen in bijlage VII. De Veldonderzoeker verzamelt eens per maand de spreadsheets van de pilotziekenhuizen. Met de patiëntgegevens wordt de voortgang van het project getoetst en maandelijks wordt een update naar alle teamleden van de pilotziekenhuizen rondgestuurd.
- Organiseren bijeenkomsten met pilotziekenhuizen. Er zijn in 2008 en 2009 vier bijeenkomsten geweest (december 2008, april 2009, juni 2009, oktober 2009), waarbij de kinderartsen, psychologen, communicatieadviseurs en projectcoördinatoren uit de verschillende pilotziekenhuizen bij elkaar zijn gekomen. Tijdens de bijeenkomst is plenair en in subgroepen gesproken over o.a. de projectvoortgang, ervaringen, aanpassing van het (concept)protocol en algemene verbeterpunten over de werkwijze. De agenda's en notulen van deze bijeenkomsten zijn opgenomen in bijlage VI.
- Informeren (regio)ziekenhuizen over doorverwijzing van patiënten naar het nazorgtraject bij een polikliniek voor Jeugd & Alcohol. De projectleiders hebben, vaak samen met de kinderarts uit het pilotziekenhuis, ziekenhuizen in de regio Eindhoven/Veldhoven, Hoorn en Leeuwarden bezocht. Ook werden ziekenhuizen in de Delftse regio bezocht. Daarbij werden de kinderarts(en), kinderartsassistenten, verpleegkundigen, pedagogisch medewerkers en soms zelfs de hele medische staf uit de regioziekenhuizen geïnformeerd over het nazorgtraject bij een polikliniek voor Jeugd & Alcohol. Het belang van doorverwijzing naar een polikliniek werd toegelicht door middel van een algemene presentatie over alcohol(intoxicatie) bij jongeren.
- Er is informatiemateriaal ontwikkeld voor de (regio)ziekenhuizen, met daarin het (concept)protocol, doorverwijsformulier, NSCK-vragenlijst en folders met patiëntinformatie. Totaal zijn (tot op heden) 14 regioziekenhuizen bezocht (zie bijlage X).
- Informeren van landelijke en lokale politiek (bijvoorbeeld diverse gemeentes, Minister Ter Horst).
- Presenteren op symposia, congressen en conferenties in binnen- en buitenland
 - Symposium Middelengebruik - 07-11-08 - Ede
 - Debat De acht hoofdzonden - 16-12-08 - Brussel
 - Conference Alcohol and Health - 21-09-09 - Stockholm
 - Invitational Conference NIP - 25-09-09 - Ede
 - Nationaal Alcohol Congres - 03-12-09 - Nieuwegein
 - Symposium voor IC verpleegkundigen - 11-12-09 - Utrecht
- Voorlichting geven aan studenten en scholieren t.b.v. werkstukken. Ongeveer eens per zes weken worden studenten en scholieren, die via e-mail gevraagd hebben om informatie of interviews, uitgenodigd om naar Delft te komen. Ze kunnen dan tijdens een sessie van ongeveer 1,5 uur hun vragen stellen aan Dr. Van der Lely en drs. De Visser.
- Overleg en afstemming en/of samenwerking met diverse organisaties, waaronder IVO, Integraal Toezicht Jeugdzaken, STAP, gemeente Westland, Consument & Veiligheid, Parnassia, Brijder, Universiteiten Utrecht, Nijmegen UVA.

- Ontwikkelen van de website www.polikliniekjeugdentalcohol.nl (Nederlands en Engelstalig) voor professionals in de gezondheidszorg.
- Ontwikkelen van informatie op de websites van de pilotziekenhuizen over de polikliniek voor Jeugd & Alcohol binnen de pilotziekenhuizen.
- Informeren landelijke en regionale media (aan de hand van vastgestelde regels voor de omgang met de pers) via persberichten, interviews en informerende gesprekken.
- Ontwikkelen van een factsheet over jeugd en alcohol in het algemeen en het project in het bijzonder voor intern gebruik t.b.v alle uitvoerders.
- Deelname door de projectteamleden van alle pilotziekenhuizen aan Nationaal Alcohol Congres in Nieuwegein op 3 december 2009.

1.3 Financiën

In deze paragraaf worden de financiën van het project toegelicht. Voor de uitvoering van het project zijn twee subsidies toegekend: subsidie voor de uitvoering van het projectplan en subsidie voor de uitvoering van het communicatieplan; een overzicht van deze toegekende subsidies is opgenomen in tabel 1. In tabel 2 is weergegeven welke projectuitgaven er zijn gedaan in de periode tot en met maart 2010. Daarbij is aangegeven welke te verwachten uitgaven er zijn in de periode april tot en met juni 2010.

Begroting	EUR	EUR	% verdeling
Subsidie alcoholproject		€ 448.844	100
- personeelskosten	€ 357.844		79.7
- reis en verblijfkosten	€ 36.000		8.0
- CBO	€ 10.000		2.2
- diversen	€ 45.000		10
Subsidie communicatieproject		€ 127.972	100
- personeelskosten	€ 108.972		85.2
- communicatie	€ 16.000		12.5
- reis- en verblijfkosten	€ 3.000		2.3
Subsidie totaal (alcoholproject + comm.project)		€ 576.816	100
- personeelskosten	€ 466.816		80.9
- reis- en verblijfkosten	€ 39.000		6.8
- CBO	€ 10.000		1.7
- communicatie	€ 16.000		2.8
- diversen	€ 45.000		7.8

Tabel 1. Begroting van toegekende subsidies tot en met juni 2010.

In tabel 2 is te zien dat er in de periode tot en met maart 2010 een positief resultaat is van ruim 40.000 Euro. In de periode april tot en met juni 2010 zal de projectgroep nog ruim 60.000 Euro subsidie ontvangen. In de periode april tot en met juni 2010 bedragen de verwachte uitgaven 99.600 Euro, waardoor er aan het einde van deze projectperiode (op 30 juni 2010) een positief resultaat verwacht wordt van 1742 Euro.

Uitgaven t/m maart 2010	EUR	EUR	% verdeling
Ontvangen subsidie totaal (project + comm)		€ 515.646	100%
- personeelskosten (incl comm.adv)	€ 397.803		77%
- reis, verblijf, vergader en congreskosten	€ 25.876		5%
- CBO	€ 4.409		1%
- communicatie (excl. personeelskosten)	€ 8.123		2%
- werkplekken en interne ondersteuning (o.a. ICT)	€ 15.000		3%
- diversen	€ 24.263		5%
Totaal		€ 475.474	
Resultaat tot en met maart 2010		€ 40.172	
Nog te ontvangen subsidies (april t/m juni)		€ 61.170	
Nog te verwachten uitgaven t/m juni 2010			
- personeelskosten	€ 47.000		
- nabetaling divers	€ 9.000		
- eindsymposium	€ 30.000		
- cursussen en congressen	€ 4.000		
- reis- en verblijfkosten	€ 1.600		
- communicatie	€ 8.000		
Totaal		€ 99.600	
Eindsaldo (resultaat t/m juni 2010)		€ 1.742	

Tabel 2. Overzicht van financiële uitgaven t/m maart 2010 en de verwachte uitgaven t/m juni 2010.

De projectuitgaven tot en met maart 2010 blijken procentueel redelijk overeen te komen met de begrote kosten van de toegekende subsidies (zie “Subsidie totaal” in tabel 1). Er bleek een extra post nodig te zijn voor het creëren van werkplekken voor drie teamleden die tijdelijk in dienst zijn gekomen van het ziekenhuis. Daarnaast zijn extra indirecte kosten gemaakt door het Reinier de Graaf Gasthuis, o.a. voor ondersteuning door ICT en andere (facilitaire) afdelingen. Deze kosten (ongeveer 3%) zijn gefinancierd uit de opgenomen post voor personele kosten; deze bleek lager uit te vallen dan begroot (ongeveer 77% t.o.v. de begroote 80,9%).

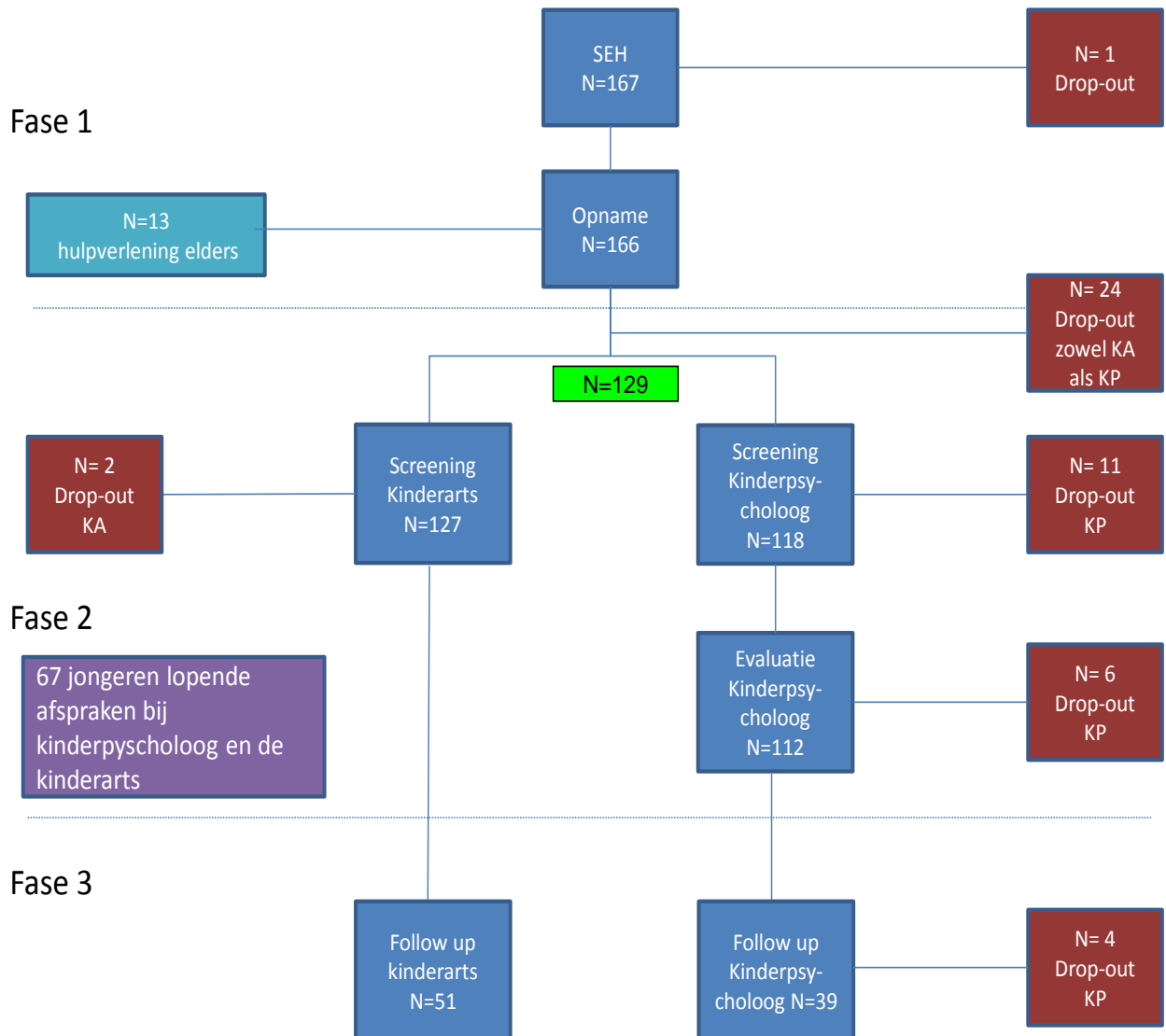
De verwachte uitgaven van april t/m juni 2010 bestaan voor een groot gedeelte uit personeelskosten (77% van de totale projectkosten). Daarnaast is een reservering gemaakt van 30000 Euro om het eindsymposium te financieren. Omdat de projectresultaten in juni 2010 nog niet gepresenteerd kunnen worden, is het eindsymposium verschoven naar najaar 2010.

2 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven van het Project Voorkom alcohol schade bij jongeren, over de periode van 1 januari 2009 t/m 31 december 2009.

2.1 Instroom patiënten en drop-outs

In de onderstaande figuur wordt in een stroomdiagram weergegeven hoeveel jongeren er in de vijf pilotziekenhuizen en de regioziekenhuizen zijn opgenomen met een alcoholintoxicatie en hun verdere beloop in het nazorgtraject. Een drop out wordt in dit project gedefinieerd als een jongere die niet het gehele traject heeft doorlopen (dus inclusief alle fases en bij zowel de kinderarts als de kinder- en jeugdpsycholoog).



Figuur 1. Flowchart van het aantal jongeren dat in 2009 is opgenomen met een alcoholintoxicatie en hun beloop in het nazorgtraject. De rode cirkels geven het aantal drop-outs weer.

In 2009 zijn er 167 jongeren, jonger dan 18 jaar, opgenomen met een alcoholintoxicatie in de vijf verschillende pilotziekenhuizen en de daarbij horende regioziekenhuizen. Eén jongere is tijdens de opname weggelopen uit het ziekenhuis en heeft niet deelgenomen aan fase 1 van het traject. De overige 166 jongeren en hun ouders /verzorgers hebben allen geheel fase 1 doorlopen. Van deze 166 jongeren zijn 13 jongeren verwezen naar andere hulpverlening of waren reeds in behandeling vanwege ernstige psychosociale problematiek bij de GGZ /andere instellingen. In overleg met de betrokken

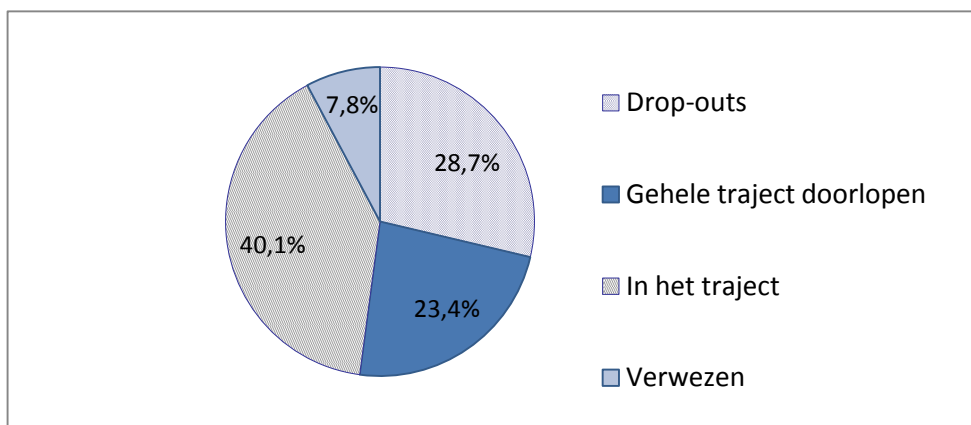
behandelaars is bij deze groep besloten dat de betreffende jongeren niet verder zullen deelnemen aan het nazorgtraject bij een polikliniek voor Jeugd & Alcohol. Er is uiteraard getracht zoveel mogelijk jongeren en hun ouders /verzorgers het traject geheel te laten doorlopen.

In fase 2 zijn 24 jongeren en hun ouders /verzorgers niet verschenen bij zowel de kinderarts als de kinder- en jeugdpsycholoog. 129 Jongeren en hun ouders /verzorgers zijn bij de kinderarts en/ of de kinder- en jeugdpsycholoog geweest voor het screeningsgesprek. 127 jongeren en hun ouders /verzorgers zijn uiteindelijk bij de kinderarts verschenen voor het screeningsgesprek, 2 jongeren en hun ouders /verzorgers zijn wel bij de kinder- en jeugdpsycholoog en niet bij de kinderarts verschenen.

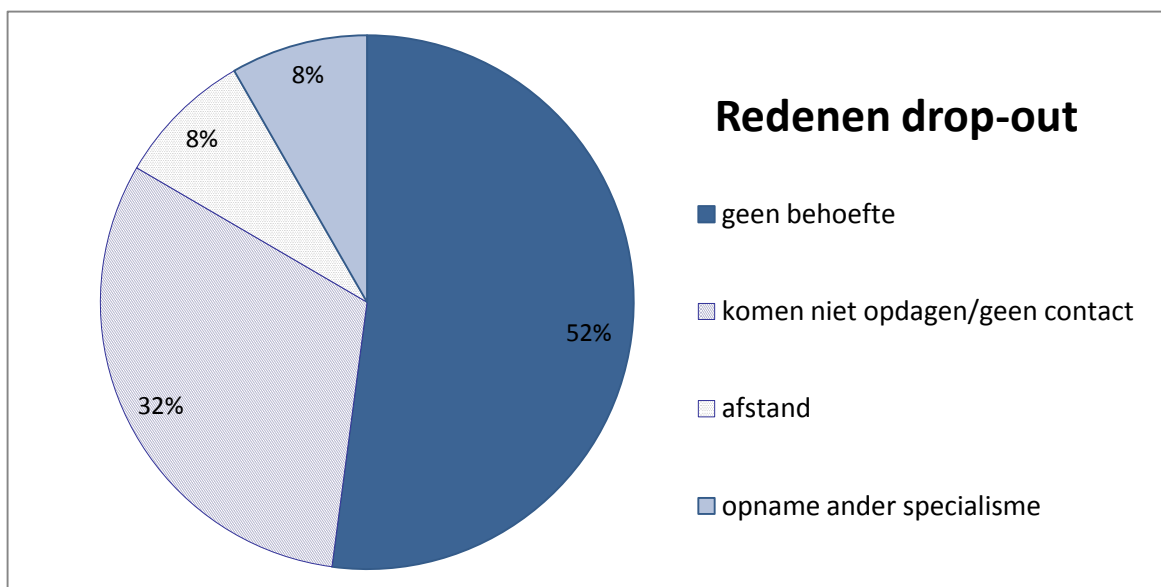
118 jongeren en hun ouders /verzorgers zijn uiteindelijk bij de kinder- en jeugdpsycholoog verschenen voor het screeningsgesprek, 11 jongeren en hun ouders /verzorgers zijn niet bij de kinder- en jeugdpsycholoog en wel bij de kinderarts verschenen. 112 jongeren en hun ouders /verzorgers zijn bij de kinder- en jeugdpsycholoog verschenen voor het evaluatiegesprek, 6 jongeren en hun ouders /verzorgers zijn niet verschenen. In fase 2 zijn er 43 jongeren en hun ouders /verzorgers niet verschenen bij de kinderarts en/of de kinder- en jeugdpsycholoog en dit zijn dus drop-outs.

Zes maanden na de opname wordt er tijdens een follow-up gesprek (fase 3) bij de kinderarts en de kinder- en jeugdpsycholoog geëvalueerd hoe het met de jongeren en hun ouders /verzorgers gaat. In fase 3 zijn er 51 jongeren en hun ouders /verzorgers verschenen bij het follow-up gesprek bij de kinderarts en 39 bij het follow-up gesprek bij de kinder- en jeugdpsycholoog. Bij de kinderarts waren dit voornamelijk telefonische consulten en zijn er tot nog toe geen drop-outs. De kinder- en jeugdpsycholoog heeft 43 jongeren en hun ouders /verzorgers uitgenodigd waarvan 4 niet zijn verschenen of hier geen behoefte aan hadden. 67 jongeren en hun ouders /verzorgers hebben nog geplande afspraken staan bij zowel de kinder- en jeugdpsycholoog als de kinderarts in fase 2 en 3. Zij zitten dus nog in het nazorgtraject.

In totaal zijn 48 jongeren en hun ouders /verzorgers (fase 1->1, Fase 2->4, 3 Fase 3->4) vroegtijdig gestopt met het nazorgtraject (28,7%). Indien meegenomen wordt dat een controle bij de kinderarts dan wel de kinder- en jeugdpsycholoog volstaat, dan zijn er 35 jongeren vroegtijdig gestopt (21 %). Van de eerstgenoemde 48 'drop-outs' komen 31 drop-outs uit de pilot ziekenhuizen (26%) en 17 drop-outs uit de regio ziekenhuizen (35,4%). 39 Jongeren en hun ouders /verzorgers hebben het gehele traject doorlopen (fase 1 ,2 &3) en 67 zitten nog in het traject. Een groot deel is nog niet opgeroepen voor het follow-up gesprek omdat het half jaar nog niet was verstreken.



Figuur 2. Het percentage drop-outs, het percentage jongeren die het gehele nazorgtraject hebben doorlopen, percentage jongeren dat nog deelnemen aan het nazorgtraject en het percentage jongeren dat is verwezen naar andere hulpverlening.



Figuur 3. Weergave redenen van drop-outs jongeren /ouders (N=48) .

- 25 ouders /verzorgers geven als reden dat ze geen behoefte aan nazorg hebben, vinden het niet nodig (52%)
- 15 jongeren en hun ouders /verzorgers zijn niet verschenen zonder afbericht/zijn niet te bereiken (31%) (van deze patiënten kwamen er 12 uit regioziekenhuizen!!)
- 4 ouders /verzorgers geven als reden de reistijd /afstand (8%)
- 4 jongeren zijn tijdens de ziekenhuisopname door een ander specialist (bijv. internist) en daardoor niet goed verwezen (8%)

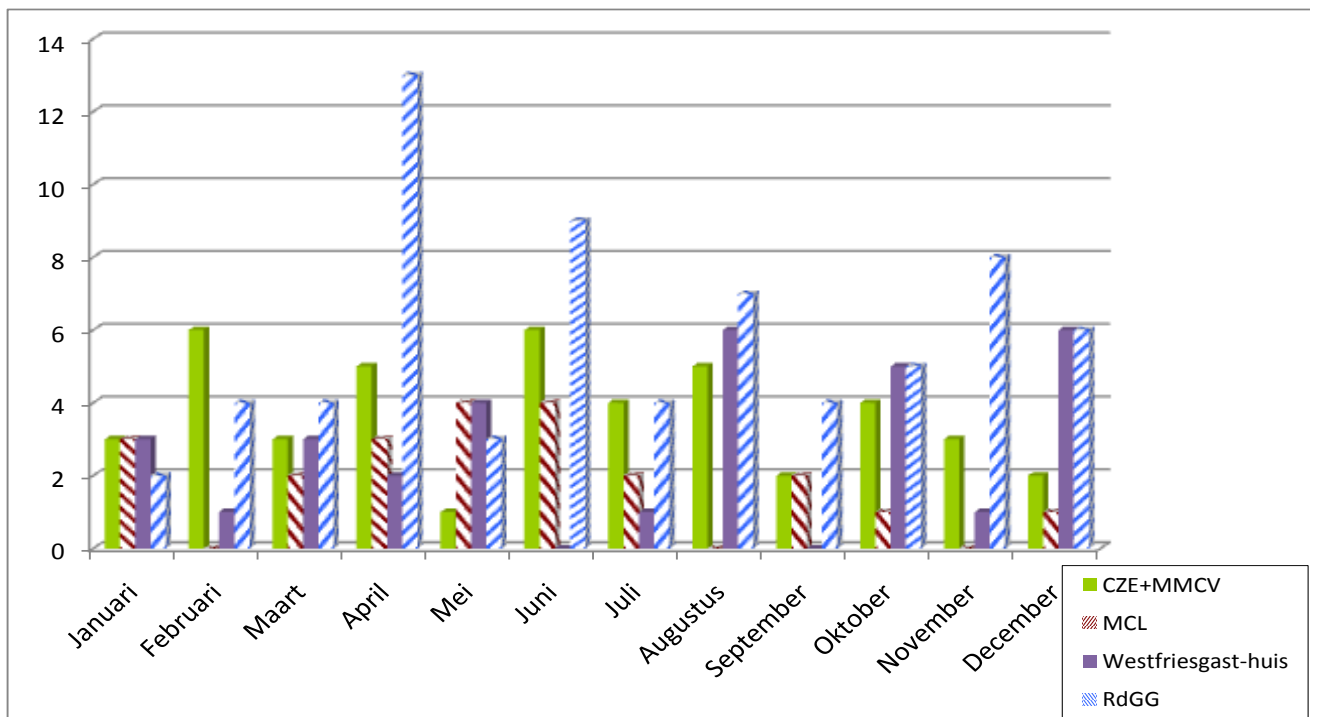
De gemiddelde leeftijd van de drop-outs is 16 jaar, 58,3% is ouder dan 16 jaar. Het gemiddelde alcoholpromillage is 1,89, het betreft 25 jongens en 23 meisjes.

In tabel 1 is een factsheet opgenomen van 167 patiënten die in 2009 zijn opgenomen met een alcoholintoxicatie, en die zijn doorverwezen naar een polikliniek voor Jeugd & Alcohol.

Gemiddelde Leeftijd	15 jaar en 10 maanden
Percentage jongeren <16 jaar	49%
Aantal en percentage meisjes	N=80 (47,9%)
Aantal en percentage jongens	N=87 (52,1%)
Percentage jongeren dat is opgenomen in 1 van de 5 de pilotziekenhuizen	71,3%
Percentage jongeren dat is opgenomen in de regioziekenhuizen	28,7%
Gemiddelde alcoholpromillage	1,93 (0,25-3,9)

Tabel 1. Factsheet; gegevens van de 167 jongeren opgenomen met een alcoholintoxicatie

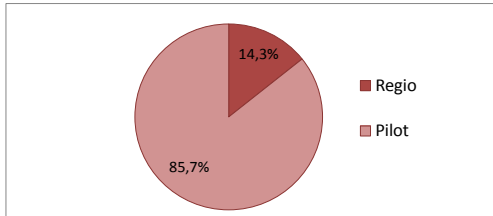
2.2 Aantal patiënten in de vijf verschillende pilot ziekenhuizen



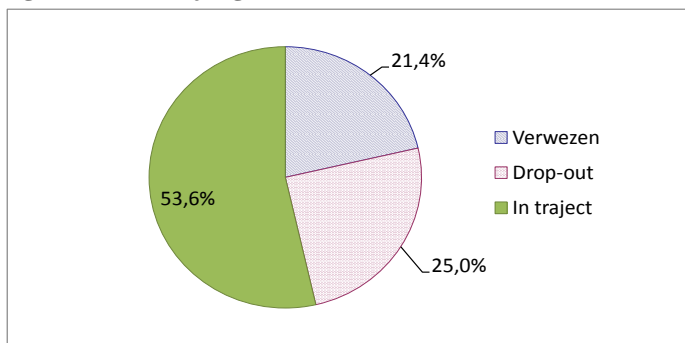
Figuur 19. Aantal patiënten per maand opgenomen in 2009 met een alcoholintoxicatie apart weergegeven voor de vijf verschillende pilotziekenhuizen en hun regioziekenhuizen.

2.2.1 CZE

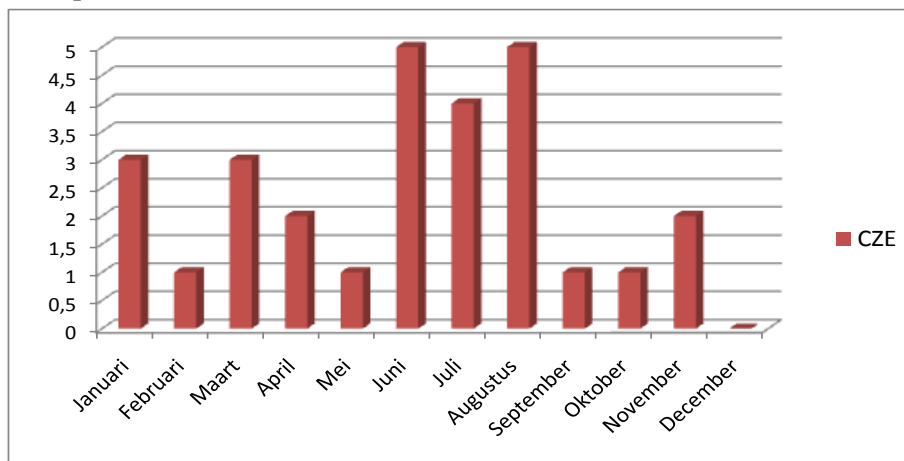
In 2009 zijn er in het Catharina ziekenhuis uit Eindhoven en de regio in totaal 28 jongeren opgenomen met een alcoholvergiftiging. Vier van hen zijn verwezen uit 1 van de regio ziekenhuizen (Figuur 4). Zes jongeren zijn verwezen naar hulpverlening elders en zeven jongeren zijn drop-out (niet het gehele traject doorlopen), de overige 15 jongeren doorlopen het nazorgtraject (Figuur 5). In figuur 6 is het verloop te zien van het aantal jongeren opgenomen met een alcoholvergiftiging per maand.



Figuur 4. Aantal jongeren uit CZE dat verwezen is vanuit de regioziekenhuizen in 2009.



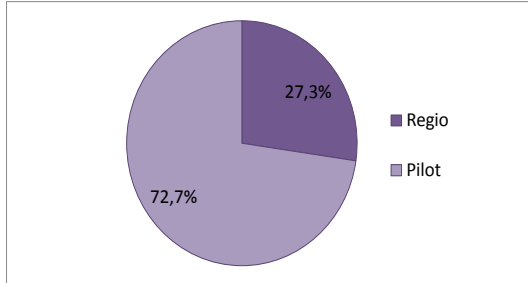
Figuur 5. Aantal jongeren uit CZE die verwezen zijn naar hulpverlening elders, aantal jongeren die niet het gehele traject doorlopen hebben (drop-out) en het aantal jongeren die het nazorgtraject doorlopen of doorlopen hebben in 2009.



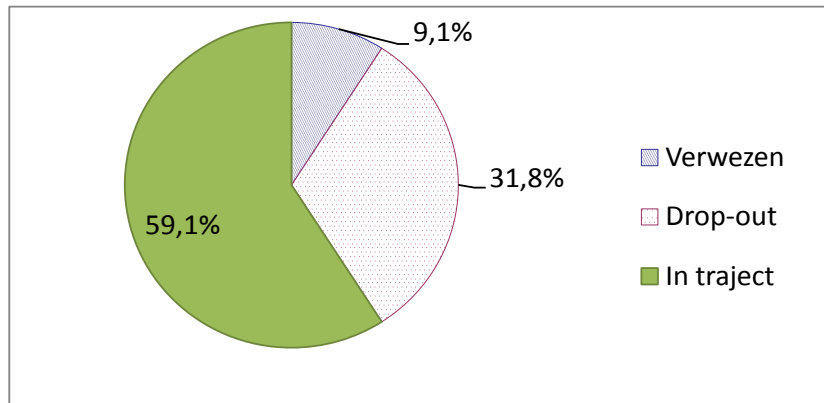
Figuur 6. Aantal patiënten per maand opgenomen in 2009 met een alcoholintoxicatie in het Catharina Ziekenhuis en regioziekenhuizen.

2.2.2 MCL

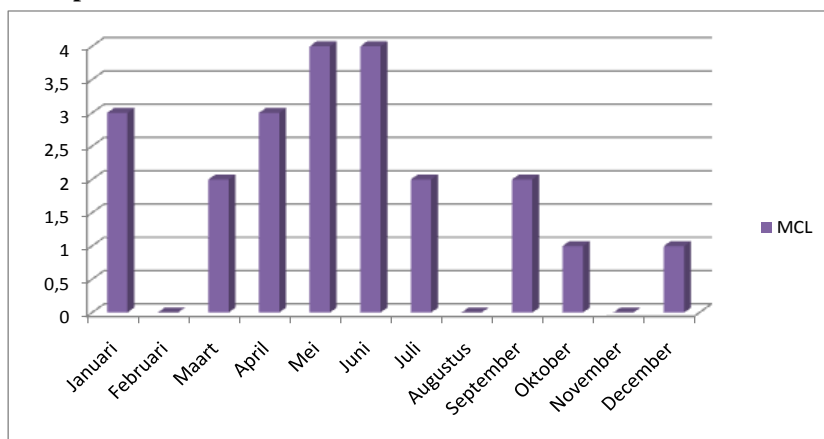
In 2009 zijn er in het Medisch Centrum Leeuwarden en de regio in totaal 22 jongeren opgenomen met een alcoholvergiftiging. Zes van hen zijn verwezen uit 1 van de regio ziekenhuizen (Figuur 7). Twee jongeren zijn verwezen naar hulpverlening elders en zeven jongeren zijn drop-out (niet het gehele traject doorlopen) de overige 13 jongeren doorlopen het nazorgtraject (Figuur 8). In figuur 9 is het verloop te zien van het aantal jongeren opgenomen met een alcoholvergiftiging per maand.



Figuur 7. Aantal jongeren uit MCL dat verwezen is vanuit de regioziekenhuizen in 2009.



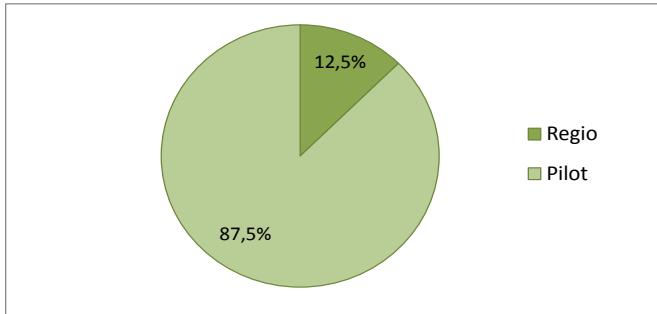
Figuur 8. Aantal jongeren uit MCL die verwezen zijn naar hulpverlening elders, aantal jongeren die niet het gehele traject doorlopen hebben (drop-out) en het aantal jongeren die het nazorgtraject doorlopen of doorlopen hebben in 2009.



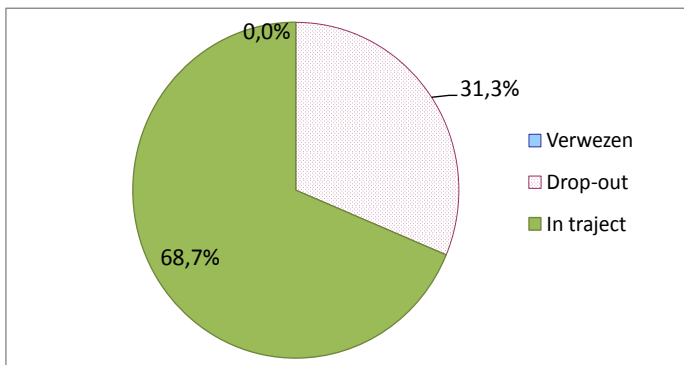
Figuur 9. Aantal patiënten per maand opgenomen in 2009 met een alcoholintoxicatie in het Medisch Centrum Leeuwarden en haar regioziekenhuizen.

2.2.3 MMC-V

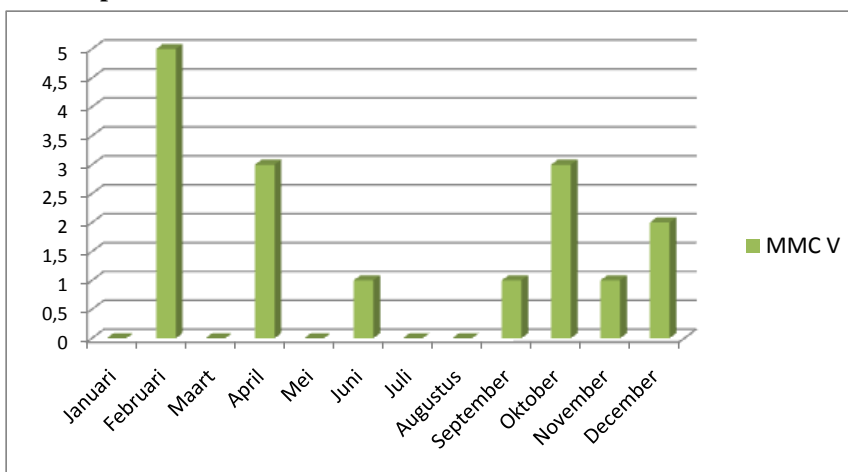
In 2009 zijn er in het Maxima Medisch Centrum Veldhoven en de regio in totaal 16 jongeren opgenomen met een alcoholvergiftiging. Twee van hen zijn verwezen uit 1 van de regio ziekenhuizen (Figuur 10). Zij hebben geen jongeren verwezen naar hulpverlening elders en vijf jongeren zijn drop out (niet het gehele traject doorlopen) en 11 jongeren doorlopen het nazorgtraject (Figuur 11). In figuur 12 is het verloop te zien van het aantal patiënten per maand.



Figuur 10. Aantal jongeren uit MMC-V dat verwezen is vanuit de regioziekenhuizen in 2009.



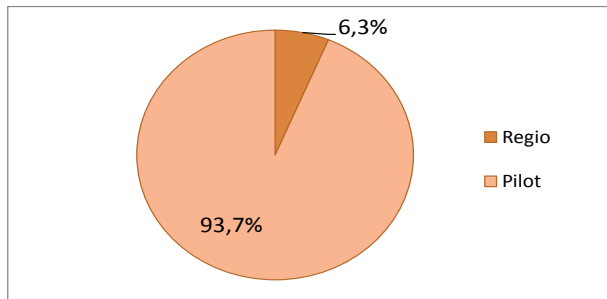
Figuur 11. Aantal jongeren uit MMC-V die verwezen zijn naar hulpverlening elders, aantal jongeren die niet het gehele traject doorlopen hebben (drop-out) en het aantal jongeren die het nazorgtraject doorlopen of doorlopen hebben in 2009.



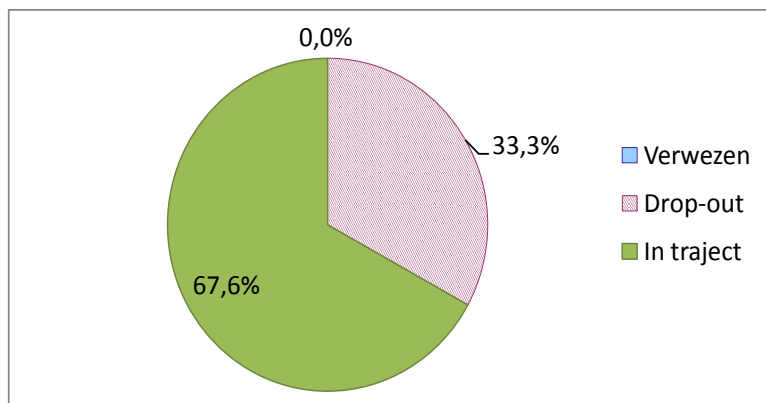
Figuur 12. Aantal patiënten per maand opgenomen in 2009 met een alcoholintoxicatie in het Maxima Medisch Centrum in Veldhoven en haar regioziekenhuizen.

2.2.4 Westfriesgasthuis

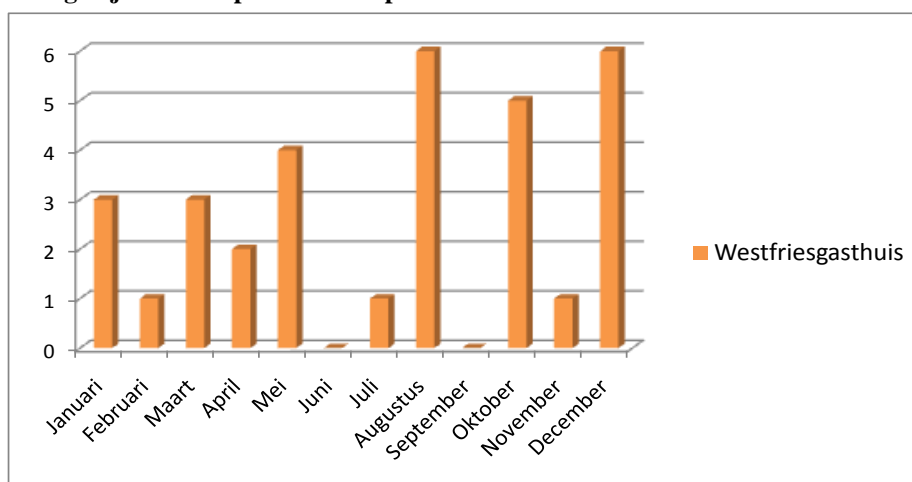
In 2009 zijn er in het Eestfries Gasthuis in Hoorn en de regio in totaal 32 jongeren opgenomen met een alcoholvergiftiging. Twee van hen zijn verwezen uit 1 van de regio ziekenhuizen (Figuur 13). Zij hebben geen jongeren verwezen naar hulpverlening elders en elf jongeren zijn drop-out (niet het gehele traject doorlopen) de overige 21 jongeren doorlopen het nazorgtraject (Figuur 14). In figuur 15 is het verloop te zien van het aantal jongeren met een alcoholvergiftiging per maand.



Figuur 13. Aantal jongeren uit Westfriesgasthuis dat verwezen is vanuit de regioziekenhuizen in 2009.



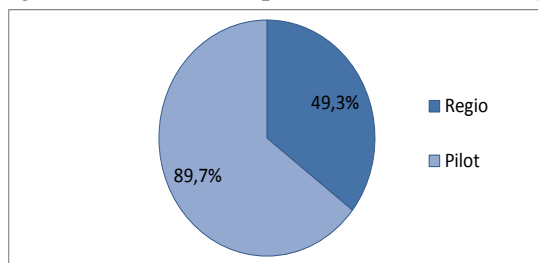
Figuur 14. Aantal jongeren uit Westfriesgasthuis die verwezen zijn naar hulpverlening elders, aantal jongeren die niet het gehele traject doorlopen hebben (drop-out) en het aantal jongeren die het nazorgtraject doorlopen of doorlopen hebben in 2009.



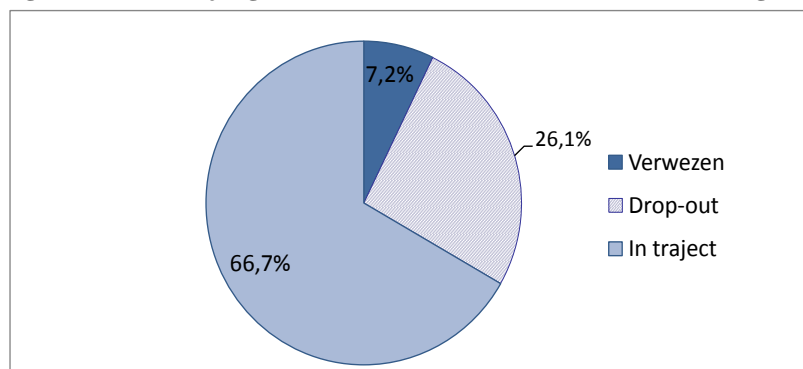
Figuur 15. Aantal patiënten per maand opgenomen in 2009 met een alcoholintoxicatie in het Westfriesgasthuis en haar regioziekenhuizen.

2.2.5 RdGG

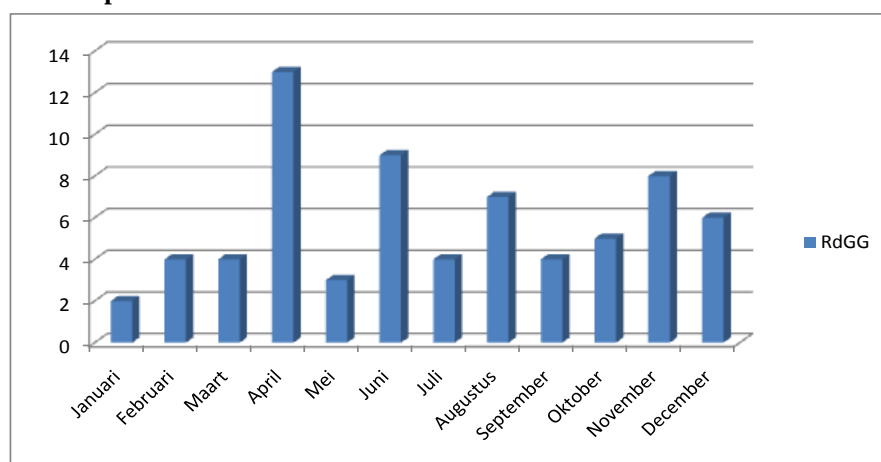
In 2009 zijn er in het Reinier de Graaf ziekenhuis in Delft en de regio in totaal 69 jongeren opgenomen met een alcoholvergiftiging. Vierendertig van hen zijn verwezen uit 1 van de regio ziekenhuizen (Figuur 16). Vijf jongeren zijn verwezen naar hulpverlening elders en zeventien jongeren zijn drop-out (niet het gehele traject doorlopen) de overige 46 jongeren doorlopen het nazorgtraject (Figuur 17). In figuur 18 is het verloop te zien van het aantal jongeren met een alcoholvergiftiging per maand.



Figuur 16. Aantal jongeren uit RdGG dat verwezen is vanuit de regioziekenhuizen in 2009.



Figuur 17. Aantal jongeren uit RdGG die verwezen zijn naar hulpverlening elders, aantal jongeren die niet het gehele traject doorlopen hebben (drop-out) en het aantal jongeren die het nazorgtraject doorlopen of doorlopen hebben in 2009.

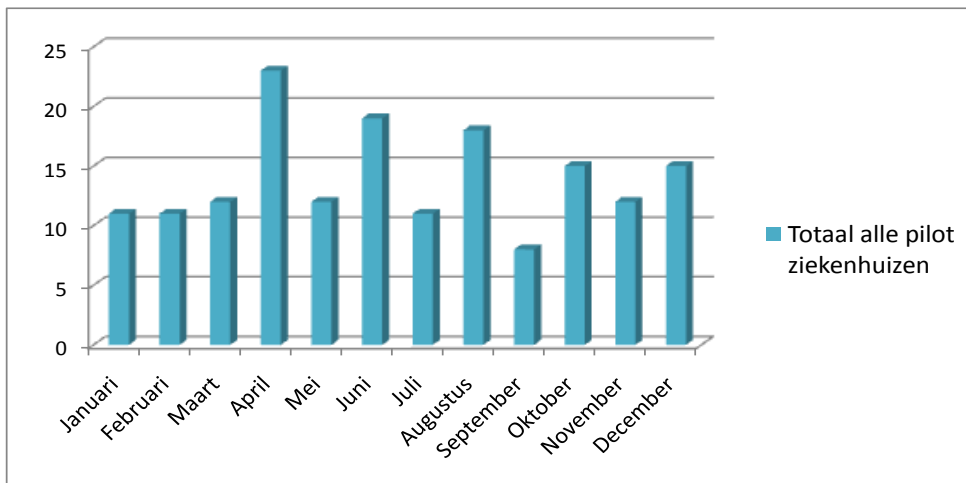


Figuur 18. Aantal patiënten per maand opgenomen in 2009 met een alcoholintoxicatie in het Reinier de Graafziekenhuis en haar regioziekenhuizen.

2.3 Tijdsbeloop en verwachte aantallen

In 2009 zijn er 167 jongeren met een alcoholintoxicatie opgenomen in de vijf verschillende pilotziekenhuizen en hun regioziekenhuizen. Het eerste half jaar van 2009 zijn er 88 patiënten opgenomen met een alcoholintoxicatie en in het tweede halfjaar zijn er 79 patiënten opgenomen met een alcoholintoxicatie. Om het verwachte aantal patiënten te schatten over het eerste half jaar van 2010 is het gemiddelde genomen per half jaar van 2009 ($167/2=83,5=83$ afgerond naar beneden). De verwachting is dat er in het eerste half jaar van 2010 nog 83 patiënten zullen worden opgenomen met een alcoholintoxicatie. Dat betekent dat er eind juni 2010 in totaal 250 jongeren zijn opgenomen met een alcoholintoxicatie in de pilotziekenhuizen en hun regioziekenhuizen. Het streven is dat 75% van het aantal patiënten dat opgenomen is geweest met een alcoholintoxicatie deelneemt aan het nazorgtraject en dit geheel doorloopt. Dit houdt in dat van de 250 patiënten 187 patiënten het traject geheel moeten doorlopen. Momenteel ligt het percentage drop-outs iets hoger maar het streven is om dit omlaag te brengen naar 25%.

Van het afgelopen jaar weten wij dat 7,8% van de patiënten verwezen zijn i.v.m. zeer heftige problematiek (of al ergens anders onder behandeling waren in verband met deze problemen) waardoor zij niet meer hebben deelgenomen aan het nazorgtraject. Dit betekent dat nog 19 patiënten van de 250 patiënten zullen worden doorverwezen na fase 1 en niet meer zullen deelnemen aan het verdere nazorgtraject ($187-19=168$). De verwachting en het streven is dat in januari 2011 ongeveer 168 patiënten het totale nazorgtraject hebben doorlopen (inclusief follow up).



Figuur 20. Aantal patiënten per maand opgenomen in 2009 met een alcoholintoxicatie, in de vijf verschillende pilotziekenhuizen en hun regioziekenhuizen.

2.4 Indicatoren

Met de opzet van een polikliniek voor Jeugd & Alcohol en het nazorgtraject worden verschillende doelen nagestreefd ter bevordering van de kwaliteit van zorg aan de jongere die wordt opgenomen met een alcoholintoxicatie en de ouders /verzorgers. Primair is het doel het voorkomen van recidive van onverantwoord /overmatig alcoholgebruik en de negatieve consequenties ervan, met name hersenschade bij jongeren. Het nazorgtraject beoogt gedragsverandering t.a.v. het alcoholgebruik van de jongeren en gedragsverandering t.a.v. het hanteren van alcoholspecifieke opvoedingsregels bij de ouders te bereiken. Daarnaast wordt gescreend op onderliggende psychische problematiek en risicofactoren. Om na te gaan of het nazorgtraject voldoende effectief is en of de poliklinieken voor Jeugd & Alcohol adequaat de belangrijkste handelingsinstructies hebben geïmplementeerd zijn er kwaliteits- en procesindicatoren ontwikkeld op basis van de doelstellingen die voor dit project zijn vastgesteld.

2.4.1 Procesindicatoren

Aantal drop-outs

Procesindicator 1 is het percentage jongeren en ouders /verzorgers dat fase 1,2 en 3 geheel hebben doorlopen (zie Figuur 1, flowchart), bij zowel de kinderarts als de kinder- en jeugdpsycholoog. Motivatie hierbij is dat zoveel mogelijk jongeren en hun ouders bereikt worden.

Doel: 75% van de jongeren doorloopt fase 1 t/m 3 van het nazorgtraject (zie Figuur 1, flowchart).

Method: In de algemene spreadsheet wordt bijgehouden wanneer en waar de jongeren en hun ouders op afspraken verschijnen.

Resultaat: 71% van de jongeren en hun ouders doorloopt het gehele nazorgtraject. Dit doel wordt dus net niet behaald. Er is een analyse verricht naar de groep drop-outs, zie figuur 3.

Wachttijd; periode in weken tussen de alcoholintoxicatie van de jongere en de eerste afspraken op de polikliniek voor Jeugd & Alcohol bij de kinderarts en de kinder- en jeugdpsycholoog

De tweede procesindicator betreft de periode tussen de ziekenhuisopname en de eerste afspraak op de polikliniek Jeugd & Alcohol bij de kinderarts en de kinderpsycholoog. Verondersteld wordt dat de motivatie van de ouders en de jongere groter is direct na de alcoholintoxicatie opname en dat daarom de wachttijd op de afspraak zo kort mogelijk moet zijn.

Doel: de jongeren worden binnen 6 weken na de alcoholintoxicatie gezien op de polikliniek voor Jeugd & Alcohol door de kinderarts en de kinder- en jeugdpsycholoog.

Method: In de spreadsheet wordt de datum van opname en de datum van het eerste polibezoek bij kinderarts en kinder- en jeugdpsycholoog vergeleken van alle jongeren die tot en met december 2009 opgenomen zijn geweest (N=167).

Resultaat: de jongeren worden gemiddeld binnen 5,5 week op de polikliniek Jeugd & Alcohol teruggezien door de kinderarts en gemiddeld binnen 8,1 weken door de kinder- en jeugdpsycholoog. Dit doel is deels behaald.

2.4.2. Uitkomstindicator: percentage jongeren met een gedragsverandering ten aanzien van alcoholgebruik

Voor onderstaande uitkomstindicatoren zijn de gegevens geanalyseerd van de 39 jongeren die het nazorgtraject geheel hebben doorlopen en dus ook al bij het follow-up gesprek zijn geweest bij zowel de kinder- en jeugdpsycholoog als bij de kinderarts. De gemiddelde leeftijd van de jongeren is 15 jaar en 8 maanden. Dit zijn 18 jongens en 21 meisjes (46,2% en 53,8%).

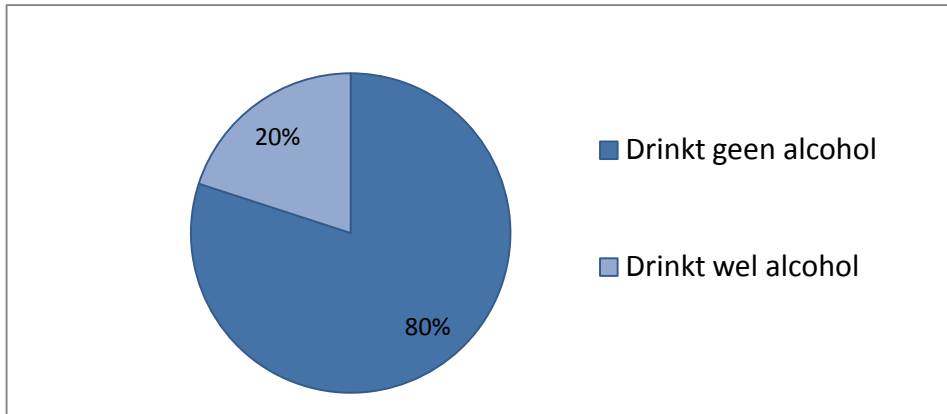
De indicatoren en doelen zijn uitgesplitst naar leeftijd. De leeftijdsgrens van 16 is aangehouden omdat dit voor jongeren, ouders en samenleving als geheel, door de alcoholwetgeving een aantoonbaar verschil in gebruik en pedagogische aanpak impliceert.

2.4.2.1. Het percentage jongeren < 16 jaar dat geen alcohol meer drinkt (abstinentie)

Doel: 75 % van de jongeren **jonger dan 16 jaar** drinkt helemaal geen alcohol meer.

Methode: Zelfrapportage gegevens van de jongere, over zijn drinkgedrag van de afgelopen periode, verkregen tijdens het screeningsgesprek (gestandaardiseerd interview kinder- en jeugdpsycholoog) worden vergeleken met zelfrapportage gegevens van de jongere, over zijn drinkgedrag van het afgelopen half jaar, verkregen tijdens het follow-up gesprek (gestandaardiseerd interview kinder- en jeugdpsycholoog).

Resultaat: 80% van de jongeren < 16 jaar, die bij screeningsgesprek hebben aangegeven wel vaker alcohol te drinken, geven bij het follow-up gesprek aan geen alcohol meer te hebben gedronken. Dit doel is behaald.



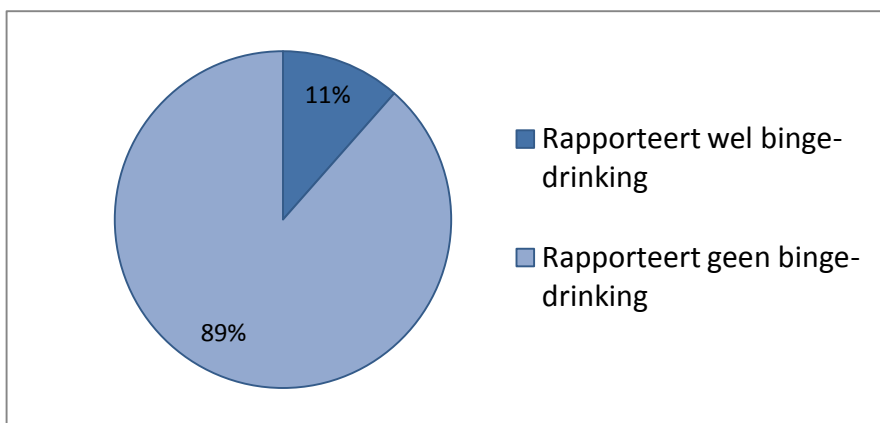
Figuur 21. Percentage jongeren dat bij de follow-up (psycholoog) rapporteert wel/geen alcohol meer te hebben gedronken de afgelopen 6 maanden, die tijdens het screeningsgesprek (psycholoog) aangaf wel al vaker alcohol te drinken.

2.4.2.2. Het percentage jongeren < 16 jaar dat niet meer “binge-drinkt”

Doel: 75 % van de jongeren **jonger dan 16 jaar** binge-drinkt niet meer.

Methode: Zelfrapportage gegevens van de jongere tijdens het screeningsgesprek (gestandaardiseerd interview kinder- en jeugdpsycholoog) worden vergeleken met zelfrapportage gegevens van de jongere tijdens het follow-up gesprek (gestandaardiseerd interview kinder- en jeugdpsycholoog).

Resultaat: 88,5% van de jongeren < 16 jaar, die bij het screeningsgesprek hebben aangegeven te binge-drinken, geven tijdens het follow-up gesprek aan niet meer te binge-drinken. Dit doel is behaald.



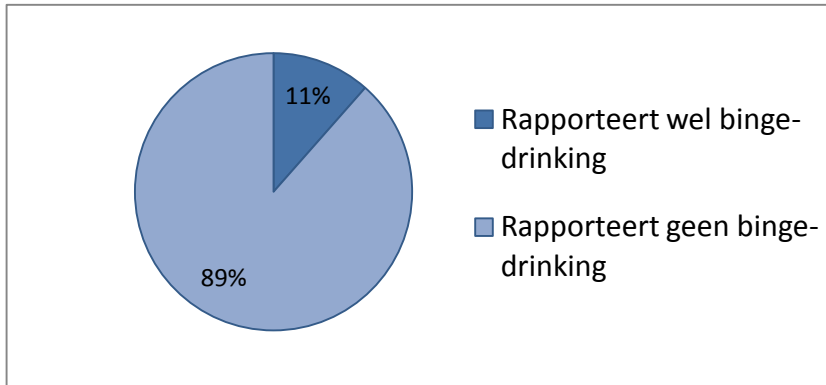
Figuur 22. Percentage jongeren dat rapporteert wel/niet te binge-drinken in de afgelopen 6 maanden, die tijdens het screeningsgesprek (psycholoog) aangaf wel te binge-drinken.

2.4.2.3. Het percentage jongeren ≥ 16 jaar dat niet meer “binge-drinkt”

Doel: 50% van de jongeren van **16 jaar of ouder** binge-drinkt niet meer.

Methode: Zelfrapportage gegevens van de jongere tijdens het screeningsgesprek (gestandaardiseerd interview kinder- en jeugdpsycholoog) worden vergeleken met zelfrapportage gegevens van de jongere tijdens het follow up gesprek (gestandaardiseerd interview kinder- en jeugd psycholoog).

Resultaat: 88,9% van de jongeren van 16 jaar of ouder die bij het screeningsgesprek hebben aangeven te binge-drinken, geven aan dit niet meer te doen bij het follow up gesprek. Dit doel is behaald.



Figuur 23. Percentage jongeren dat rapporteert wel/niet te binge-drinken in de afgelopen 6 maanden, die tijdens het screeningsgesprek (psycholoog) aangaf wel te binge-drinken.

2.4.2.4. Het percentage met een recidive

Doel: 80% van de jongeren heeft geen tweede alcoholintoxicatie gehad.

Methode: In de spreadsheet wordt bijgehouden hoe vaak een jongere wordt opgenomen met een alcoholintoxicatie, nadat hij een eerste alcoholintoxicatie heeft gehad.

Resultaat: 100% van de jongeren heeft geen tweede alcoholintoxicatie gehad. Dit doel is behaald.

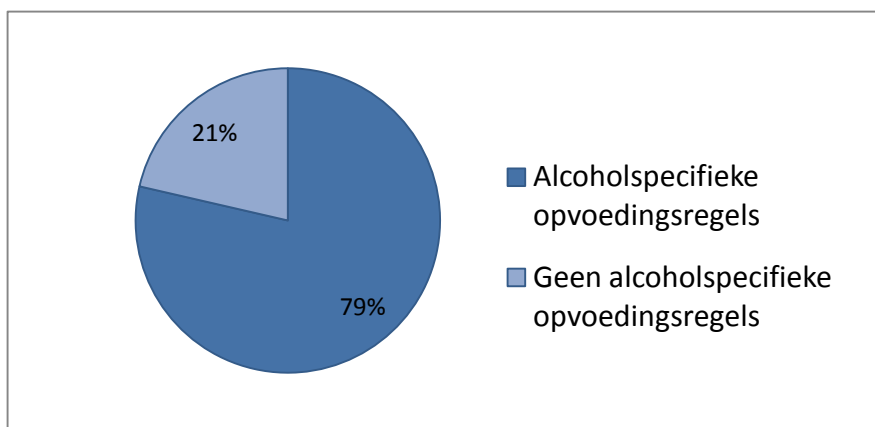
2.4.3 Uitkomstindicator: percentage ouders met een gedragsverandering ten aanzien van hanteren van alcoholspecifieke opvoedingsregels

Doel: 80% van de ouders hanteert bij het follow-up gesprek alcoholspecifieke opvoedingsregels. Dit betekent voor jongeren onder de 16 jaar dat ouders alcoholgebruik geheel moeten verbieden, toezicht houden en dat zij deze regel consequent handhaven. Voor jongeren van 16 jaar en ouder geldt dat ouders sterke drank en binge-drinking moeten verbieden, toezicht houden en deze regel consequent moeten handhaven.

Methode: Zelfrapportage gegevens van de jongeren en de ouders tijdens het screeningsgesprek (gestandaardiseerd interview kinder- en jeugdpsycholoog) worden vergeleken met zelfrapportage gegevens van de jongere en de ouders tijdens het follow-up gesprek (gestandaardiseerd interview kinder- en jeugdpsycholoog).

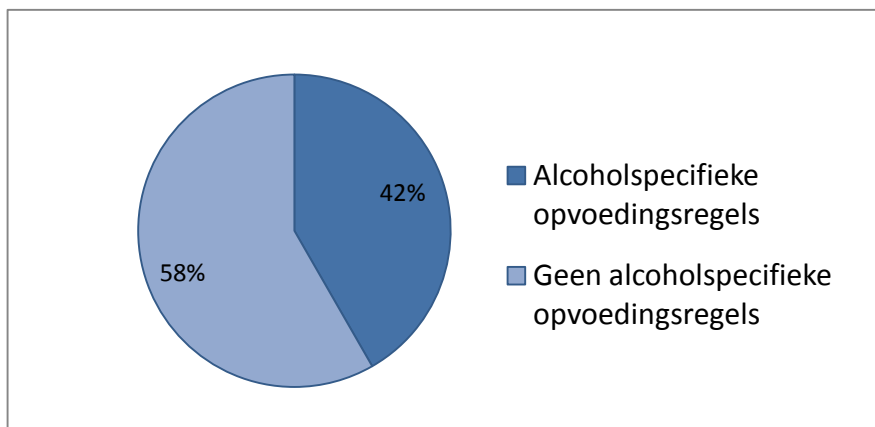
Resultaat: 53,8% van de ouders die eerst geen alcoholspecifieke opvoedingsregels hadden of deze niet consequent handhaafden deden dit bij de follow up wel. Dit betekent dat dit doel niet is behaald.

Er blijkt een groot verschil te zijn voor jongeren jonger dan 16 jaar (N=24) en voor de jongeren van 16 jaar en ouder (N=15). Voor de jongeren **jonger dan 16 jaar** blijkt dat 41,7% van de ouders consequente alcoholspecifieke opvoedingsregels hanteert voor de alcoholintoxicatie. Na de alcoholintoxicatie blijkt 83,4% van de ouders consequente alcoholspecifieke opvoedingsregels te hanteren en bij de follow-up bleek dit percentage gestegen naar 91,6%. Van de ouders die eerst geen alcoholspecifieke opvoedingsregels hanteren, hanteert 78,6% van de ouders bij het follow up gesprek wel consequente alcoholspecifieke opvoedingsregels. Dit betekent dat het doel voor de ouders van jongeren onder de 16 jaar bijna behaald wordt.



Figuur 24. Percentage ouders van jongeren jonger dan 16 jaar dat rapporteert bij het follow-up gesprek alcoholspecifieke opvoedingsregels te hanteren en dit bij het screeningsgesprek nog steeds niet doet.

Voor jongeren van 16 jaar of ouder blijkt dat slechts 20% van de ouders alcoholspecifieke opvoedingsregels hanteert voor de alcoholintoxicatie. Na de alcoholintoxicatie blijkt 40% consequente alcoholspecifieke opvoedingsregels te hanteren en bij het follow-up gesprek blijkt dit 60% te zijn. 41,7% van de ouders die bij het screeningsgesprek geen regels heeft, heeft dit bij de follow-up wel.



Figuur 25. Percentage ouders van jongeren ouder dan 16 jaar dat rapporteert bij het follow up gesprek alcoholspecifieke opvoedingsregels te hanteren en dit bij het screeningsgesprek nog steeds niet doet.

2.4.4. Uitkomstindicator: percentage jongeren (en ouders /verzorgers) dat psychologisch gescreend is

Deze uitkomstindicator heeft betrekking op de psychodiagnostiek gericht op onderliggende psychosociale problematiek en op onderkenning van de risicofactoren betreffende schade aan het ontwikkelende brein als gevolg van alcoholmisbruik.

Doel: 90% van de jongeren en de ouders/verzorgers wordt gescreend door middel van de gedragsvragenlijsten (CBCL, TRF, YSR) en het gestandaardiseerd interview bij jongeren en de ouders/verzorgers door de kinder- en jeugdpsycholoog.

Methode: In de spreadsheet wordt bijgehouden wie de gedragsvragenlijsten hebben ingevuld en of zij in het klinisch, subklinisch of het normaal gebied scoorden (N=39).

Resultaat: 100% van de jongeren en ouders /verzorgers is gescreend door middel van 1 of meer gedragsvragenlijsten en een gestandaardiseerd interview; bij 97,4% zijn 2 of meer vragenlijsten afgenomen.

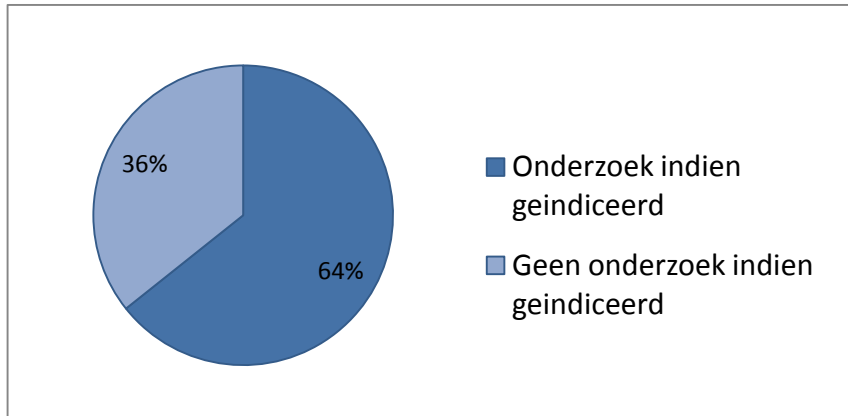
Er zijn inmiddels ook van meer jongeren en ouders/verzorgers patiënten gegevens verzameld die zijn verkregen tijdens het screeningsgesprek bij de psycholoog (N=115). Bij 81,2% van de jongeren en de ouders/verzorgers is een gestandaardiseerd interview en 1 of meer vragenlijsten afgenomen. 74,8% hebben 2 of meer vragenlijsten ingevuld.

2.4.5. Uitkomstindicator: percentage jongeren dat op indicatie neuropsychologisch gescreend is

Doel: Bij 75% van de jongeren waarbij neuropsychologisch onderzoek geïndiceerd is, is dit afgenomen. (Indien drie van de zes indicatoren voor hersenschade bij de jongere aanwezig zijn, is onderzoek geïndiceerd. Indicatoren zijn: sekse (meisjes hebben een grotere kans), leeftijd eerste alcoholisch drankje/jong begonnen, psychische problemen, genetische kwetsbaarheid, drugsgebruik en binge-drinking).

Methodes: In de spreadsheet wordt bijgehouden of er neuropsychologisch onderzoek is afgenomen indien geïndiceerd.

Resultaat: Bij 64,3% (9 van de 14) van de jongeren waarbij onderzoek geïndiceerd is, is onderzoek gedaan. Bij 35,7% van de jongeren is er geen onderzoek gedaan en wel geïndiceerd. Dit doel is niet behaald.



Figuur 26. Percentage jongeren waarbij onderzoek is gedaan indien geïndiceerd.

2.5 Psychosociale en gezinsproblematiek bij jongeren met een alcoholintoxicatie

In deze paragraaf is een overzicht opgenomen van psychosociale- en gezinsproblematiek, van de jongeren die opgenomen zijn geweest met een alcoholintoxicatie. De gegevens zijn gebaseerd op alle 115 jongeren en hun ouders/verzorgers die een screeningsgesprek bij de kinder- en jeugdpsycholoog hebben gehad (N=115).

Drugsgebruik

20% van de jongeren gebruikt cannabis en 1% van de jongeren gebruikt naast cannabis ook andere drugs. Van 12,2% van de jongeren is dit niet bekend. 13,1% is een regelmatige gebruiker (N=15). Kijkend naar de gehele populatie (scholieren 12-19 jaar) heeft 17% van de scholieren ooit cannabis gebruikt (peilstationsonderzoek 2007, Trimbos Instituut) en dit komt overeen met onze getallen.

Genetische kwetsbaarheid

Bij 32,2% komt alcoholverslaving of verslavingsproblematiek voor in de familie. Bij 12,2% komt dit voor in het gezin.

Gezinsproblemen

Van 17,4% van de jongeren zijn er geen gegevens. Bij 28,7% van de jongeren is er sprake van gezinsproblemen. Er is onder andere sprake van scheidingsproblematiek (16,5%), onder toezichtstelling (3,5%) en overige problemen als overlijden van één van de ouders en problemen met andere kinderen in het gezin (8,7%). Bij 37,4% van de jongeren is er sprake van een ouder-kind-interactieprobleem. Bij 33,1% is er sprake van milde interactie problemen en bij 4,3% is er sprake van ernstige interactie problemen (mentale/fysieke mishandeling).

Psychische problemen

Bij 34,8% van de jongeren blijkt uit de screeningsfase /NPO dat er sprake is van psychische problemen of duidelijke aanwijzingen voor psychische problemen. 9,6% van de jongeren blijkt al gediagnosticeerd met ADHD, autisme of borderline. Bij 25,2% van de jongeren zijn er aanwijzingen voor psychische problemen als depressie, eetproblemen, borderline en ADHD. Van 16,5% van de

jongeren zijn er geen gegevens. In een aantal gevallen (N=13) blijkt vòòr fase 2 dat er dermate ernstige problemen zijn dat een acute doorverwijzing geïndiceerd is zonder screening of dat een jongere reeds in behandeling is bij een hulpverleningsinstelling en dat daardoor geen screening wordt gedaan. Altijd in overleg met ouders /andere hulpverleners. Wanneer ook deze groep jongeren wordt meegeteld, blijkt er bij 41,4% van de jongeren sprake te zijn van psychische problematiek. Kijkend naar de gehele populatie rapporteert 1 op de 5 jongeren (11-18 jaar) psychische problemen (RIVM 2003).

Seksueel misbruik en ingrijpende gebeurtenissen

Van 17,4% van de jongeren is dit niet bekend.

Bij 4,3% van de jongeren is sprake van seksueel misbruik (N=5), voor of tijdens het incident van de alcoholintoxicatie. In 37,4% van de gevallen hebben er ingrijpende gebeurtenissen plaatsgevonden de afgelopen periode (ongeveer een jaar), waaronder overlijden van een naaste, seksueel misbruik, ernstige ziekte van zichzelf of een naaste en emotionele problematiek.

Schoolproblemen

Bij 31,3% van de jongeren is er sprake van een schoolprobleem; 7% van de jongeren is blijven zitten, 19,1% van de jongeren is een schoolniveau lager gegaan. 5,2% van de kinderen is naar een lager niveau gegaan en blijven zitten.

Gedragsvragenlijsten

Tijdens het screeningsgesprek is het de bedoeling dat de jongere een gedragsvragenlijst invult (YSR) (wanneer de psycholoog met de ouders praat). De ouders en de school hebben deze gedragsvragenlijst (CBCL & TRF) ook in moeten vullen voorafgaand aan het screeningsgesprek. Van de 39 patiënten die het gehele traject doorlopen hebben, hebben 97,4% patiënten twee of meer vragenlijsten ingevuld (Er zijn bijvoorbeeld over Piet twee vragenlijsten ingevuld door zichzelf en door moeder).

In tabel 3 staat voor N=39 weergegeven hoeveel procent van de jongeren volgens moeder, vader, de jongere zelf en de school in het 'klinisch' of 'subklinisch' gebied scoort. Met 'subklinisch' of 'klinisch' wordt bedoeld dat dit afwijkt van de normgroep. Bijvoorbeeld uit de gedragsvragenlijsten van de moeder komt naar voren dat 10,4% van de jongeren in het 'klinisch gebied' scoort op de CBCL, 5,2% van de jongeren scoren in het subklinisch gebied en 53% in het normaal gebied, 31,3% van de moeders had geen vragenlijst ingevuld.)

N=39	Klinisch	Subklinisch	Normaal	Niet ingevuld
Moeder				
Internaliseren	10,4%	5,2%	53%	31,3%
Externaliseren	11,3%	8,7%	48,7%	31,3%
Totaal	12,2%	2,6%	54,8%	30,4%
Vader				
Internaliseren	9,6%	4,3%	40,9%	45,2%
Externaliseren	8,7%	8,7%	45,2%	44,3%
Totaal	11,3%	4,4%	40,9%	43,5%
Zelf				
Internaliseren	5,2%	2,6%	71,3%	20,9%
Externaliseren	7,8%	6,1%	65,2%	20,9%
Totaal	4,3%	5,2%	69,6%	20,9%
School				
Internaliseren	4,3%	4,3%	23,5%	67,8%
Externaliseren	10,4%	7,0%	14,8%	67,8%
Totaal	8,7%	6,1%	17,4%	67,8%

Tabel 3. N=39 Percentage jongeren dat volgens moeder, vader, de jongere zelf of school in het klinisch, het subklinisch of het normaal gebied scoort op de gedragsvragenlijst Daarnaast staat het percentage vermeld van niet ingevulde vragenlijsten.

De percentages zijn ook berekend voor alle patiënten die alle vragenlijsten hebben ingevuld. In tabel 4 staan deze percentages weergegeven en wordt ook aangegeven voor hoeveel jongeren die al zijn ingevuld (N).

	Klinisch	Subklinisch	Normaal	Aantal (N=)
Moeder				
Internaliseren	15,2%	7,6%	77,2%	79
Externaliseren	16,5%	12,7%	70,9%	79
Totaal	17,5%	3,8%	78,8%	80
Vader				
Internaliseren	17,5%	7,9%	74,6%	63
Externaliseren	15,6%	14,1%	70,3%	64
Totaal	20%	7,7%	72,3%	65
Zelf				
Internaliseren	6,6%	3,3%	90,1%	91
Externaliseren	9,9%	7,7%	82,4%	91
Totaal	5,5%	6,6%	87,9%	91
School				
Internaliseren	13,5%	13,5%	73%	37
Externaliseren	32,4%	21,6%	45,9%	37
Totaal	27%	18,9%	54%	37

Tabel 4. N=115 Percentage jongeren dat volgens moeder, vader, de jongere zelf of school in het klinisch, het subklinisch of het normaal gebied scoort op de gedragsvragenlijst.

2.6 Ervaringen in het uitvoeren van het project en implementatie van de werkwijze

In deze paragraaf wordt uiteen gezet welke positieve en negatieve ervaringen de projectgroep heeft opgedaan zowel in de aanloop tot, als bij de uitvoering van het project. Daarnaast wordt er ingegaan op het verloop en de ervaringen rondom de implementatie

2.6.1 Positieve ervaringen

De ondersteuning vanuit PVA, CBO en het Trimbos Instituut is van grote waarde geweest voor de start van het project en het opstellen van het projectplan. De medewerkers van de genoemde organisaties zijn toegankelijk en beschikken over veel relevante expertise en ervaring die onontbeerlijk zijn voor een adequate uitvoering van het project. Bovendien blijken de bijeenkomsten van de PVA een belangrijke inspiratiebron voor de projectleiding door de uitwisseling van de verschillende projecten en diversiteit aan disciplines.

Met ondersteuning van het CBO is er een projectplan opgesteld met doelstellingen en indicatoren aan de hand van andere voorbeelden van projecten die door hen zijn begeleid. Het definitieve protocol van de werkwijze zal eveneens met ondersteuning van het CBO tot stand komen.

Bij het opstellen en indienen van het communicatieplan heeft het Trimbos Instituut een belangrijke bijdrage geleverd

Een concreet voorbeeld van de wederzijdse samenwerking is verder de bijdrage die door de projectgroep is geleverd aan de handleiding bij de website www.watdrinkij.nl van het Trimbos Instituut. Omdat de website onderdeel is van het project is er gebruik gemaakt van de projectervaringen bij het opstellen van de betreffende handleiding.

De samenwerking met de pilotziekenhuizen is eveneens een zeer inspirerende en interessante ervaring geweest. De wijze waarop de ziekenhuizen in de aanpak, expertise en (regionale) samenwerking verschillen, kortom de “couleur locale”, is een bron van discussie geweest en heeft daarmee afstemming en verfijning van de totale aanpak en het conceptprotocol tot stand gebracht. Het enthousiasme, de inzet en de aandacht voor het onderwerp bij het hele team van de pilotziekenhuizen is onverminderd groot gebleken.

Op het gebied van de algemene aanpak van patiënten en hun ouders blijkt dat er veel overlap bestaat tussen de verschillende uitvoerders in de ziekenhuizen. De kinderartsen en medisch personeel zijn

voldoende geschoold en ervaren om de conceptprotocollen (medisch-technisch en verpleegkundig-pedagogisch deel, zie bijlage X)) in de praktijk toe te passen en deze bleken goed bruikbaar. De ondersteuning en coaching vanuit de projectleiding hadden vooral betrekking op de finesses in de aanpak. Vooral bejegening van de doelgroep; hoe ga je om met een ongemotiveerde puber of met ouders die vragen of je geen infuus wilt geven aan hun kind want “dan heeft ie tenminste een kater morgen, anders leert hij er nog niets van”. Wanneer wordt het AMK (Advies en meldpunt Kindermishandeling) bij een bepaalde casus betrokken, wat doe je als de volgende dag een clubje vrienden luidruchtig lachend de kinderafdeling bezoekt met een fles drank voor de opgenomen jongere? Ook het geven van een zgn. klinische les aan de kinderverpleegkundigen behoorde tot de activiteiten omdat ouders van de jongeren vaak het gevoel hebben “met de nek aangekeken te worden” door het personeel van het ziekenhuis. Dit soort vragen vanuit de uitvoerders van de pilotziekenhuizen over aanpak en het protocol, zijn regelmatig aanleiding geweest tot het herzien of uitbreiden van het conceptprotocol. Ook medisch-technische vragen, bijvoorbeeld wanneer is een alcoholintoxicatie zo ernstig is dat er tot een opname overgegaan moet worden, of kan een kind kortdurend worden geobserveerd op de SEH, zijn uitgebreid besproken.

In sommige ziekenhuizen zijn ook in het weekend pedagogisch medewerkers beschikbaar en deze zijn nog meer dan de kinderverpleegkundigen, ervaren in het geven van o.a. psycho-educatie en de afname van de drinktest op www.watdrinkjij.nl. Omdat jongeren bijna altijd in het weekend worden opgenomen met een alcoholintoxicatie, lijkt dat een voordeel bij de uitvoering van het verpleegkundig-pedagogisch deel van het conceptprotocol.

De medisch psychologische uitvoerders van de pilotziekenhuizen laten meer variatie zien in ervaring en scholing. Een aantal van hen zijn GZ-psycholoog of daarvoor in opleiding, anderen basispsycholoog. Niet iedereen heeft ervaring met pubers of met neuro-psychologisch onderzoek. De ondersteuning en coaching vanuit de projectleiding heeft zich dus vooral gericht op deze onderdelen en werd op maat geleverd bij de bezoeken aan de individuele uitvoerders o.a. door middel van casusbesprekingen en op intervisiewijze tijdens de plenaire bijeenkomsten met alle uitvoerders (psychologen). Het psychologisch protocol bleek goed werkbaar en is uitgebreid met een aantal praktische en inhoudelijke punten op aanwijzingen van de individuele uitvoerders.

De samenwerking tussen psychologen en kinderartsen is in ziekenhuizen over het algemeen intensief, logistiek goed georganiseerd en van hoog niveau. Dit geldt ook voor de pilotziekenhuizen. Bijna alle psychologen zijn in dienst van het ziekenhuis. Werkplekken van de psychologen bevinden zich op de poliklinieken kindergeneeskunde of in de buurt daarvan. Er zijn vaste wekelijkse overleggen, vaste samenwerkingsverbanden bij bepaalde doelgroepen zoals diabetespatiënten (waarbij life-style een belangrijke rol speelt) en er is een kindermishandeling werkgroep. De voor het project gevraagde samenwerking is daarom moeiteloos opgegaan in de al bestaande netwerken. Daarnaast is er door de uitvoerders van de pilotziekenhuizen in hun eigen infrastructuur een passend systeem ontwikkeld voor de polikliniek Jeugd- en alcohol. Zo heeft het Westfriesgasthuis Hoorn een carrouselspreekuur waarbij de patiënt en zijn ouders aansluitend afspraken hebben bij de kinderarts en de psycholoog.

Het project heeft zeer veel media-aandacht en daarmee een bepaalde status gekregen waardoor er veel contacten konden worden gelegd met kopstukken op politiek en wetenschappelijk terrein die zich met jongeren en alcohol bezig houden, zowel nationaal als internationaal. Bovendien hebben daardoor belangrijke preventie boodschappen voor ouders en andere opvoeders een veel groter publiek kunnen bereiken dan alleen de ouders van patiënten of andere direct betrokkenen.

Belangrijke leerpunten hierbij waren bescherming van de patiënt en zijn gezin en het overbrengen van de belangrijkste preventieboodschap met in acht neming van de meeste recente wetenschappelijke bevindingen op het gebied van jeugd en alcohol. Er is getracht het aandeel van de psychologen in de media evenredig aan bod te laten komen om daarmee het multidisciplinaire karakter van de polikliniek jeugd & alcohol optimaal te profileren.

2.6.2 Negatieve ervaringen

Een belangrijk obstakel bij de start van het project is de financiering van de ondersteuning door medisch kinder- en jeugdpsychologen geweest. Ondanks het criterium in de call, waarbij de Raad van Bestuur van de aangemelde ziekenhuizen door ondertekening akkoord gaven op de extra investering in deze ondersteuning (zowel fte voor medische psychologie als aanschaf van neuropsychologisch

onderzoeksmateriaal) is dit niet goed nagekomen. Daardoor is er forse vertraging ontstaan bij de start van het project. Psychologen hebben niet vanaf januari 2009 de mogelijkheid en tijd in de agenda's om aan het werk te gaan met de nieuwe doelgroep en hebben te laat de beschikking gekregen over het benodigde neuro-psychologisch onderzoeksmateriaal. Als gevolg daarvan zijn er een aantal doelstellingen niet of onvoldoende behaald en hebben er hoogstwaarschijnlijk minder patiënten direct de begeleiding of de diagnostiek ontvangen die zij nodig hadden.

Ook leverde het soms onnodige en vervelende discussies op bij de meetings hetgeen ten koste ging van de inhoud van het project. Uiteindelijk is er een half jaar na aanvang van het project bij alle pilotziekenhuizen een manier gevonden om het project (tijdelijk) te financieren; ofwel via de zorgverzekeraar (twee ziekenhuizen), via provinciale subsidie (één ziekenhuis) dan wel via GGZ-DBC's (twee ziekenhuizen).

Verder kwamen er gedurende fase 1 en 2 een groot aantal verzoeken van andere ziekenhuizen om ervaringen te delen; te helpen bij het opzetten van een lokale polikliniek. Het niet optimaal aan deze verzoeken kunnen voldoen beschouwen wij als een negatieve ervaring.

2.6.3. Conclusies m.b.t. implementatie van de aanpak bij de pilotziekenhuizen

Op het gebied van de totale aantallen patiënten, verwijzingen vanuit de regioziekenhuizen en de aantallen drop-outs en doorverwezen patiënten zijn er duidelijk een aantal verschillen te benoemen. Zoals te zien is in de cirkeldiagrammen uit paragraaf 2.2 verloopt het verwijzen vanuit de regioziekenhuizen naar de pilotziekenhuizen nog wat stroef, zeker ten opzichte van de regioziekenhuizen rondom Delft. Het varieert van 6% tot 50% van de totale groep patiënten. Dit zorgt er waarschijnlijk mede voor dat in deze regio's minder jongeren met een alcoholintoxicatie hebben deelgenomen aan het nazorgtraject bij de pilotziekenhuizen dan in de regio Delft.

Een verklaring hiervoor kan zijn dat er in de directe omgeving van Delft meer ziekenhuizen zijn waar al veel mee samengewerkt wordt. De grotere geografische afstand speelt waarschijnlijk een belangrijke rol in Leeuwarden, waar de betreffende teamleden aangeven dat er maar weinig regioziekenhuizen om die reden patiënten willen verwijzen. Ook komt het voor dat patiënten zelf om die reden niet verschijnen voor (alle) afspraken bij de polikliniek.

Daarnaast is in de regio Delft de polikliniek langer actief en meer bekend bij zowel personeel van de regioziekenhuizen als de (ouders van) patiënten.

In de overige regio's heeft het veel tijd en energie gekost om de regioziekenhuizen te benaderen en te informeren. Ondanks deze inspanningen bleef het aantal verwijzingen tot nu toe beperkt. Een andere belangrijke verklaring is dat andere ziekenhuizen in de regio zelf een aanpak hebben opgezet voor de doelgroep. Meestal is dit een samenwerking met de verslavingszorg. De ervaring leert dat veel ziekenhuizen niet willen wachten op de uitkomsten van de pilot, maar gezien de vele opnames van jongeren met een alcoholintoxicatie, zelf een nazorg aanpak regelen. Uiteraard worden dan de patiënten niet doorverwezen naar een pilotziekenhuis, maar wordt de nazorg vanuit de verslavingszorg geregeld of door de psycholoog in het betreffende ziekenhuis. Bijvoorbeeld in de regio van Hoorn heeft het Slotervaart ziekenhuis Amsterdam een eigen C & A poli (cannabis en alcohol) voor jongeren gestart en het Gemini ziekenhuis in Den Helder en MCA in Alkmaar hebben een samenwerking met de verslavingszorg opgezet volgens het model van Delft.

Het aantal drop-outs varieert per pilotziekenhuis van 25 % tot 34 % van het totale aantal patiënten. Mogelijk speelt de benadering van de niet verschenen patiënten hierbij een rol. Ook wordt vanuit het pilotziekenhuis met de meeste drop-outs gemeld dat er vaak door ouders wordt aangegeven dat men de aanpak erg overdreven vindt en daardoor afhaken. Het gaat daar vaak om jongeren boven de 16 jaar uit een laag sociaal-economisch milieu die een beroepsopleiding doen. "Zij werken hard en in het weekend drinken zij te veel", is de indruk bij de uitvoerders van dit pilotziekenhuis. Door de doelgroep en hun ouders wordt dit gedrag echter als helemaal normaal beschouwd en derhalve is deze groep moeilijk te motiveren voor de aanpak. Zelfs komt het vaker voor dat ouders zelf de opname op de SEH en de kinderafdeling als een vorm van "toevallige pech" voor hun kind zien, omdat de rest van de vriendengroep soms meer heeft gedronken maar gewoon thuis in bed de roes heeft kunnen uitslapen. De groep patiënten die direct worden doorverwezen elders of al elders in behandeling zijn

varieert van 0 % tot 21%. Deze grote spreiding zal worden meegenomen in het verder uitwerken van het protocol op dit punt.

3 Conclusies en discussie

Terugkomend op de onderzoeksvragen volgt in deze paragraaf de conclusie en discussie: Is het nazorgtraject uitvoerbaar, effectief en tot welke resultaten leidt dit?

3.1 Toelichting op de afwijking van de verwachte aantallen

Zoals blijkt uit hoofdstuk 2 zijn de verwachte aantallen van jongeren die het gehele nazorgtraject hebben doorlopen niet behaald. Er is een aantal praktische redenen daarvoor aan te wijzen. Allereerst is er sprake van een vertraging in de start van het project als gevolg van de tekortschietende financiering van de medische psychologie. Ten tweede kan pas bij de follow-up, na een half jaar, geanalyseerd worden of het nazorgtraject succesvol is geweest. Dat betekent dat nu alleen de gegevens van jongeren die in de eerste helft van 2009 opgenomen zijn geweest met een alcoholintoxicatie, beschikbaar zijn voor analyse. Ten derde treedt er meer vertraging op dan de bedoeling is; de eerste (screening) afspraak bij de kinderarts en de psycholoog is later dan er in het protocol is aangegeven. Waarschijnlijk is dit het gevolg van enerzijds vertraging aan de kant van de regioziekenhuizen, anderzijds de problemen met een goede planning omdat de verwijzingen niet gelijkmatig binnenkomen maar er pieken zijn. Daarnaast is er vaak sprake van afbellen door ouders van een (op tijd) geplande afspraak vanwege werk /school/vakantie. Ook is er sprake van vertraging bij de follow up afspraak wanneer er een neuropsychologisch onderzoek is afgenomen bij een jongere. Er wordt dan gekozen om de follow up uit te stellen, omdat het adviesgesprek vaak pas een aantal maanden na de alcoholintoxicatie plaatsvindt en dan vlak voor de follow up afspraak. In overleg met ouders en jongere wordt er dan voor gekozen de follow up uit te stellen zodat er meer effectmeting kan plaatsvinden van de gegeven adviezen.

Als laatste kan geconcludeerd worden dat er ook minder verwijzingen vanuit de regioziekenhuizen binnenkomen dan de bedoeling was. De ervaring leert dat veel ziekenhuizen niet willen wachten op de uitkomsten van de pilot, maar gezien de hoge aantallen jongeren met een alcoholintoxicatie die opgenomen worden, zelf een aanpak regelen. Uiteraard worden dan de patiënten niet doorverwezen naar een pilotziekenhuis, maar wordt de nazorg vanuit de verslavingszorg geregeld of door de psycholoog in het betreffende ziekenhuis.

Er zijn ook inhoudelijke redenen aan te wijzen voor de afwijking van de verwachte aantallen.

Het aantal drop-outs is niet binnen de 25 % gebleven. Wel voor controle bij óf de kinderarts dan wel de kinderpsycholoog, maar niet bij beide. Opgemerkt dient te worden dat de definitie van drop-out in dit project strak staat afgesteld; als de patiënten en ouders bij een enkele afspraak niet verschijnen, maar wel bij veel anderen worden zij toch direct aangemerkt als drop-out.

Vooral vanuit de regioziekenhuizen en de leeftijd van de jongeren blijken oorzaak van de drop-out te zijn. Ouders van jongeren vanaf 16 blijken eerder af te zien van het nazorgtraject. Verklaring hiervoor kan zijn dat ouders het normaal vinden dat een jongere van 16 jaar of ouder alcohol drinkt en dan ook weleens teveel drinkt. De huidige wetgeving ondersteunt hen daarin en daarmee ook de beschikbaarheid van alcohol in winkels, bij het uitgaan, op feestjes en sportclubs enz.. Het wordt dan wellicht ook acceptabel gevonden dat die jongere vervolgens "out" gaan van alcohol en/of de verantwoordelijkheid van de alcoholintoxicatie wordt meer bij de jongere gelegd en wanneer die niet wil meewerken aan het nazorgtraject zal een ouder zich daar eerder bij (moeten) neerleggen. Juridisch gezien kan een jongere vanaf 16 niet verplicht worden door ouders /arts /psycholoog om mee te werken aan een behandeling en mag hij zelf kiezen. Ouders van jongeren uit de regioziekenhuizen haken ook iets eerder af; dit kan worden verklaard door het feit dat de laagdrempeligheid van het project voor deze categorie minder opgaat.

Met de pilotziekenhuizen zal worden besproken welke maatregelen genomen moeten worden om de drop-outs verder terug te dringen. Nabellen wanneer mensen niet komen op afspraken is een maatregel. Daarnaast kan er een discussie op gang worden gebracht in hoeverre het nazorgtraject op vrijwillige basis kan worden aangeboden, of dat er een dwingender beroep kan worden gedaan op ouders om deel te nemen.

Daarnaast blijkt er een groep jongeren te zijn die nog vòòr de screeningsfase door de kinderarts of de psycholoog doorverwezen worden naar (reeds ingezette) andere hulp bij GGZ /BJZ /verslavingszorg. Het nazorgtraject wordt dan niet ingezet omdat verondersteld wordt dat het traject geen toegevoegde waarde heeft of zelfs contra geïndiceerd is voor de betreffende jongere.

Er kan worden gekeken in hoeverre deze jongeren wel mee kunnen worden genomen in de analyse door (schriftelijk/telefonisch) de benodigde informatie te achterhalen.

3.2 Doelstellingen

In deze paragraaf worden de conclusie en discussie en mogelijke oplossingen van de belangrijkste doelstellingen uitgewerkt. Er dient te worden opgemerkt dat het voor een aantal doelstellingen gaat om kleine aantallen en de resultaten dus met voorzichtigheid dienen te worden geïnterpreteerd.

3.2.1. Doelstelling: Gedragsverandering bij jongeren

Conclusie

Het nazorgtraject is effectief in het bereiken van een gedragsverandering bij de jongeren. Ze rapporteren zelf dat ze grotendeels geen alcohol meer drinken < 16 jaar, doen niet meer aan binge-drinking en er vindt geen recidive plaats. Opvallend is dat zowel bij de jongeren onder als boven de 16 jaar een verbetering in het drinkgedrag aangetoond wordt. Bij de jongeren zelf speelt leeftijd blijkbaar geen rol en is de aanpak van het nazorgtraject voor de hele leeftijdsgroep effectief.

Discussie

Het gaat hier om zelfrapportage; hoe betrouwbaar is deze informatie? Operationalisatie van het drinkgedrag is echter hetzelfde bij de screening als bij de follow up. Wellicht bestaat de neiging bij de jongere om bij de follow up sociaal wenselijker te zijn met betrekking tot zijn drinkgedrag omdat het dan gaat om beëindiging van het traject.

Eventuele oplossingen

- Betrouwbaarheid verhogen door op anonieme wijze gedragsverandering te rapporteren
- Benadrukken dat het geen consequenties zal hebben voor verdere beloop (kan eigenlijk niet)).

3.2.2. Doelstelling: Gedragsverandering bij ouders

Conclusie

Het nazorgtraject is effectief in het bereiken van een gedragsverandering bij de ouders van jongeren die jonger zijn dan 16 jaar. Ouders blijken bij de follow up meer alcoholspecifieke opvoedingsregels te hanteren dan voor de alcoholintoxicatie. Het nazorgtraject blijkt echter niet effectief genoeg in het bereiken van een gedragsverandering bij ouders van jongeren van 16 jaar en ouder. Ouders van jongeren ouder dan 16 jaar blijken lastig te beïnvloeden en er moet nog meer aandacht komen voor hun rol in het drinkgedrag van hun kinderen.

Discussie

Vooralsnog is onduidelijk wat de reden is voor het verschil. Wellicht ontbreekt het bij de ouders vooral aan het consequent handhaven van regels; het is immers moeilijker voor ouders om te controleren of een 16-jarige een beetje (2 alcoholische drankjes) of meer heeft gedronken dan het is om een 15-jarige te controleren of hij überhaupt heeft gedronken. Wellicht speelt bij de ouders van deze groep jongeren hetzelfde als bij de ouders van drop-outs van 16 jaar en ouder. Ze hebben wellicht het idee dat het normaal en acceptabel is dat een jongere vanaf 16 drinkt en/of teveel drinkt en dat de invloed van hen als ouders te gering is /de verantwoordelijkheid van de jongere groter is. De wettelijke basis (alcohol te verbieden onder 18 jaar) zou ouders wellicht kunnen ondersteunen in het hanteren van alcoholspecifieke opvoedingsregels.

Eventuele oplossing

- Meer aandacht voor motiverende gespreksvoering voor verandering van het gedrag van ouders van jongeren van 16 jaar en ouder, evenals aandacht voor vaardigheden. Er dient een aparte benadering te komen voor ouders van jongeren van 16 jaar of ouder.

3.2.3. Doelstelling: Psychodiagnostiek gericht op onderliggende psychosociale problematiek en op onderkenning van de risicofactoren betreffende schade aan het ontwikkelende brein als gevolg van alcoholmisbruik.

Conclusie

Het nazorgtraject is effectief in het screenen van jongeren op psychosociale en overige problematiek en het doorverwijzen naar andere instellingen.

De doelstelling blijkt bij de neuropsychologische screening (nog) niet behaald.

Discussie

Eisen in de call zijn matig en te laat nagekomen door de pilotziekenhuis organisatie waardoor deze te laat zijn gestart. Ook blijkt dat de verschillende psychologen niet altijd het aanbevolen protocol aanhouden en het praktisch een hoge drempel opwerpt voor de jongere om aan een onderzoek deel te nemen. Motiveren van de jongeren en hun ouders voor het onderzoek is te weinig /onduidelijk beschreven in het protocol.

4 Aanbevelingen vervolgproject

De voorlopige resultaten van het project zijn veelbelovend. De aanpak blijkt effectief te zijn betreffende gedragsverandering bij de jongeren (recidive wordt voorkomen) en voor ouders van de jongeren tot 16 jaar. Het aanbieden van een nazorgtraject blijkt bovendien noodzakelijk omdat er bij 41% van de jongeren sprake is van meer onderliggende problematiek op het gebied van gedrag, bij school en/of gezin die doorverwijzing of kortdurende interventie noodzakelijk maakt. De resultaten op het gebied van de neuropsychologie laten een wisselend beeld zien waarbij enerzijds duidelijk aanwijzingen worden gevonden voor verminderde prestaties in vergelijking met de cito-score en schooladvies, anderzijds zijn er aanwijzingen dat er ook een verband is tussen te laag schoolniveau, verveling en gedragsproblemen/alcoholgebruik. Uiteraard is er nog veel meer onderzoek noodzakelijk om hierover uitspraken te kunnen doen. Het project biedt op dat vlak veel mogelijkheden.

Voorts lijkt dat de laagdrempeligheid die het project biedt door in het ziekenhuis zelf een nazorgtraject aan te bieden voor mensen uit de omgeving een belangrijke succesfactor te zijn en wellicht een rol te spelen bij drop-outs. De multidisciplinaire aanpak binnen het ziekenhuis biedt, zoals verwacht, voordelen voor wat betreft laagdrempeligheid en het niet stigmatiseren voor jongeren en hun ouders. De mogelijkheden tot overleg, de korte lijnen tussen de disciplines zijn eveneens een belangrijk voordeel. Het aantal jongeren waarbij de analyse heeft plaatsgevonden is echter nog gering en daarom zal er in juni 2010 opnieuw een totale analyse moeten komen van de jongeren en hun ouders die dan het hele traject hebben gevolgd. Het verwachte aantal in januari 2011 is 168 patiënten die het gehele traject hebben doorlopen en niet zoals gepland 200 patiënten in juni 2010. Dit vanwege de follow-up die een half jaar later plaatsvindt.

Het voorstel is fase 2 met een half jaar te verlengen waarbij de financiering voor deze periode door de ziekenhuizen zelf geregeld moet worden, zoals in de 'call' staat vermeld.

Behalve de afronding van de lopende pilots kan in fase II ook een inventarisatie over implementatiewenselijkheden en mogelijkheden land-breed worden uitgevoerd ter ondersteuning van de "uitrol" in fase III en daar ook wat meer structuur aan bieden. De studie zou onder eindregie van de projectgroep door IQ-Health kunnen worden uitgevoerd, ondersteund door het CBO.

5 Literatuur

1. Van Kleef, L. E. & van der Lely, N. (2006). Jongeren met alcoholintoxicatie, een groeiend probleem. *Ned. Tijdschrift Geneeskunde*, 150(46), 2521-2522.
2. Wilsterman MEF, Dors N, Sprij AJ, Wit JM. Kliniek en beleid bij jongeren met alcoholintoxicatie op de afdelingen voor spoedeisende hulp in de regio Den Haag, 1999-2001. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2004;148:1496-500.
3. Multidisciplinaire richtlijn bij stoornissen in het gebruik van alcohol 2009
4. Mallet, K.A., Lee, C. M., Neighbors, C., Larimer, M. E. & Turrisi, R. (2006). Do we learn from our mistakes? An examination of the impact of negative alcohol-related consequences on college students' drinking patterns and perceptions. *Journal of Studies on Alcohol*, 67, 269-276.
5. Verdurmen, J.(2006). Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar, schadelijke effecten en effectiviteit van alcoholinterventies. Trimbos Instituut Utrecht.
6. Spirito, A., Monti, P. M., Barnett, N. P., Colby, S. M., Sindelar, H., Rohsenow, D. J., Lewander, W. & Myers, M. (2004). A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *The journal of pediatrics*, 145(3), 396-402.
7. van der Vorst, H. (2007). *The Key to the cellar door: the role of the family in alcohol use*. Dissertatie Universiteit van Nijmegen Tapert, S. F., Caldwell, L. & Burke, C. M. A.(2004-2005). Alcohol and the adolescent brain. *Alcohol research & health*, 28(4), 205-212.
8. Onderzoek Jeugd 12 t/m 18 jaar 2005, GGD Zuid-holland West.
9. Couwenbergh C.P.G. (2009) Substance abuse and its co-occurrence with other mental health problems in adolescents. Proefschrift Radbouduniversiteit Nijmegen.
10. Corte, C. M. & Sommers, M. S. (2005). Alcohol and risky behaviours. *Annual Review of Nursing Research*, 23, 327-360.
11. Fergusson, D. W. & Horwood, L. J. (2000). Alcohol abuse and crime: a fixed effects regression analysis. *Addiction*, 95, 1525-1536.
12. Valkenberg, H., van der Lely, N. & Brugmans, M.(2007). Alcohol en jongeren: een ongelukkige combinatie. *Medisch Contact online* 2007,(www.veiligheid.nl).
13. Tapert, S. F., Caldwell, L. & Burke, C. M. A.(2004-2005). Alcohol and the adolescent brain. *Alcohol research & health*, 28(4), 205-212.

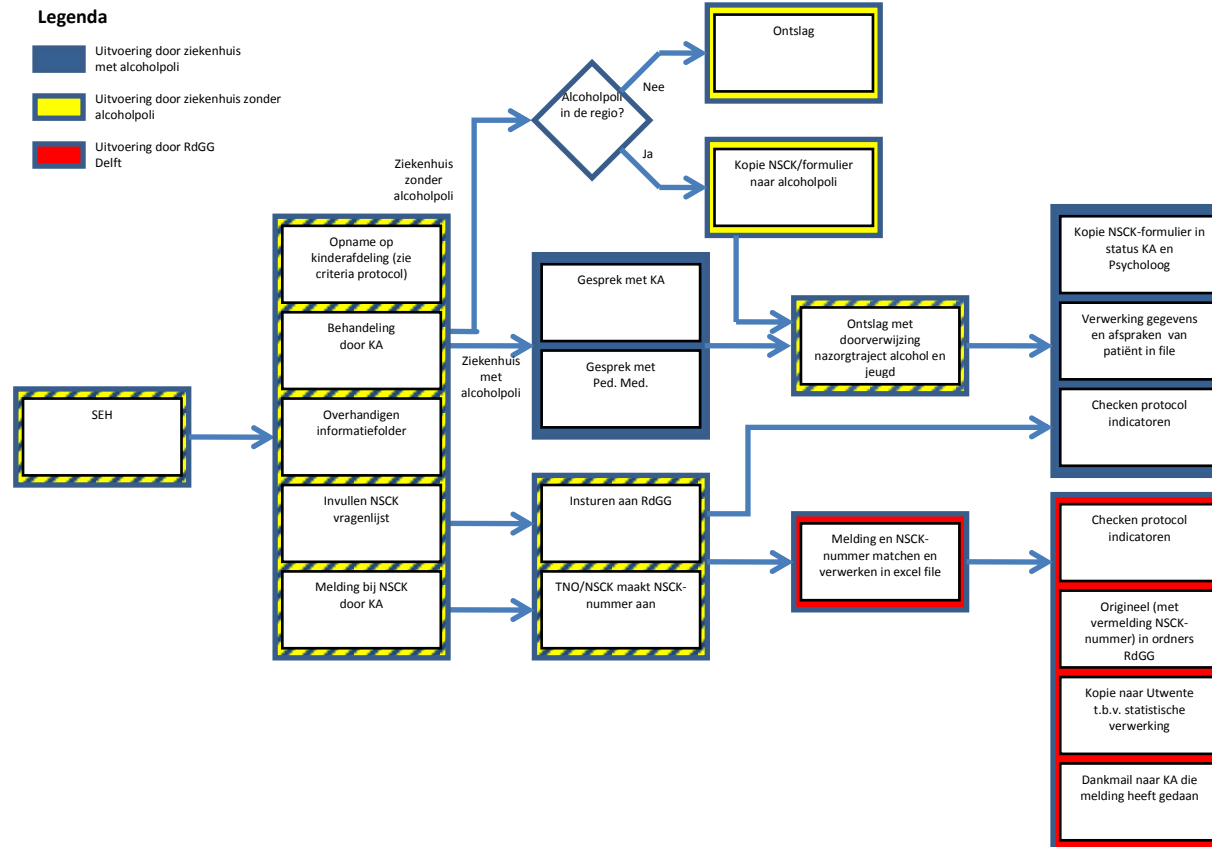
Bijlage I. Verklaringen

Pilotziekenhuizen	Onderstaande ziekenhuizen zijn in september 2008 aangewezen als pilot ziekenhuizen voor het “Project ter voorkoming van Alcoholschade” <i>Pilot ziekenhuis</i> Reinier de Graaf Gasthuis Westfriesgasthuis Medisch Centrum Leeuwarden Catharina ziekenhuis/ Máxima Medisch Centrum	<i>Locatie</i> Delft Hoorn Leeuwarden Regio Eindhoven
Regioziekenhuizen	De ziekenhuizen in dezelfde regio van één van de pilotziekenhuizen verwijzen de jongeren die met een alcoholintoxicatie worden opgenomen op de SEH door naar het dichtstbijzijnde pilotziekenhuis voor het nazorgtraject.	
Project plan	Een protocol samengesteld door de projectleiders in samenwerking met het CBO met aanbevelingen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de zorgverlening aan jongeren met een alcoholintoxicatie. Het is primair ontwikkeld voor kinderartsen, kinderpsychologen, pedagogisch medewerkers en anderen die primair betrokken zijn bij de klinische opvang, behandeling en het poliklinische nazorgtraject voor jongeren met een alcoholintoxicatie.	
Project leiding	Dr. N. van der Lely en Drs. M.D.C. de Visser zijn de projectleiders van het project ‘voorkom alcoholschade bij jongeren’.	
Project groep	De projectgroep bestaat uit de onderstaande personen: Dr. N. van der Lely, kinderarts/ projectleider Drs. M.D.C. de Visser, kinder- en jeugdpsycholoog/ projectleider Drs. A.A. van Blitterswijk, veldonderzoeker/ kinder- en jeugdpsycholoog Mw. R.M. Gelevert – Verboom, projectcoördinator Mw. I.S. Boersma, communicatieadviseur	
Alcoholintoxicatie	Zoveel alcohol tot je nemen totdat je een dokter moet bezoeken.	
Binge-drinking	In een korte tijd excessieve hoeveelheden alcoholhoudende consumpties drinken. Voor mannen/jongens betekent dit ≥ 5 drankjes per gelegenheid minimaal 1 keer per maand en voor vrouwen/meisjes betekent dit ≥ 4 drankjes per gelegenheid minimaal 1 keer per maand (Trimbos).	
Drop-outs	Een drop-out wordt in dit project gedefinieerd als een jongere die niet het gehele traject (fase 1,2 en 3 zowel bij de kinderarts als bij de kinderpsycholoog) heeft doorlopen.	
Alcoholspecifieke opvoedingsregels	Onder alcoholspecifieke opvoedingsregels wordt verstaan dat ouders hun kind jonger dan 16 jaar verbieden alcohol te drinken en consequent toezicht houden, indien hun kind 16 jaar is of ouders verbieden zij binge-drinking en sterke drank. Wanneer ouders wel regels hebben maar deze niet consequent handhaven of onjuiste regels hanteren (zoals maximaal 2 drankjes) wordt dit gelabeld als geen alcoholspecifieke opvoedingsregels.	
Spreadsheet Algemeen	Met behulp van een excelsheet is door alle ziekenhuizen bijgehouden hoeveel patiënten er zijn binnengekomen op de SEH en hoeveel patiënten hebben deelgenomen aan het nazorgtraject. Hierin werd onder andere bijgehouden of zij bij de kinderarts en de kinderpsycholoog zijn verschenen, bijzonderheden, alcoholpromillage etc.	

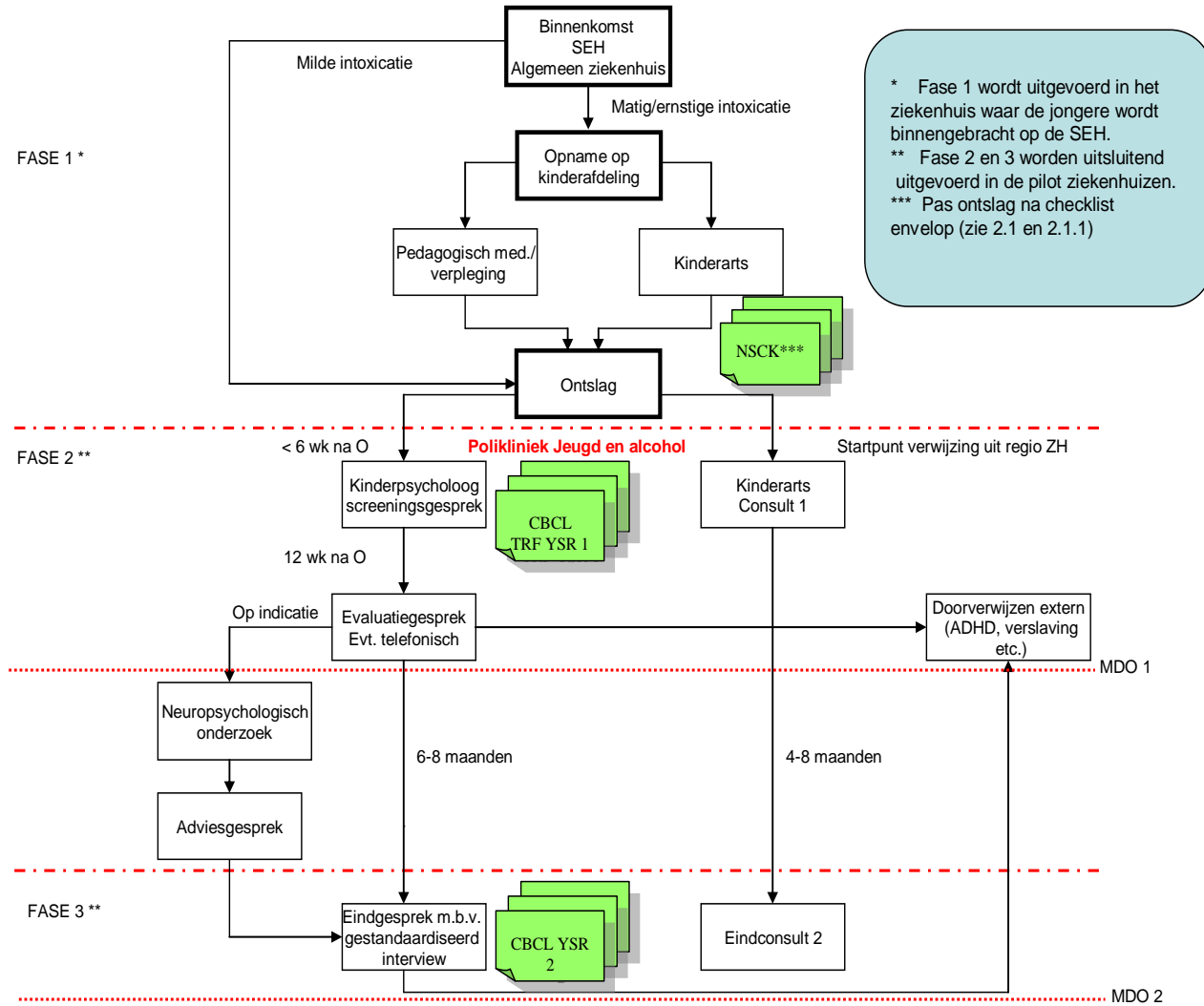
Spreadsheet Psychologische gegevens

Met behulp van een excelsheet is door de kinder- en jeugdpsychologen uit de vijf verschillende pilotziekenhuizen bijgehouden of er bij de jongeren die deelnamen aan het nazorgtraject sprake was van problematiek. Hierin werd onder ander bijgehouden of de jongeren hun drinkgedrag verbeterden, of ouders alcoholspecifieke opvoedingsregels hanteerden, of zij gedragsvragenlijsten hebben ingevuld, of er sprake was van schoolproblematiek en gezinsproblematiek etc.

Bijlage II. Flowchart doorverwijzing polikliniek Jeugd & Alcohol



Bijlage III. Flowchart verloop jongeren in het nazorgtraject



Bijlage IV. Intelligentie onderzoek en Cito-scores

Cito-score	Advies obv cito	School Advies	Huidig niveau	Totaal IQ	Verbaal IQ	Performaal IQ	Niveau obv IQ	Profiel
NB		VMBO basis	VMBO basis	78	70	85	VMBO basis	0
NB		Havo/vwo	VMBO-TL	85	84	84	VMBO	0
534	VMBO-TL/Havo	VMBO-TL/Havo	VMBO kader	86	86	89	VMBO	0
528	VMBO kader	VMBO-TL	VMBO kader	88	85	95	VMBO	0
NB		VMBO-TL/havo	VMBO kader	91	94	89	VMBO	0
531	VMBO-TL	Havo	VMBO-TL	91	85	101	VMBO	1
534	VMBO-TL/Havo	VMBO-TL/havo	Havo	95	103	88	VMBO	2
NB		Havo/vwo	VMBO TL	100	103	96	VMBO-TL	0
534	VMBO-TL/Havo	VMBO-TL/havo	Havo	100	85	120	VMBO-TL	1
530	VMBO-TL	VMBO kader	Havo	100	100	112	VMBO-TL	0
541	Havo/vwo	Havo/vwo	Havo	101	99	102	VMBO-TL	0
NB		VMBO-TL/havo	VMBO-TL	102	99	104	VMBO-TL	0
NB		VMBO-TL/havo	Vmbo kader	103	103	102	VMBO-TL	0
NB		VMBO gemengd	Vmbo kader	104	94	115	havo	1
539	Havo	Havo/vwo	Vwo	105	106	102	Havo	0
NB		Havo	VMBO-TL	106	96	118	Havo	1
NB		Havo/vwo	Havo	107	109	106	Havo	0
539	Havo	Havo/vwo	VMBO-TL	115	118	107	Vwo	0
546	Vwo	Havo/vwo	Vwo	120	126	107	Vwo	2
NB		NB	Vwo	129	132	117	Vwo	2

Tabel 5. In de tabel staan van N=20 waarvan de IQ scores bekend zijn de citoscores, het daarbij horende advies, het schooladvies, het huidige schoolniveau, het schoolniveau op basis van de IQ scores en of er sprake is van een disharmonisch profiel.

Van de 115 jongeren zit 56,5% nog op het zelfde niveau als het verkregen schooladvies in groep 8. Van 20% van de jongeren is het schooladvies onbekend. 22,6% van de jongeren zit een niveau lager dan het schooladvies en 1% van de jongeren zit een niveau hoger. Dit percentage komt overeen met het percentage schoolproblemen. 22,8% van de jongeren is blijven zitten of blijven zitten en een niveau lager gegaan.

Het gemiddelde Totaal IQ van de jongeren waarvan de IQ scores bekend zijn (N=20) is 100. Het gemiddelde Verbaal IQ is 99 en het gemiddelde performaal IQ is 102. Bij 35% van de jongeren is er sprake van een disharmonisch profiel op schaalniveau. 20% van de jongeren scoort significant hoger op de performale schaal en 15% van de jongeren scoort significant hoger op de verbale schaal.

Bijlage V. Bezoekenschema

Hierbij een overzicht van de bezoeken die zijn afgelegd door de diverse projectleden, in het kader van het project “Voorkom alcoholshade bij jongeren”

Datum	Plaats	Bedrijf/instelling	Doel van het bezoek	Doelgroep	Wie	Pilot ziekenhuis
29-10-08	Middelburg		Presentatie geven		Nico	Reinier de Graaf Gasthuis
07-11-08	Ede	Symposium middelengebruik			Nico	Reinier de Graaf Gasthuis
12-11-08	Delft	Minister Guusje Ter Horst	Presentatie geven	Politiek	Nico & Mireille	Reinier de Graaf Gasthuis
19-11-08	Delft	Polidames RdGG	Presentatie geven	Kinderpoli medewerkers	Nico	Reinier de Graaf Gasthuis
15-12-08	Alkmaar	MC Alkmaar	Juniorsymp. "weten wat alcohol met je lichaam doet"	kinderen/jongeren	Mireille	Reinier de Graaf Gasthuis
16-12-08	Brussel	Debat de 8 hoofdzonden			Nico	Reinier de Graaf Gasthuis
15-01-09	Leeuwarden	MC Leeuwarden	Bezoek pilot ziekenhuis	Projectgroep		Reinier de Graaf Gasthuis
15-01-09	Horn	Westfriesgasthuis	Bezoek pilot ziekenhuis	Projectgroep		Reinier de Graaf Gasthuis
19-01-09	Waalre	Gemeente Waalre	informereren mbt Polikliniek Jeugd en Alcohol		Marjo Verreussel	Maxima Medisch Centrum
22-01-09	Eindhoven	Catharina Ziekenhuis	Bezoek pilot ziekenhuis	Projectgroep		Reinier de Graaf Gasthuis
30-01-09	Schiedam	Vlietland	Informereren over project en doorverwijzing	Kinderartsen en pedmeds		Reinier de Graaf Gasthuis
05-02-09	Delft	RdGG	Informereren SEH artsen uit regio	SEH personeel uit regio		Reinier de Graaf Gasthuis
10-02-09	Gouda	Groene Hart Ziekenhuis	Informereren over project en doorverwijzing	Kinderartsen en pedmeds		Reinier de Graaf Gasthuis
12-02-09	Leeuwarden	MC Leeuwarden	Bezoek pilot ziekenhuis	Projectgroep	Nico & Mireille	Reinier de Graaf Gasthuis
05-03-09	Eindhoven	Catharina Ziekenhuis	Bezoek pilot ziekenhuis	Projectgroep	Nico & Mireille	Reinier de Graaf Gasthuis
05-03-09	Helmond	Elkerliek Ziekenhuis	Informereren over project en doorverwijzing	Kinderartsen en pedmeds	Nico en Rolf en Marjo	RdGG en CZE en MMC
05-03-09	Geldrop	St. Anna Ziekenhuis	Informereren over project en doorverwijzing	Kinderartsen en pedmeds	Nico en Rolf en Marjo	RdGG en CZE en MMC
23-03-09	Rotterdam	Maasstad Ziekenhuis	Informereren over project en doorverwijzing	Kinderartsen en pedmeds		Reinier de Graaf Gasthuis
26-03-09	Leeuwarden	MC Leeuwarden	Bezoek pilot ziekenhuis	Projectgroep	Nico & Mireille	Reinier de Graaf Gasthuis
31-03-09	Rotterdam	St. Franciscus Gasthuis Catharina Ziekenhuis & Maxima	Informereren over project en doorverwijzing	Kinderartsen en pedmeds		Reinier de Graaf Gasthuis
02-04-09	Eindhoven	MC	Bezoek pilot ziekenhuis	Projectgroep	Nico & Mireille	Reinier de Graaf Gasthuis
02-04-09	Eindhoven	Catharina Ziekenhuis	informereren mbt polikliniek en project, Heilig Uur	specialisten Catharina Ziekenhuis	Rolf Pelleboer	Catharina Ziekenhuis
08-04-09	Eindhoven	Alcoholvoorlichting georg door WFG	Bijeenkomst alle pilotziekenhuizen	Projectgroep		Reinier de Graaf Gasthuis
14-05-09	Horn		Informereren over project en doorverwijzing	Artsen en pedmeds uit regio		Reinier de Graaf Gasthuis
15-05-09	Tilburg		Alcoholdag			Reinier de Graaf Gasthuis
28-05-09	Eindhoven	Catharina Ziekenhuis & Maxima MC	Bezoek pilot ziekenhuis	Projectgroep		Reinier de Graaf Gasthuis
09-06-09	Zoetermeer	Lange Land Ziekenhuis	Informereren over project en doorverwijzing	Kinderartsen en pedmeds	Nico & Mireille	Reinier de Graaf Gasthuis
12-06-09	Horn		Bijeenkomst alle pilotziekenhuizen	Projectgroep		Reinier de Graaf Gasthuis
16-06-09	Westland	Gemeente Westland			Nico Mireille & Nico & Ingrid	Reinier de Graaf Gasthuis
17-06-09	Delft	Gemeente Delft & Trimbos	samenwerking & voorbereiding juniorsymposium	projectteam juniorsymposium		Reinier de Graaf Gasthuis
17-06-09	Eindhoven	Politie	nascholing	politie	Rolf, Marjo en Leonie	Catharina Ziekenhuis
18-06-09	Delft	RdGG	Informereren SEH	SEH personeel		Reinier de Graaf Gasthuis

16-07-09	Leeuwarden	MC Leeuwarden	Bezoek pilot ziekenhuis	Projectgroep	Nico	Reinier de Graaf Gasthuis
23-07-09	Veldhoven	Maxima Medisch Centrum	Bezoek pilot ziekenhuis	Projectgroep	Nico	Reinier de Graaf Gasthuis
02-08-09	Eindhoven	Project Laat je niet Flessen	overleg in projectgroep	GGD, verslavingszorg, politie en HALT	Rolf, Leonie	Catharina Ziekenhuis
03-09-09	Sneek	Antonius Ziekenhuis	Informeren over project en doorverwijzing	Kinderartsen en pedmeds		Reinier de Graaf Gasthuis
03-09-09	Leeuwarden	MC Leeuwarden	Bezoek pilot ziekenhuis	Projectgroep	Nico & Mireille	Reinier de Graaf Gasthuis
03-09-09	Heerenveen	Tjongerschans Ziekenhuis	Informeren over project en doorverwijzing	Kinderartsen en pedmeds		Reinier de Graaf Gasthuis
17-09-09	Delft	Integraal Toezicht Jeugdzaken	samenwerking bespreken	inspecteurs	Nico & Mireille	Reinier de Graaf Gasthuis
20-09-09	Stockholm	Alcohol congres	Presentatie geven aan EU		Nico	Reinier de Graaf Gasthuis
24-09-09	Amsterdam	Boven IJ	Informeren over project en doorverwijzing	Kinderartsen en pedmeds	Mireille	Reinier de Graaf Gasthuis
24-09-09	Purmerend	Waterland Ziekenhuis	Informeren over project en doorverwijzing	Kinderartsen en pedmeds	Nico & Mireille	Reinier de Graaf Gasthuis
25-09-09	Ede	Invitational Conference NIP	samenwerkingsoverleg sectiepsychologen NIP	Psychologen	Mireille	Reinier de Graaf Gasthuis
28-09-09	Delft	CBO	Protocol bespreken			Reinier de Graaf Gasthuis
29-09-09	Eindhoven	Catharina Ziekenhuis	Bezoek pilot ziekenhuis, gezamenlijke poli	Projectgroep		Reinier de Graaf Gasthuis
29-09-09	Weert	St. Jans Gasthuis	Informeren over project en doorverwijzing	Kinderartsen en pedmeds	Nico & Mireille?	Reinier de Graaf Gasthuis
08-10-09	Leeuwarden	MC Leeuwarden	Bijeenkomst alle pilotziekenhuizen	Projectgroep	Nico en Mireille	Reinier de Graaf Gasthuis
09-10-09	Utrecht	PVA Stuurgroep Jeugd	Update project	PVA en Trimbos	Nico en Mireille	Reinier de Graaf Gasthuis
12-10-09	Shanghai	Congres 5 dagen	Presentatie/poster	Kinderartsen uit Azië	Nico	Reinier de Graaf Gasthuis
14-10-09	Eindhoven	Catharina Ziekenhuis Eindhoven	informeren mbt Polikliniek Jeugd en Alcohol	bestuurders Catharina Ziekenhuis	Marjo Verreussel	Maxima Medisch Centrum
14-10-09	Eindhoven	SRE (21 gemeentes Brabant)	informeren project	SRE	Rolf	Catharina Ziekenhuis
19-10-09	Aalst/Waalre	Gemeente Aalst/Waalre	informeren mbt Polikliniek Jeugd en Alcohol	jonge sporters	Marjo en Rolf	MMC en CZE
27-10-09	Delft	Gemeente Delft & Trimbos	evt. samenwerking bespreken	Delftse jongeren	Nico en Mireille	Reinier de Graaf Gasthuis
29-10-09	Delft	STAP en Roemeense delegatie	Toelichting op project geven		Nico en Mireille	Reinier de Graaf Gasthuis
09-11-09	Eindhoven	Catharina Ziekenhuis Eindhoven	voordracht "kwetsbare ouders"	ouders van pubers	Marjo Verreussel	Maxima Medisch Centrum
10-11-09	Delft	Pilotziekenhuizen	patient behandeling en indicatoren doorspreken	Psychologen van pilotziekenhuizen	Mireille & Amy	Reinier de Graaf Gasthuis
16-11-09	Leeuwarden	Provinciehuis	presentatie geven Werkgroep Jeugd en Alcohol	Provincie Fryslan	Tjalling de Vries	MCL
25-11-09	Amsterdam	St Lucas Andreas Ziekenhuis	Refereeravond		Nico	Reinier de Graaf Gasthuis
26-11-09		Klokhuis	Filmopname	Doelgroep van Klokhuis	Mireille	Reinier de Graaf Gasthuis
27-11-09	Spijkenisse	Gemeente Spijkenisse	Najaarscaroussel		Nico	Reinier de Graaf Gasthuis
01-12-09	Eindhoven	Catharina Ziekenhuis	Refereeravond		Nico	Reinier de Graaf Gasthuis
01-12-09	Eindhoven	Catharina Ziekenhuis	refereeravond	kindergeneeskunde ZO-Brabant	Rolf en Nico	CZE en RdGG
03-12-09	Nieuwegein	Nationaal Alcohol Congres	2 presentaties verzorgen	Divers	Nico & Mireille	Reinier de Graaf Gasthuis
04-12-09	Utrecht	Diakonesse Ziekenhuis	Presentatie op symposium	IC verpleegkundigen	Mireille	Reinier de Graaf Gasthuis
10-12-09	Delft	Reinier de Graaf Gasthuis	Presentatie geven aan scholieren en studenten	Scholieren en studenten uit heel NL	Nico en Mireille	Reinier de Graaf Gasthuis
10-12-09	Zaandam	Zaans MC	Informeren over project en doorverwijzing	Kinderartsen en pedmeds	Nico	Reinier de Graaf Gasthuis
11-12-09	Utrecht	Diakonesse Ziekenhuis	Presentatie op symposium	IC verpleegkundigen	Mireille	Reinier de Graaf Gasthuis
00-01-09	Eindhoven	Catharina Ziekenhuis	informeren kinderartsen, verpleegkundigen en SEH	kinderartsen, verpleegkundigen en SEH	Rolf Pelleboer	Catharina Ziekenhuis

Bijlage VI. Agenda's en notulen bezoeken pilotbijeenkomsten

Agenda 10 december – Poliklinieken voor Jeugd & Alcohol

Datum	10 december 2008
Locatie	Restaurant Van der Dussen, Delft Mobiel Nico van der Lely: 06-54270021

Programma

14.00 - 14.30	Ontvangst
14.30 - 15.00	Presentatie, project toelichting
15.00 - 15.30	Presentatie kindergeneeskundige informatie, door Nico
15.30 - 16.00	Pauze
16.00 - 16.30	Presentatie psychologische informatie door Mireille
16.30 - 17.00	Presentatie communicatie gedeelte door Natalie (comm adviseur)
17.00 - 17.30	Discussie
17.30	Diner

Voorbereiding op de meeting

Ter voorbereiding op de kick-off bijeenkomst op 10 december willen wij graag uw mening weten over een aantal zaken. Wij hebben de vragen in drie categorieën verdeeld. Wilt u onderstaande vragen beantwoorden (samen met uw collega's die bij de kick-off aanwezig zijn) en **uiterlijk 25 november** aan ons terugsturen?

Vragen m.b.t. communicatie

1. Het ministerie van VWS heeft ons gevraagd of wij een andere term kunnen gebruiken voor 'alcoholpoli', omdat deze term niet goed de lading dekt. Wij hebben het alternatief 'Polikliniek Jeugd en Alcohol' bedacht. Wat vindt u van deze term?

0 goed

0 gaat wel

0 niet goed, want

Eventuele suggestie voor nieuwe naam:

.....

2. Op korte termijn zal er o.a. informatie voor op het web en folders voor de ouders moeten worden opgesteld. We kunnen dit op twee manieren doen:

Centraal: We maken een aparte website en een neutrale folder die we kunnen meegeven aan de ouders. Op de website staan alle deelnemende ziekenhuizen genoemd met een link er naar toe. Op de websites van de deelnemende ziekenhuizen kan een link worden gemaakt naar de uitgebreide, gezamenlijke website. De folder voor ouders is een aparte folder met als afzender de deelnemende ziekenhuizen en kan ook door andere ziekenhuizen worden aangevraagd en gebruikt.

In eigen beheer: De teksten voor de websites worden centraal ontwikkeld, maar worden in de eigen website geplaatst. Er is een centrale website, maar die linkt naar de deelnemende ziekenhuizen voor verdere informatie. Ook de foldertekst wordt gezamenlijk opgesteld, maar wordt in de eigen huisstijl van de ziekenhuizen verspreid.

Welke optie heeft uw voorkeur?

1. Mijn voorkeur gaat uit naar optie a.

2. Mijn voorkeur gaat uit naar optie b.

Eventuele opmerking:

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

3. Sinds de start van de polikliniek in Delft is RdGG overspoeld met media-aandacht. Dit zal straks ook het geval zijn bij de deelnemende ziekenhuizen. Een veelgesteld verzoek is of wij patiënten willen benaderen om mee te werken aan een tv- of radioprogramma. RdGG is daar zeer terughoudend in geweest en heeft daar heel beperkt gehoor aan gegeven. Tijdens de kick off willen wij graag een gezamenlijk persprotocol bespreken. Wat zou daar volgens u in moeten staan?

.....

-
.....
.....
4. Welke onderwerpen t.a.v. de communicatie ziet u graag nog meer behandeld tijdens de kick-off bijeenkomst van 10 december aanstaande?

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

Vragen m.b.t. kinderpsychologie

5. Welke ervaring is er op het gebied van hulp aan pubers, in het bijzonder pubers met alcoholintoxicaties, welke ervaring is er met kortdurende behandeling /screening, motivational interviewing en neuropsychologisch onderzoek, welke contacten samenwerkingscontacten zijn er met BJZ, GGZ en verslavingszorg?

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

6. Hoe is de financiering geregeld van de psychologie (contract met ziekenhuis /GGZ) in algemeen en in bijzonder van de nieuw te beginnen polikliniek?

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

7. Wordt er gewerkt met een EPD binnen de afdeling? Is er secretariële ondersteuning geregeld en kan daarvan gebruik worden gemaakt voor de polikliniek voor het maken van de afspraken, invullen van de registraties enz.?

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

8. Aan welke kennis zou u behoefte hebben (in de vorm van presentatie of cursus) mbt alcoholproblematiek in het algemeen en de polikliniek in het bijzonder, wat verwacht u van de kerngroep daarin?

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

Vragen m.b.t. kindergeneeskunde

9. Hoe staat de verpleging tegenover de ontwikkelingen. Wordt er actief meegewerkt, bijv. wat betreft het invullen van formulieren?

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

10. Hoe verloopt de ondersteuning vanuit de ziekenhuisdirectie, bijv. wat betreft financiering voor de psychologie?

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

11. Nico van der Lely en Mireille de Visser zullen de pilotziekenhuizen regelmatig bezoeken. Wat verwacht u van deze bezoeken, bijv. wat betreft poli, onderwijs geven, contact met beleidsmakers etc.?

.....

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

12. Wat zijn de 'beren' op de weg. Wat voorziet U als mogelijk toekomstig probleem betreffende deze Pilot.
Bijv. wat betreft marketingactiviteiten, samenwerking met regioziekenhuizen, PR&Media, financiering
van het project.

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

Agenda woensdag 8 april – Poliklinieken voor Jeugd & Alcohol

Datum	donderdag 8 april 2009
-------	------------------------

Locatie Hotel Van der Valk Eindhoven
Aalsterweg 322
5644 RL EINDHOVEN
040-2116033
Mobiel Nico van der Lely: 06-54270021

Aanwezig Zie bijgaande file

Programma

14.30 – 15.00	Ontvangst met koffie & thee
15.00 – 15.15	Ontvangst/inleiding door Nico en Mireille
15.15 – 15.30	Stand van zaken Polikliniek Catharina ziekenhuis door Leonie en Rolf
15.30 – 15.45	Stand van zaken Polikliniek MMC Veldhoven door Ellen en Marjo
15.45 – 16.00	Stand van zaken Polikliniek MC Leeuwarden door Anke en Tjalling
16.00 – 16.15	Stand van zaken Polikliniek Westfries Gasthuis door Tea en Arjen
16.15 – 16.30	Stand van zaken Polikliniek RdGG door Mireille en Nico
16.30 – 16.45	Pauze
16.45 – 17.30	Na de pauze gaan we uiteen in 4 groepen om ervaringen te delen: <i>Communicatieadviseurs o.l.v. Ingrid Boersma</i> <i>Kinderartsen o.l.v. Nico van der Lely</i> <i>Psychologen o.l.v. Mireille de Visser</i> <i>Projectcoördinatoren o.l.v. Marinka Gelevert en Amy van Blitterswijk</i>
17.45 – 18.00	Plenair: samenvatting van de dag en afsluiting
18.00 – ± 20.30 uur	Diner

Notulen bijeenkomst 8 april in Eindhoven

Tijdens de bijeenkomst is de groep uiteen gegaan in kleine discussiegroepjes.

Projectcoördinatoren

Aanwezig: Annelies, Betty, Rian, Amy en Marinka

De projectcoördinatoren hebben het volgende besproken:

- Iedereen heeft kort uitgelegd welke functie zij vervult binnen het pilotziekenhuis.
- Achtergrond, werkwijze en verbeterpunten van de spreadsheet met patiëntgegevens zijn besproken. Wijzigingen worden in een afwijkende kleur weergegeven, zodat Amy e.e.a. gemakkelijk kan verwerken.
- Alcoholoverleg in de diverse pilotziekenhuizen: hoe vaak is er overleg, wie is daarbij aanwezig, wordt er een agenda gebruikt etc. Marinka zal een voorbeeld agenda rondsturen (agenda die in Delft wordt gebruikt tijdens alcoholoverleg).
- Nieuwsbrieven: er is afgesproken dat de projectcoördinatoren actie zullen ondernemen op punten die benoemd worden in de email-nieuwsbrief.

Kinderartsen

Aanwezig: Arjen, Tjalling, Marjo, Rolf en Nico

De kinderartsen hebben het volgende besproken:

- Rol verslavingszorg: voorstel om na juni/juli 2010 (fase 2 van het project) verslavingszorg te integreren in het conceptplan dat wordt aangeboden aan het Ministerie van VWS. Dus verslavingszorg actief laten worden binnen hun biotoop; thuisbezoeken laten afleggen door verslavingszorg, aanvullende aan het project. Dit wel bij MDO (multi disciplinair overleg) betrekken, gelijk AMK (meldpunt kindermishandeling) betrokken is.

- Verspreiden afbeeldingen hersenenschade uit power point presentatie van Nico. (Afbeeldingen zijn op 23/4 per e-mail doorgestuurd) Tevens kunnen afbeeldingen via Google gevonden worden.
- Rol van de kinderarts in de Polikliniek voor Jeugd & Alcohol besproken. Deskundige zijn, de dokter zijn, primair informatieoverdracht te laten plaatsvinden. Wellicht valt Trimbos instituut te vragen een video te maken, en deze te laten verspreiden onder niet-pilot ziekenhuizen (actie Nico)
- Alcoholspiegelbepalingen in ziekenhuizen ten tijde van de nacht. Een ieder zal nagaan of dit mogelijk is c.q. de apotheker hiertoe bewegen dit te laten plaatsvinden, dit nodig voor (zie protocol) opnamebeleid. Verder besproken: CDT-bepalingen: Nico zal nagaan hoeveel bloed en wat voor bloed er bewaard moet worden om later in het jaar CDT bepalingen te laten plaatsvinden door een klinisch-chemicus volgens een vaste methode op tijdstip $t=0$ en $t=6\text{mnd}$. Tevens is gesproken over navelstrengmonsters en hiermee onderzoek te doen. Dit wordt later in het jaar verder besproken.
- Door de artsen uit Eindhoven wordt de vraag gesteld om het AMK misschien geïncorporeerd moet worden in het protocol. Consensus wordt bereikt over acceptatie hiervan, de ernst van de problematiek. Wellicht valt in de toekomst een artikel in Medisch Contact te overwegen. En onze werkwijze aldaar te gaan beschrijven.
- Besproken is de rol van het ambulancepersoneel in de regio's en deze te informeren met een presentatie. Tevens is besproken de rol van de eerste hulp verpleegkundigen en om 1 persoon binnen de eerste hulp verantwoordelijk te maken, voor het te voeren beleid te maken en te maken en te activeren protocollen lokaal.
- Nico vd Lely is bezig met het maken van een eerste publicatie, concepten worden binnen enkele weken gestuurd aan de kinderartsen. Daarin worden meegenomen getallen van opnames patiënten alcoholintoxicatie van 2000 t/m 2008, voor zover die zijn aangeleverd door de pilotziekenhuizen.
- Arjen Verboom bespreekt zaken met politie en gemeenten, omdat er druk bestaat vanuit die organisaties om de WANT-gegevens (woonplaats, adres, naam, telefoonnummer) aan te leveren. Afgesproken is dit niet te doen. Nico vult aan dat deze vraag ook vanuit de Voedsel en Warenwetautoriteit aan hem gesteld is. Ook aan deze autoriteit worden geen gegevens verstrekt. Er wordt besproken dat er wel zou kunnen worden meegewerkt aan een folder, opgesteld door de gemeente. De poli zou een bepaalde rol kunnen krijgen binnen het gemeentelijk beleid, waarin ook gemeld kan worden dat evt. aangifte mogelijk is. Er wordt nagestreefd dat de folders een zekere uniformiteit krijgen, waardoor ze op meerdere poli's inzetbaar zijn.
- Pedagogische medewerkers worden besproken. In sommige klinieken zijn pedmeds op afroep beschikbaar in het weekend, in andere poliklinieken zijn ze in ieder geval beschikbaar, in andere poliklinieken zijn ze niet beschikbaar. Lokaal zal een oplossing nagestreefd moeten worden.
- Symposia: VWS verlangt een tweetal symposia, waarvan de eerste eind 2009 zal plaatsvinden. Locatie en datum volgen tzt. Tijdens dit eerste symposium zullen de opzet en de werkwijze van de poliklinieken teruggekoppeld worden. In het einde van projectfase 2 (juni-juli 2010) zal een eindsymposium moeten plaatsvinden. Hiervoor worden uitgenodigd de hulpverleners in het land, kinderartsen, kinderpsycholoog, waarin het resultaat van deze pilot zal worden besproken, de rol van Delft, en zaken waar opleiders in het land mee verder kunnen. Het concept-protocol zal een echt protocol moeten worden. Nico meldt dat wellicht aan het einde van het jaar nagedacht moet worden om de pilot te verlengen met een half jaar, afhankelijk van de aantallen patiënten die we binnen hebben gekregen en tevens o.b.v. de vorderingen met ons conceptprotocol. Evt. kunnen enkele publicaties gemaakt worden, gezamenlijk plan en gezamenlijk uit te voeren.
- Voorlichtingsbijeenkomsten die gepland staan:

14/5 Westfriesland – regiodag voor artsen, psychologen, ambulancepersoneel, AMK etc.

dd. (datum volgt) Heilig Vuur uur – georganiseerd vanuit MCL

Communicatieadviseurs

Aanwezig: Frits, Christel, Mieke, Marie-Louise, Ingrid

De Communicatieadviseurs hebben het volgende besproken:

- Iedereen heeft kort uitgelegd wat er speelt binnen het pilotziekenhuis.
- De communicatieadviseurs geven aan dat ze geen tijd hebben voor alle regionale – en landelijke bijeenkomsten. Er wordt nagedacht hoe dit anders kan.
- Er wordt afgesproken alle persmomenten van de afgelopen periode aan Delft door te geven zodat er één overzicht wordt gemaakt.
- De printscreens van de website www.polikliniekjeugdentalcohol.nl worden bekeken.
- Er wordt afgesproken de website van de pilotziekenhuizen z.s.m. te voorzien van informatie voor ouders en jongeren aangezien de website van het project live gaat en vanuit daar wordt doorverwezen naar de pilotziekenhuizen.

Psychologen

Aanwezig: Leonie, Anke, Tea, Titia, Mireille

De kinderpsychologen hebben het volgende besproken:

- Wat betreft het neuropsychologisch onderzoek: de ANT moet worden aangeschaft, dit is ook een criterium geweest van de call en alle ziekenhuizen /raden van bestuur hebben daarvoor getekend. Bovendien kunnen de resultaten anders niet goed met elkaar worden vergeleken en de onderzoeksgroep is al vrij klein (waarschijnlijk 100 van de 200 patiënten totaal worden neuropsychologisch onderzocht).
- Sommige collega's nodigen zelf de patiënten uit voor het screeningsgesprek, anderen laten het de secretaresse doen. Ervaring uit Delft leert dat motivational interviewing al van start gaat bij uitnodigen, aantallen drop-outs nemen toe wanneer er via secretaresse wordt uitgenodigd.
- Wanneer pubers al onder behandeling zijn bij een andere instelling voor jeugdgezondheidszorg (GGZ o.i.d.) worden zij toch geïncludeerd in het project en uitgenodigd voor de screening, bij voorkeur is er ook contact met de betreffende hulpverlener. Juist de groep waarin comorbiditeit een rol speelt (risicofactor voor ontwikkelingsschade aan het brein!) is interessant voor ons project en dient goed op de hoogte te zijn van de gevaren van alcohol enz.
- Bij de follow-up moet er ook een moment ingelast worden waar de puber alleen gesproken wordt>>eerste wijziging protocol.
- Ouders krijgen een eigen exemplaar van de CBCL die zij invullen (zowel screening als follow-up).
- AMK melding bij tweede opname (wanneer bij eerste opname men niet meewerkt aan hulpverlening): de ervaring uit Delft leert dat bij de pubers die meer dan één keer worden opgenomen er sprake is van multiproblematiek en melden dus sowieso de beste stap is. Ander argument is dat twee of meermalen opname vanwege alcoholintoxicatie een signaal is van (pedagogische) verwaarlozing en gebrek aan toezicht dus dat een AMK melding dan ook op zijn plek is. Tegenargument (Titia) is dat de mogelijkheid bestaat dat mensen de pubers niet meer naar de SEH brengen omdat ze weten dat er melding wordt gedaan. Zal volgende keer wederom worden ingebracht.
- Wat betreft de contacten met media en overige communicatie over het project, is het van belang dat het psychologische deel ook onder de aandacht wordt gebracht door de psychologen zelf. Zelf contact houden met de eigen communicatiemedewerker en goed op de hoogte blijven van "vragen/aanbiedingen" die binnenkomen is daarom belangrijk.

Agenda vrijdag 12 juni – Poliklinieken voor Jeugd & Alcohol

Datum vrijdag 12 juni 2009

Locatie Westfries Gasthuis
Maelsonstraat 3
1624 NP HOORN
Mobiel Nico van der Lely: 06-54270021

Zaal het Auditorium in het Westfries Gasthuis, s.v.p. melden bij receptie

Aanwezig ong. 15 personen (zie onderstaande gegevens)

Programma

13.00 – 14.00 Ontvangst met een lunch

14.00 – 14.15 Ontvangst/inleiding door Nico en Mireille

14.15 – 14.20 Stand van zaken Polikliniek RdGG door Amy

14.20 – 14.25 Stand van zaken Polikliniek WFG Hoorn door Tea en Arjen

14.25 – 14.30 Stand van zaken Polikliniek MMC Veldhoven door Marjo (Titia afw)

14.30 – 14.35 Stand van zaken Polikliniek MC Leeuwarden door Anke (Tjalling afw.)

14.35 – 14.40 Stand van zaken Polikliniek Catharina ziekenhuis door Rolf (Leonie afw.)

14.40 – 15.45 We gaan uiteen in 4 groepen om ervaringen te delen:
Communicatieadviseurs o.l.v. Ingrid Boersma
Kinderartsen o.l.v. Nico van der Lely
Psychologen o.l.v. Mireille de Visser
Projectcoördinatoren o.l.v. Marinka Gelevert en Amy van Blitterswijk

15.45 – 16.15 Pauze

16.15 – 17.15 Plenair

- Presentatie/bevindingen van de 4 groepen
- Financiën psychologie geregeld?
- Rol verslavingszorg
- Regionale samenwerking
- Wijzigingen aan concept protocol
 - Leeftijd patiënten
 - Alc. Promillage (wanneer gemeten?)
 - Dagprogramma pedmeds
- Evaluatie van communicatie/pers/pr tot nu toe
 - Persbericht 17 juni
 - Geld beschikbaar voor aanpassen website
- Doorverwijzingformulier (zie Delfts SPC voorbeeld)

17.15 – 18.00 Hapje en drankje

Notulen bijeenkomst Hoorn, 12 juni 2009

Tijdens de bijeenkomst is de groep uiteen gegaan in kleine discussiegroepjes.

Projectcoördinatoren

Aanwezig: Annelies, Betty, Amy en Marinka

De projectcoördinatoren hebben het volgende besproken:

- Knelpunten invoeren spreadsheets. Vanuit Annelies en Betty waren er geen knelpunten. Annelies hoeft de patiënten met een alcoholpromillage <0,01 niet meer in te voeren. In principe worden de patiënten > 17 met een alcoholintoxicatie wel gewoon ingevuld.
- Nieuwe spreadsheet voor de indicatoren is door Amy gepresenteerd. In principe is het de bedoeling dat de psychologen de spreadsheets gaan invullen maar dat moet door Annelies en Betty een beetje gecoördineerd worden.
- Besproken is hoe nuttig de grote bijeenkomsten zijn voor Betty en Annelies. Beiden gaven aan dat zij dit nuttig en vooral ook interessant vinden.

- Besproken is hoeveel tijd de projectcoördinatoren besteden aan het alcoholproject. Momenteel zou dat ongeveer een dagdeel zijn, maar dat ligt er aan hoe druk het is. Zij doen dit naast hun andere bezigheden.
- Amy zal vanaf heden ook bij de verschillende ziekenhuizen langs gaan om te kijken hoe het daar gaat. Er is ook besproken dat dit misschien interessant is voor Marinka en Ingrid, dit zal alleen wel veel kostbare tijd in beslag nemen. Het is dus de vraag of dit in de praktijk uitvoerbaar is.

Kinderartsen

Aanwezig: Arjen, Marjo, Rolf en Nico

De kinderartsen hebben het volgende besproken:

- Besproken zijn de notulen van de voorgaande vergadering; geen op- of aanmerkingen.
- DBC's.
 - Afgesproken is het eerste polikliniekbezoek van de Kindergeneeskunde, wat valt onder intoxicatie, af te sluiten en toe te voegen kinderpsychologische evaluatie met DBC 721. Eindhoven doet bij polibezoek tweede keer intoxicatie. Hoorn doet dagbehandeling en 813. Ook dit valt te overwegen door de andere klinieken.
- NSCK
 - Terugkoppeling in de tijd, wordt aan gewerkt. Uitwerking via Marinka Gelevert (als toestemming gegeven wordt door TNO en andere partners die aan het NSCK deelnemen).
- Op- en aanmerkingen over protocol, zoals in bijlage 8.2 en 4.2, graag doormailen zodat Amy van Blitterswijk dit kan veranderen.
- AMK-bespreking
 - Regionaal/ lokaal met AMK bespreken hoe dit, zoals het in het protocol staat, geëffectueerd moet worden.
- CDT
 - Vooralsnog invriezen, mogelijk gebruiken voor later onderzoek. Wordt nu opgezet door Van der Lely.
- Bezoeken Regioziekenhuizen
 - Hoorn: locaties Zaandam, Purmerend en Boven IJ, zullen worden bezocht door Van der Lely. Actie: Marinka Gelevert.
 - Locaties Tilburg en Weert voor Veldhoven. Van der Lely en Marjo Verreussel zullen deze locaties samen bezoeken op 1 dag. Actie Marinka Gelevert.

Communicatieadviseurs

Aanwezig: Frits, Mieke, Ingrid

De Communicatieadviseurs hebben het volgende besproken:

- Iedereen heeft kort uitgelegd wat er speelt binnen het pilotziekenhuis.
- Er wordt nogmaals afgesproken alle persmomenten van de afgelopen periode aan Delft door te geven zodat er één overzicht wordt gemaakt.
- De reacties op de website www.polikliniekjeugdenalcohol.nl worden besproken.
- Nationaal Alcohol Congres 3 december. Er wordt doorgesproken hoe we het project en de pilotziekenhuizen die dag het beste kunnen profileren.
- De communicatie naar huisartsen over het project wordt besproken, Ingrid geeft aan dat er in Delft een digitale nieuwsbrief naar huisartsen wordt verstuurd. In mei is het project en de website onder de aandacht gebracht.

Psychologen

Aanwezig: Anke, Tea, Mireille

De kinderpsychologen hebben het volgende besproken:

- Wat betreft het neuropsychologisch onderzoek: de indicatie-criteria hiervoor zijn in Delft versoepeld. Doel is om in ieder geval ongeveer de helft van de pubers een onderzoek af te nemen. Belangrijk is vooral de klinische betekenis voor de jongere; meestal gaat het om een jongere die schoolproblemen ervaart maar niet aan binge-drinking doet. Veelal geven ze bij Mireille aan dat ze problemen hebben met hun concentratie en /of geheugen. Ook de jongeren die een hoger schooladvies hadden dan het huidige schoolniveau (hetzij door gedragsproblemen omlaag gezet, hetzij door te weinig stimulans naar lager niveau gegaan) komen in aanmerking.
- Wat betreft de contacten met media en overige communicatie over het project, is het van belang dat het psychologische deel ook onder de aandacht wordt gebracht door de psychologen zelf. Zelf contact houden met de eigen communicatiemedewerker en goed op de hoogte blijven van “vragen /aanbiedingen” die binnenkomen is daarom belangrijk. Vorige keer is dit punt ook besproken, maar afgelopen periode is dit nog onvoldoende gebeurd.
- Multidisciplinaire samenwerking is op een aantal punten nog zwak, m.n. Leeuwarden heeft problemen, maar kunnen mogelijk nu aangepakt worden doordat ook daar nu de financiering van de psychologie is geregeld.
- Aanwezigheid van psychologen: door vervelende omstandigheden kan Titia er vandaag niet bij zijn, Leonie kreeg geen toestemming. Afspraak is dat er bij afwezigheid een vervanger komt. Graag aandacht voor dit punt.
- Financiering psychologie: uiteindelijk zijn er drie ziekenhuizen (Hoorn, MMC en Delft) waarbij de financiering is geregeld volgens gemaakte afspraken met raden van bestuur. Catherina heeft een GGZ-DBC constructie en Leeuwarden subsidie van de Provincie. Voor de uiteindelijke financiering (v.a. januari 2011 zou dit moeten ingaan en bij gebleken succes van onze aanpak uiteraard) is het belangrijk dat er gewerkt wordt aan een DBC alcoholintoxicatie waarin de FTE psychologie ingebed zit, zoals bij de DBC diabetes. Dit is door VWS ook zo voorgesteld. Met de PAZ zal worden overlegd over de te volgen strategie hierbij.
- Casus: meisje 16, Turks, a.i., verlaat kinderafdeling zonder toestemming kinderarts, wil niet dat ouders worden ingelicht. Conclusie: AMK had ingeschakeld moeten worden: zorg om het meisje gaat boven het recht op zelfbeschikking.

Bijlagen:

- concept protocol dagprogramma voor opnamedag (pedagogisch medewerkers)
- doelstellingen en indicatoren project

Agenda donderdag 8 oktober – Poliklinieken voor Jeugd & Alcohol

Datum	donderdag 8 oktober 2009
-------	--------------------------

Locatie Eden Oranje Hotel Leeuwarden
 Stationsweg 4
 8911 AG LEEUWARDEN
 058-2126241
 Mobiel Nico van der Lely: 06-54270021

Aanwezig Zie onderstaand

Programma

14.30 – 15.00	Ontvangst met koffie & thee
15.00 – 15.15	Ontvangst/inleiding door Nico en Mireille
15.15 – 15.30	Veldonderzoek en Stand van zaken Polikliniek RdGG door Amy
15.30 – 15.40	Stand van zaken Polikliniek MC Leeuwarden door Anke en Tjalling
15.40 – 15.50	Stand van zaken Polikliniek WFG Hoorn door Tea en Arjen
15.50 – 16.00	Stand van zaken Polikliniek MMC Veldhoven door Titia en Marjo
16.00 – 16.10	Stand van zaken Polikliniek Catharina ziekenhuis door Leonie en Rolf
16.05 – 16.30	Pauze
16.30 – 17.15	We gaan uiteen in 4 groepen om ervaringen te delen: <i>Communicatieadviseurs o.l.v. Ingrid Boersma</i> <i>Kinderartsen o.l.v. Nico van der Lely</i> <i>Psychologen o.l.v. Mireille de Visser</i> <i>Projectcoördinatoren o.l.v. Marinka Gelevert en Amy van Blitterswijk</i>
17.15 – 18.00	Plenair <ul style="list-style-type: none">• Presentatie/bevindingen van de 4 groepen• Wijzigingen aan concept protocol• Interne en externe verwijzing van patiënten• Patiënten van 17 jaar• Spreadsheet psychologen• Congres op 3 dec• Regionale samenwerking• Projectimplementatie na juni 2010
18.00 – 20.00	Diner

Notulen bijeenkomst Leeuwarden, 8 oktober 2009

Tijdens de bijeenkomst is de groep uiteen gegaan in kleine discussiegroepjes.

Projectcoördinatoren

Aanwezig: Rian, Annelies, Betty, Amy en Marinka

De projectcoördinatoren hebben het volgende besproken:

- De projectcoördinatoren zullen hun collega's inschrijven voor het Nationaal Alcoholcongres van 3 dec as.
- Marinka zal binnenkort data mailen voor de bijeenkomsten in 2010.
- Betty is in januari en februari afwezig ivm een lange vakantie. Zij zal doorgeven wie haar taken voor het alcoholproject tijdens haar afwezigheid overneemt.
- Hoe gaan we om met patiënten die vlak voor hun 18^e verjaardag worden opgenomen met een alcoholvergiftiging? Afsproken is dat die na opname nog gewoon het nazorgtraject doorlopen op de Polikliniek voor Jeugd en Alcohol, bij de kinderarts en kinderpsycholoog.

Kinderartsen

Aanwezig: Tjalling, Arjen, Marjo, Rolf en Nico

De kinderartsen hebben het volgende besproken:

- GHB gebruik. Wellicht veel GHB gebruik naast de alcohol in de regio Heerenveen. Tjalling bericht hierover; vraag mede gesteld door Rolf. Afsproken is dat Rolf gaat informeren bij verschillende ziekenhuizen (apotheek) of bepaling zinvol is (bloed dan wel urine).
- Grens leeftijd kinderartsbezoek. In verschillende steden zijn er binnen de SEH verschillende afspraken gemaakt omtrent dit afkappunt. In Eindhoven bijvoorbeeld zijn kinderen van 16 tot 18 jaar voor de Interne. In Leeuwarden tot en met 17 jaar voor de Kindergeneeskunde, zoals ook in Delft. Is wel lastig voor verder onderzoek. We gaan hier rekening mee houden.
- Besproken zijn de activiteiten van de SEH-artsen, broeders c.q. verpleegkundigen. In Delft is er één SEH-verpleegkundige actief. Heeft het protocol hieromtrent gemaakt en is aanspreekpunt binnen de SEH betreft Alcohol & Jeugd; dit werkt. Mede gezien het feit dat er weinig patiënten gemist worden voor de Kindergeneeskunde.
- AMK is besproken; indicatiestelling, protocollering, inzet ten tijde van polikliniek. Arjen Verboom meldt dan ook dat contact met de huisarts wellicht soms effectiever is dan een AMK-melding.

Communicatieadviseurs

Aanwezig: Frits, Ingrid

De Communicatieadviseurs hebben het volgende besproken:

- Er werd besproken welke persmomenten er zijn geweest de afgelopen periode.
- Toelichting dat website www.polikliniekjeugdenalcohol nu ook Engelstalig is.
- Reactie pers rondom persbericht Delftse kinderarts Van der Lely in Zweden voor Europese alcoholaanpak.
- De ontwikkelingen binnen de pilotziekenhuizen werden besproken.
- Er werd doorgesproken hoe we het project en de pilotziekenhuizen het beste kunnen profileren tijdens het Nationaal Alcohol Congres 3 december.

Psychologen

Aanwezig: Anke, Saskia, Titia, Sanneke (pedagogisch medewerker), Leonie, Mireille, Amy (deels aanwezig)

De kinderpsychologen hebben het volgende besproken:

- Herziening van het gestandaardiseerd interview van de ouders en naar aanleiding daarvan overdragen van ervaringen met ouders.
- Er lijkt een verschil in klasse tussen de ouders die in Delft worden gezien en in Eindhoven; in Delft vaker hoogopgeleiden en midden hogere sociaal-economisch hogere klasse, Eindhoven vaker laag opgeleiden en lagere sociaal-economische klasse. De aanpak is dan natuurlijk ook wat verschillend en wellicht is er ook een verschil in motivatie voor het nazorgtraject, dat zullen de resultaten uit moeten wijzen.
- Neuropsychologisch onderzoek vindt nauwelijks plaats: algemene teneur van de pilotziekenhuizen is dat ouders en pubers niet gemotiveerd zijn om mee te werken aan een NPO. Bij navraag blijkt dat er door de pilotziekenhuizen meer dan 5/6 uur op 1 dag, maar anderhalve dag of twee ochtenden worden gereserveerd voor NPO. Dat is een veel grotere belasting en niet nodig. Er zal een opzet van een testdag worden meegestuurd in de bijlage zodat dit duidelijker wordt.
- Communicatie: Er is weinig contact met elkaar, problemen zoals het NPO worden niet tijdig teruggekoppeld aan ons. Verzoek om sneller contact op te nemen bij zaken niet goed lopen. Ook zullen Amy en Mireille nog een keer de psychologen apart ontmoeten om inhoudelijke zaken te bespreken en het invullen van de spreadsheet /indicatoren doelstellingen te bespreken.

Bijlagen:

- Opzet testdag NPO

Bijlage VII. Voorbeeld van de Algemene Spreadsheet

Met behulp van een excelsheet is door de pilotziekenhuizen bijgehouden hoeveel patiënten er zijn binnengekomen op de SEH en hoeveel patiënten er hebben deelgenomen aan het nazorgtraject. Hierin werd onder meer bijgehouden wat de leeftijd is van de jongere bij opname, wat het alcoholpromillage was van de jongere, in welk ziekenhuis de jongere is opgenomen, of de jongere bij de kinderarts en de kinderpsycholoog zijn verschenen etc. Hieronder volgt een voorbeeld van een aantal kolommen uit de betreffende spreadsheet.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
	Patiënt	Geboorte datum	Geslacht	Leeftijd	Klinische diagnose	Alcoholpromillage	Ziekenhuis van opname	NSCK-code	Drop out bij kinderarts	Drop out bij psycholoog	Actie
1											
2											
3			[m / v]		datum				[ja / nee]	[ja / nee]	
4	Voor- en achternaam	15-05-92	m	14,04	27-05-06	2,3	RdGG	X	nee	ja	afgesloten, te lang geleden
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											

Bijlage VIII. Voorbeeld van de Spreadsheet psychologische gegevens

Met behulp van een excelsheet wordt er door de kinder- en jeugdpsychologen uit de vijf verschillende pilotziekenhuizen bijgehouden of er bij de jongeren die deelnemen aan het nazorgtraject sprake is van problematiek. Hierin wordt onder meer bijgehouden of de jongeren hun drinkgedrag hebben veranderd, of ouders alcoholspecifieke opvoedingsregels hanteren, of zij gedragsvragenlijsten hebben ingevuld en of er sprake is van schoolproblematiek en gezinsproblematiek etc. Hieronder volgt een voorbeeld van een aantal kolommen uit de betreffende spreadsheet.

	A	B	D	E	F	G
	Patiënt	Geboorte datum	Een gedragsverandering ten aanzien van jonger			
			Intake/screening			
			Dronk de jongere alcohol voor de alcoholvergiftiging?	Heeft de jongere na de alcoholvergiftiging nog alcohol gedronken?	Deed de jongere aan binge drinking voor de alcoholvergiftiging? (jongens ≥ 5 drankjes minstens 1x p/m per gelegenheid meisjes ≥ 4 drankjes)	Doet jongere aan binge drinking sinds de alcoholvergiftiging? (jongens ≥ 5 drankjes minstens 1x p/m per gelegenheid meisjes ≥ 4 drankjes)
1						
2						
3						
4	Voornaam Achternaam	10-10-94	1 (ja wel alcohol)	1	1 (ja wel binge drinking)	1 (ja wel binge drinking)
5	Voornaam Achternaam	10-11-93	2 (nee geen alcohol)	2	2 (nee geen bingedrinking)	2 (nee geen bingedrinking)
6	Voornaam Achternaam	15-03-93	1	2	2	1
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						

Bijlage IX. Handleiding invullen spreadsheet

Kolom A, B, C Invullen van voor en achternaam, geboortedatum (01-01-1995, jaartal volledig uitschrijven) en geslacht.

Kolom D-G Invullen na het evaluatiegesprek. Binge drinking = voor **jongens** minimaal 1 keer per maand 5 of meer drankjes per gelegenheid nuttigen. Voor **meisjes** is dit 4!!! (een gelegenheid kan dus ook van 6 uur 's avonds tot 1 uur 's nachts duren).

Kolom H-J Invullen na het follow-up gesprek.

Kolom K-M Alcoholspecifieke opvoedingsregels = ouders verbieden hun kind onder de 16 alcohol te drinken en handhaven dit consequent, indien hun kind ouder is dan 16 verbieden zij binge drinking en sterke drank. Wanneer ouders wel regels hebben (zoals maximaal 2 drankjes) wordt dit hier geregistreerd als geen regels. Er wordt onderscheid gemaakt tussen geen regels(2)/ ouders verbieden het en handhaven dit consequent ook geen uitzonderingen(1A)/ ouders verbieden alcohol maar maken soms wel uitzonderingen en hanteren de regel dus niet consequent(1B).

Kolom N Heeft de jongere straf gekregen van ouders.

Kolom O Hebben ouders de jongere weleens alcohol laten proberen in de thuissituatie (een klein nipje champagne met oud en nieuw wordt ook gescoord!)

Kolom P-AA Let op bij kolom W-X-Y-AA is 0=nee ipv 2!!

Risicofactoren: wordt ingevuld indien jongere en/of ouders dit aangeeft.

Bij **kolom P** vult u in hoeveel vragenlijsten er zijn ingevuld en tussen haakjes erachter welke. 2 CBCL betekent moeder en vader hebben dit ingevuld. Indien er 4 vragenlijsten zijn ingevuld (2CBCL, YSR & TRF) hoeft er niks te worden toegevoegd en is enkel 4 voldoende.

Bij **kolom Q** scoort u ook 1 indien u heeft verwezen naar faalangsttraining, stottertraining o.i.d.

Indien u bij **kolom V** 1 scoort vult u tussen haakjes in om wie het gaat. Vb 1 (oma)

Bij **kolom W** Bij 2,3 vult u in waar het omgaat. Vb 3 eetproblematiek U vult 3 in wanneer er alleen aanwijzingen zijn voor..en niet om een diagnose! U vult 1,2 in indien er een diagnose gesteld is.

Kolom X Bij 3 vult u in waar het omgaat. Vb. problemen met broer.

Kolom Y hier vult u 1 in indien er sprake is van milde problemen. Bijvoorbeeld veel strijd tussen ouder en kind, veel ruzie of wanneer ouders pedagogisch onmachtig zijn.

Kolom AC-AF Zie hiervoor de flowchart. Patiënt doorloopt niet de fases/komt niet meer opdagen of zien er vanaf.

Kolom AG+AH Indien bekend vul deze gegevens in (niet vergeten na te vragen!!of evt opvragen bij school met toestemming), anders NB. Bij de schoolniveaus mag er gebruik gemaakt worden van afkortingen. VMBO-kader, VMBO-TL, HAVO, VWO, enz..

Kolom AJ-AM Indien er eerder een IQ test is afgenomen hier aangeven. Wanneer (tussen haakjes bij kolom AJ) en wat de score was (Kolom AK-AM).

Kolom AN-AP Indien er een NPO is gedaan hier de IQ test gegevens invullen. Anders n.v.t.

Kolom AQ-BB Invullen indien is ingevuld, u scoort 1 indien jongere in klinische gebied scoort, 2 indien jongere in subklinisch gebied scoort en 0 indien jongere in het normale gebied scoort. Indien niet is ingevuld voert u n.v.t. in.

Over het algemeen geldt dat indien gegevens niet bekend zijn er NB kan worden ingevuld. Indien de jongere aangeeft 4 drankjes te drinken en ouders zeggen dat de jongere niet drinkt gaat u uit van het antwoord van de jongere! Je gaat hierbij uit van het antwoord van de jongere.

Protocol
***“Project ter voorkoming van
Alcoholschade”***



Reinier de Graaf Groep

Aanmaakdatum: April 2010

Revisiedatum: April 2011

Reinier de Graaf Groep Delft

Dr. N. van der Lely, kinderarts

Drs. M.D.C. de Visser, kinder- en jeugdpsycholoog

Inhoudsopgave

1. Alcoholintoxicatie bij jongeren
 - 1.1 Alcohol intoxicatie en kindergeneeskunde
 - 1.1.1 Farmacokinetiek
 - 1.1.2 Effecten van alcohol
 - 1.2 Alcohol intoxicatie en kinder- en jeugdpsychologie
2. Protocol multidisciplinaire aanpak bij jongeren met een alcoholintoxicatie
 - 2.1 SEH; Beleid en behandeling
 - 2.2 Klinische behandeling
 - 2.2.1 Somatisch
 - 2.2.2 Psychosociaal
 - 2.3 Polikliniek jeugd en alcohol
 - 2.3.1 Kindergeneeskunde
 - 2.3.2 Kinder- en jeugdpsychologie
3. Literatuur
4. Bijlagen
 - 4.1 NSCK vragenlijst
 - 4.2 Handleiding
 - 4.3 Dagprogramma tijdens opname voor jongere met een alcoholintoxicatie
 - 4.4 Protocol neuropsychologisch onderzoek
 - 4.5 Checklist status
 - 4.6 Gestandaardiseerd interview psychologie Screeningsgesprek
 - 4.7 Gestandaardiseerd interview psychologie Evaluatiegesprek
 - 4.8 Gestandaardiseerd interview psychologie Follow-up gesprek
 - 4.9 Brieven polikliniek jeugd & alcohol

1. Alcoholintoxicatie bij jongeren

1.1 Alcoholintoxicatie en kindergeneeskunde

Alcoholintoxicatie is een groeiend probleem binnen de kindergeneeskunde. Uit een epidemiologisch onderzoek van het Trimbos-instituut (Nationale Drugs Monitor, jaarbericht 2007) is gebleken dat 16 % van 11-jarigen en 60% van de 12-jarigen ‘al eens alcohol heeft gedronken’. Onder de jongste leeftijdsgroepen was het gebruik van alcohol tussen 2003 en 2005 iets gedaald echter onder de kinderen die dronken nam het binge drinken toe. Een artikel van collega’s Van Kleef en Van der Lely toonde wel een stijgende incidentie van het aantal opnamen als gevolg van overmatig alcoholgebruik¹.

Patiënten met een alcoholintoxicatie zijn in de afgelopen jaren steeds jonger geworden met een gemiddelde leeftijd van momenteel 15,0 jaar ^{1,2} (jongste 12,8 jaar). Het gemiddelde promillage bij opname is gestegen tot 1,9 0/00 waarbij men gemiddeld drie uur in coma was..De groep van opgenomen kinderen is een weerspiegeling van de Nederlandse samenleving. In de tijd neemt echter de groep van opgenomen VWO leerlingen toe en kinderen met allochtone achtergrond af (NSCK gegevens).

Bij jongeren bestaat alcoholgebruik toenemend uit het zogenaamde ‘binge’-drinken, d.w.z. in een korte tijd excessieve hoeveelheden alcoholhoudende consumpties drinken. In een klein aantal gevallen gaat het om een poging tot zelfmoord. De meest gedronken alcoholische consumpties zijn bier (bij jongens), sterke dranken en mixjes zoals Breezers, m.n. populair bij meisjes (Trimbos, NSCK onderzoek 2007). Van belang te weten is dat er een bewezen relatie bestaat tussen vroege beginleeftijd van drinken en veelgebruik later in het leven, tussen

alcoholgebruik en agressie (CCV, Trimbos) en alcohol gebruik en risicovol seksueel gedrag. Tot de leeftijd van 18 jaar neemt het aantal hersencellen en de grootte van de hersenen toe waarna het aantal verbindingen toeneemt tussen de cellen ('pruning').

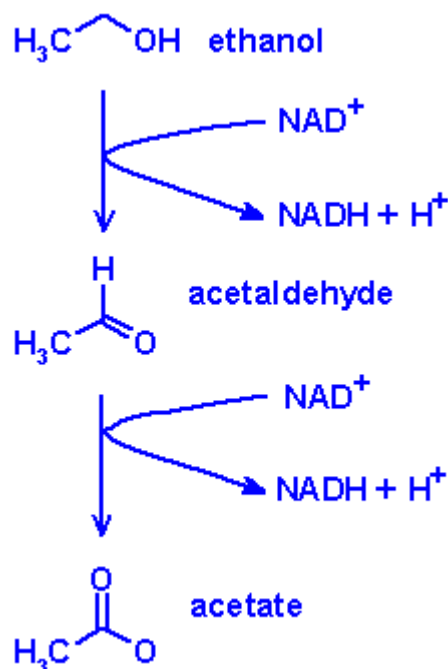
1.1.1 Farmacokinetiek

Alcohol wordt binnen 1 uur geresorbeerd in de maag en dunne darm, waarna de halfwaardetijd 4-5 uur is³. Maagvulling vermindert de opnamesnelheid. Het effect van alcohol via het bloed op de hersenen is al na een minuut of 10 merkbaar. Bij een promillage van 0,5 vind men 220 microgram alcohol per liter uitgeademde lucht; bij een promillage van 0,2 88 microgram alcohol.

Na consumptie van alcohol wordt ethanol gemetaboliseerd in de lever tot acetaat via de enzymen alcoholdehydrogenase en aldehyddehydrogenase, waarna acetaat in citroenzuurcyclus wordt opgenomen. Tijdens dit proces worden zure metabolieten gevormd, met name β -hydroxyboterzuur en melkzuur, die leiden tot een metabole acidose. Als gevolg van verhoogde renale uitscheiding van kalium bij metabole acidose kan hypokaliëmie ontstaan.

Onveranderd ethanol kan ook door de nieren (2-10% van totaal alcoholpercentage in bloed), adem (0-3%) en zweet (0,7%) worden uitgescheiden.

Hypoglykemie ontstaat doordat acetaat, een metabolisatieproduct van alcohol, terecht komt in de circulatie en vervolgens wordt geoxideerd door perifere weefsels. Voor dit proces is nicotinamide-adeninedinucleotide (NAD^+) nodig, dat daardoor onvoldoende beschikbaar is als cofactor in de gluconeogenese. Daardoor ontstaat hypoglykemie. Vooral jonge kinderen en kinderen met weinig glycogeenreserves lopen hierop een risico.



1.1.2 Effecten van alcohol

De toxische effecten van alcohol kunnen verwacht worden vanaf een plasmaconcentratie van 0.5 - 1 ‰ (= 500-1000 mg/l) of een inname van 600 mg/kg. Dit komt overeen met 120 ml

sterke drank met een alcoholpercentage van 30% bij een kind van 40 kg. Een standaardglas alcohol bevat 10 gram alcohol en leidt gemiddeld tot een promillage van 0,2 bij mannen en 0,3 bij vrouwen. Bij iemand die veel weegt wordt de alcohol verdeeld over een grotere hoeveelheid lichaamsvocht; promillage dan lager bij gelijke inname. Vrouwen hebben relatief minder vocht per kilo waardoor de ingenomen alcohol minder verdund wordt en het promillage (en de effecten) bij gelijke inname hoger uitvalt.

Bij jongeren treden verschijnselen als gevolg van alcohol op bij een lager alcoholpromillage dan dat dit het geval is bij volwassenen t.g.v. een kleiner extracellulair volume. Deze effecten worden veroorzaakt door een onderdrukkend effect op het centraal zenuwstelsel.

Het effect is mede afhankelijk van individuele factoren, zoals geslacht, medicatiegebruik (paracetamol en orale anticonceptiva), tolerantie bij regelmatig alcoholgebruik, pre-existente leverziekten en gelijktijdig drugsgebruik.

Verschijnselen:

- Sociale ontremming
- Braken
- Toegenomen zweetproductie
- Verminderde spiercontrole
- Verminderd bewustzijn; soms leidend tot coma
- Retrograde amnesie
- Hypothermie t.g.v. onderdrukking van thermoregulatiecentrum en perifere vasodilatatie
- Respiratoire insufficiëntie t.g.v. verminderd bewustzijn en depressie van ademcentrum
In combinatie met drugs of medicatie en met ondertemperatuur is er een vergrote kans op depressie van het ademhalingscentrum en daardoor respiratoire insufficiëntie.
- Dehydratie t.g.v. verhoogde diurese, braken en toegenomen zweetproductie
- Metabole acidose t.g.v. oxidatie van alcohol, versterkt door ademdepressie
- Hypoglykemie
- Slaperigheid
- Dysartrie en ataxie
- Hypotensie
- Hyperventilatie
- Letsel t.g.v. valpartijen en verkeersongevallen door verminderde reactiesnelheid en ontremming, soms met dodelijke afloop.

1.2 Alcohol intoxicatie en kinder- en jeugdpsychologie

Het aantal opnames van jongeren met een alcoholintoxicatie op de SEH /kinderafdeling neemt toe¹. In de huidige situatie krijgen kinderen die worden opgenomen met een alcoholintoxicatie wel de benodigde acute medische behandeling maar geen gestructureerd medisch-psychologisch nazorgtraject binnen het ziekenhuis^{1,2}. De kans op recidief is hierdoor groter, omdat de jongere lang niet altijd 'leert' van de negatieve ervaring met alcohol en zijn drinkgedrag niet automatisch aanpast^{3,4,5}. De jongeren worden echter wel potentieel bedreigd in hun ontwikkeling en nadere screening en wellicht behandeling is nodig voor zowel het gedrag m.b.t. schadelijk alcoholgebruik als eventuele onderliggende problematiek. Er kan gebruik gemaakt worden van de gelegenheid om eventuele risicofactoren bij de jongere en het gezin te onderkennen door gerichte psychologische screening^{3,4}. Risicofactoren die zijn beschreven voor beschadiging aan het ontwikkelende brein a.g.v. alcohol zijn sekse, comorbiditeit ADHD /andere psychiatrische problematiek, de leeftijd waarop men voor het

eerst drinkt, drinkpatroon (binge-drinking) overig drugsgebruik en verslavingsproblematiek /alcoholmisbruik bij ouders, andere familieleden⁶.

Alcohol brengt een scala aan schadelijke effecten teweeg die nu juist bij de jongere, die door de ontwikkelingsfase waar hij zich in bevindt extra kwetsbaar is, een langdurige en ernstige neerwaartse spiraal in gang kan zetten^{5,6}. De korte termijn gevolgen zoals de alcoholintoxicatie en een kater, de toename van agressie, seksueel risicogedrag^{4,7,8} en aan alcoholgebruik gecorreleerde ongevallen^{9,10} hebben elk weer hun eigen gevolgen. De lange termijn consequenties, schade aan het ontwikkelende brein waardoor het cognitieve potentieel niet kan worden uitgebreid en verhoogde kans op alcoholproblematiek op volwassen leeftijd¹⁰. Ook zijn er aanwijzingen dat door alcoholmisbruik op jongere leeftijd de prefrontale cortex zich niet optimaal kan ontwikkelen. De planning, inzicht, empathie, emotionele controle en flexibiliteit kunnen zich hierdoor niet goed ontwikkelen met als gevolg dat ook de persoonlijkheidsontwikkeling negatief wordt beïnvloed¹¹.

Uit ervaring blijkt dat jongeren relatief vaak met concentratie- en geheugenproblemen, schoolproblemen, depressieve gevoelens, SOA's en/of interactieproblemen met ouders te kampen hebben.

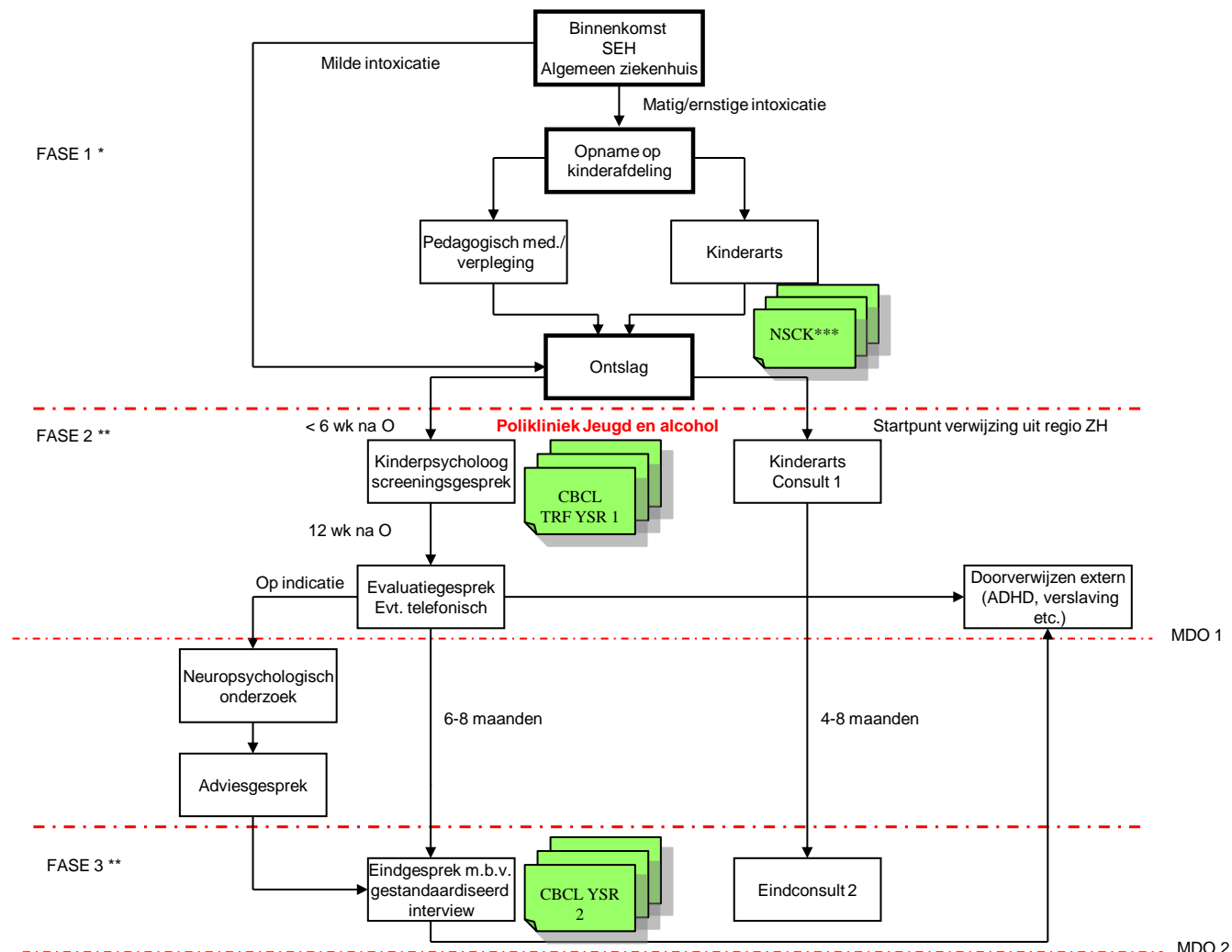
Uit ervaring blijkt dat de ouders /verzorgers van de jongere zich vaak geschokt, teleurgesteld en schuldig voelen omdat hun kind dit is overkomen en zij zijn soms angstig en bezorgd over de toekomst. Door de schaamte zijn zij vaak niet goed in staat om deze gevoelens uitgebreid te bespreken met hun naasten. Vaak hebben zij onvoldoende kennis over hoe de opvoeding, algemeen en alcohol gerelateerd, kan worden bijgesteld.

Kortdurende psychologische interventies waarbij gebruik wordt gemaakt van Motivational Interviewing zijn effectief gebleken¹² bij jongeren zelf (13-17) in het verminderen van het alcoholgebruik. Daarnaast blijkt de invloed van de ouders op het drinkgedrag van hun kinderen veel groter te zijn dan aanvankelijk aangenomen¹³. Vooral wanneer er nog geen sprake is van regelmatig, schadelijk alcoholgebruik bij de jongere. Ouders onderschatten het alcoholgebruik van hun kinderen en meer dan de helft van de jongeren die wel eens alcohol drinkt geeft aan dat hun ouders het goed vinden^{13,14}. Een strenge houding van ouders met duidelijke regels t.a.v. alcoholgebruik blijkt echter effectief in het voorkòmen van alcoholgebruik en misbruik^{15,16}. Secundaire preventie d.m.v. opvoedkundige adviezen met als doel de ouders te stimuleren alsnog meer regels m.b.t. alcoholgebruik te stellen en beter toezicht te houden lijkt daarom de aangewezen interventie na een alcoholintoxicatie bij jongeren. Leidraad daarbij is de algemeen consequent gehanteerde regel dat er onder de 16 jaar geen alcohol mag worden genuttigd en boven de 16 volgens de algemeen gehanteerde normen.

De medische psychologie in het algemeen ziekenhuis heeft o.a. als specialisatie het onderzoeken van ontwikkelingsproblemen en neuropsychologische schade door factoren van buitenaf, ouderbegeleiding en opvoedingsadviezen en is bekend met life-styleproblematiek en Motivational Interviewing (diabetes bij pubers, obesitas).

Medische psychologie is daarnaast ingebed in de context van het ziekenhuis, is drempelverlagend en minder stigmatiserend dan externe hulpverleningsinstellingen. Er is een intensieve samenwerking tussen de medisch specialist en de medisch psycholoog. Dit alles draagt ertoe bij dat de kans dat ouders en de jongere zich laten doorverwijzen naar de psycholoog na een alcoholintoxicatie toeneemt en het aantal drop-outs gering is.

2. Protocol multidisciplinaire aanpak bij jongeren met een alcoholintoxicatie



* Fase 1 wordt uitgevoerd in het ziekenhuis waar de jongere wordt binnengebracht op de SEH.

** Fase 2 en 3 worden uitsluitend uitgevoerd in de pilot ziekenhuizen.

***Pas ontslag na checklist envelop (zie 2.1 en 2.1.1)

2.1 SEH; Beleid en behandeling

Als een kind met een vermoeden op alcoholintoxicatie wordt binnengebracht op de Spoedeisende hulp dient allereerst de opvang volgens het ABC principe zoals gebruikelijk plaats te vinden alvorens verdere behandeling.

Primaire evaluatie volgens APLS:

- Ademweg en ademhaling: cave aspiratie a.g.v. braken
- Circulatie
- Wondwonden
- Bewustzijnsniveau
- Gevaarlijke hypothermie of hypoglycemie

In tegenstelling tot het verleden worden deze kinderen op indicatie opgenomen (2.2.1.) dan wel krijgen ze een poliafspraak ter aanvang van het nazorgtraject. Indicaties van opname zie verder bij 2.2 "Klinische behandeling".

SEH aspecten voor verdere analyse:

(Hetero)anamnese	Hoeveelheid consumpties Soort consumpties Gelijktijdig medicijn / drugsgebruik Benzodiazepine's → versterking ademdepressie PCM / de pil → hogere bloedconcentratie Braken (aspiratie)
Lichamelijk onderzoek	Vitale parameters (hypotensie, wijde polsdruk, etc.) Bewustzijnsniveau (Glasgow-comascore) Temperatuur Verwondingen Buikonderzoek voor aanwijzingen van pancreatitis of leverfalen
Aanvullend onderzoek	Alcoholpromillage Bloedgas Glucose Elektrolyten, m.n. kalium E.C.G. Urinetoxicologie (zie follow-up) Gamma-GT

Voor confrontatie en educatieve doeleinden van zowel patiënt als ouders dient men 'bewijs' te verzamelen van hoeveelheid consumpties (schatting te berekenen door onderstaande formule) en eventueel drugsgebruik (urine-toxicologie).

Schatting hoeveelheid geconsumeerde alcohol

$$\text{Cethanol} = \frac{A \times p \times 0,01 \times 0,8}{V \times Lg} \rightarrow A = \frac{\text{Cethanol} \times V \times Lg}{p \times 0,01 \times 0,8}$$

Cethanol = ethanolconcentratie (in g/L of o/oo)

- A = de ingenomen hoeveelheid ethanol bevattend product (in ml)
- P = percentage alcohol in product (in %)
- 0,08 = soortelijk gewicht ethanol
- V = verdelingsvolume (in L/kg) → kind = 0,7
- Lg = lichaamsgewicht (in kg)

Vanwege de snelle resorptie van alcohol zijn behandelingen, zoals maagspoelen of actieve kool over het algemeen niet zinvol. Bovendien is dit ook potentieel gevaarlijk in verband met risico op aspiratie.

Indeling intoxicatie o.b. van bloedspiegel:

Promillage	
< 1.5 ‰	Mild
1.5-2.5 ‰	Matig
> 2.5 ‰	Ernstig

Beleid

MILD

Observatie SEH

- Bij alleen een milde intoxicatie kan enkele uren observatie op de SEH volstaan. Dit als er geen secundair letsel is, hypothermie, hypotensie etc. (zie 2.2.1). Frequentie controle van pols, ademhaling en bloeddruk (monitorbewaking) is geïndiceerd. Eventueel infuus met glucose ter voorkoming van hypoglykemie.

Direct op SEH, voor ontslag, NSCK lijst invullen. (zie 4.1). Deze ingevulde lijst bij medische papieren / status voegen. Tevens verwijsformulier polikliniek Jeugd & Alcohol invullen ('interne' verwijzing indien ziekenhuis een polikliniek alcohol en jeugd heeft) dan wel ingevuld formulier voor verwijzing naar regionale polikliniek jeugd en alcohol invullen en door Faxen. Informatiepakket aan ouders/ verzorgers, inclusief voorlichtingsfolder, meegeven(zie 4.2 Handleiding).

MATIG /ERNSTIG

Opname Afdeling kindergeneeskunde (zie volgende hoofdstuk)

2.2 Klinische behandeling

2.2.1 Somatisch

Opname op Afdeling Kindergeneeskunde

- Opname bij bedreigde situatie, jonge leeftijd (< 15 jaar) of matige/ ernstige intoxicatie en
 - Alcoholpromillage ≥ 1.5 ‰
 - Leeftijd < 15 jaar
 - Verminderd bewustzijn
 - Verdenking gecombineerd middelengebruik
 - Secundair letsel
 - Hypotensie
 - Hypothermie (centraal < 36⁰ C)
 - Elektrolyt stoornis/ afwijking Milieu interieur zoals:
 - Hypoglykemie
 - Ernstige metabole acidose
- Bij ernstige intoxicatie kan hemodialyse geïndiceerd zijn om schade te voorkomen (overleg regionale PICU).

Voor ontslag NSCK lijst invullen. (zie 4.1). Bij medische papieren / status voegen. Tevens verwijsformulier polikliniek Jeugd & Alcohol invullen ('interne' verwijzing indien ziekenhuis een polikliniek alcohol en jeugd heeft) dan wel ingevuld formulier voor verwijzing naar regionale polikliniek jeugd en alcohol invullen en door Faxen. Informatiepakket aan ouders/ verzorgers, inclusief voorlichtingsfolder, meegeven(zie 4.2 Handleiding).

Somatisch beleid bij opname:

- Monitoring
- Zo nodig opwarmen
- Glucose controles na 1, 2 en 4 uur na opname / ingestie
- Adequate intraveneuze hydratatie / glucose-intake

2.2.2 Psychosociaal

- Dag na opname zal het dagprogramma worden gestart (Zie bijlage 4.3).
- Dag na opname gesprek met patiënt en ouders door kinderarts:
(→ NSCK vragenlijst ingevuld?) .
Dit gesprek is erg belangrijk, aangezien patiënt en ouders in deze fase gevoelig zijn voor informatie. In dit gesprek dient besproken te worden:
 - Waarom opname?
 - Medische informatie behandeling / beloop.
 - Ernst van de opname.
 - Gevolgen van alcoholgebruik; acute problemen, maar ook gedrags- en leerproblemen op latere termijn bij chronisch gebruik.
 - Follow-up bespreken (psychologie, gedragsvragenlijsten).
- Voor adviezen aan de ouders:
 - Handige website voor hen: www.alcoholinfo.nl, www.alcoholenopvoeding.nl.
 - Altijd en overal dezelfde regel hanteren aan hun kind (ook tijdens vakanties):
GEEN ALCOHOL ONDER DE 16 JAAR!
 - Misvattingen uit de weg ruimen:
 - Een jongere moet juist niet thuis leren drinken.
 - Verbod maakt alcohol niet aantrekkelijker. Maakt juist kans kleiner dat jongere zich te buiten gaat.
 - Voorbeeldgedrag van ouders is heel bepalend voor jongeren (hoe gaan zij met alcohol om).
 - Hen dringend adviseren wel bij de jeugdpsychologe langs te gaan.
- Benadering jongere en ouders:
 - Consequent de boodschap vertellen/ uitstralen:
Dit is niet normaal; heel schadelijk en ernstig.
Het is niet om te lachen; zwaar aan tillen.
 - Bij meisjes rekening houden met mogelijk seksueel misbruik tijdens dronkenschap
 - Alleen ouders /verzorgers mogen op bezoek komen, geen vrienden.
- Voorlichting aan jongere door pedagogisch medewerker of verpleegkundige over alcohol d.m.v. internet www.watdrinkjij.nl en brochures.
- Poliklinische controle alcoholpoli maken → multidisciplinair: doelgroeparts en psycholoog (formulier invullen).
- De checklist voor jongeren met alcoholintoxicatie (bijlage 4.2) dient ingevuld in de status gedaan te worden

N.B. Bij een tweede opname vanwege alcoholintoxicatie dient melding gedaan te worden bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK).

2.3 Polikliniek Jeugd en Alcohol

2.3.1 Kindergeneeskunde

Poliklinische afspraak kinderarts <6 weken na opname

Duur: 30 min.

Voorgeschiedenis

Medisch verleden: algemeen Pediatrisch; Andere Hulpverleners

Drankgebruik, leeftijd, hoeveelheden, soorten, herkomst. (vgl NSCK Lijst)
Opnamegegevens Alcoholintoxicatie
(incl. gegevens Laboratorium en Secundair letsel)

Speciale Anamnese

Huidig drinkgedrag. Middelengebruik.
Leermoment van opname; thuissituatie. Kennis overdracht plaatsgevonden.
Algemeen Pediatrisch.
Secundair letsel.

Sociale anamnese

School en studieresultaten voor en na opname.
Gezinssituatie (sibs, ziekten, gedragsproblemen, betrokkenheid ouders).
Werk, Cultureel, Religie, Sport.
Vrienden

Familie anamnese

Positie gezin. Sibbs. Middelengebruik
Algemeen Pediatrisch.

Lichamelijk onderzoek

Algemeen Pediatrisch en Neurologisch.

Decursus/Beleid

Bespreken polikliniek jeugd en alcoholactiviteiten (Kindergeneeskundig en Psychologisch).
Kennis overdracht voor kind en ouders (lieftst separaat).
Afspraken voor toekomst.
Correspondentie afhandelen.

2.3.2 Kinder- en jeugd psychologie

Practice based dienen er bij de Psycholoog minstens 3 contactmomenten te zijn:

1. Binnen 6 weken na ontslag op de polikliniek Kinderpsychologie: (Screeningsgesprek zie bijlage 4.5).
2. Binnen 10 weken na ontslag op de polikliniek Kinderpsychologie. (Tweede /evaluatiegesprek)
3. Zes tot acht maanden na ontslag op de polikliniek Kinderpsychologie: Follow-up met de kinderpsycholoog. (Zie flow chart)

Na het evaluatiegesprek kan op indicatie neuropsychologische onderzoek plaatsvinden: een Onderzoeksdag met daaraan gekoppeld een Adviesgesprek enige weken na de onderzoeksdag.

Screeningsgesprek

Binnen zes weken na de opname dienen ouders en jongere een screeningsgesprek bij de psycholoog te hebben. Zij krijgen daarvoor een telefonische uitnodiging met motivatie door de kinder- en jeugdpsycholoog en krijgen vervolgens gedragsvragenlijsten toegestuurd (CBCL en TRF). Vaders worden expliciet uitgenodigd omdat zij een belangrijke invloed uitoefenen op het alcoholgebruik.

Ouders en jongere komen gezamenlijk maar er wordt afzonderlijk met hen gesproken. Eerst een gesprek met de ouders (uur) waarbij de jongere in de wachtkamer blijft om de gedragsvragenlijst YSR te vullen. Daarna volgt een apart gesprek met de jongere (uur).

Doel gesprek ouders: secundaire preventie, herhalen voorlichtingsboodschap opname, aandacht geven aan de gevoelens van de ouders rondom de alcoholintoxicatie, teleurstelling, schrik, angst, boosheid, schaamte, eventuele consequenties die zij hebben laten volgen op het incident, opvoedstijl algemeen, opvoedstijl m.b.t. alcohol, alcoholgebruik van ouders zelf en de jongere, vòòrkomen alcoholisme in familie, ingrijpende gebeurtenissen in afgelopen jaar, functioneren jongere school, sociaal en emotioneel, CITO-score basisschool, schooladvies, toestemming van ouders voor opvragen van schoolgegevens, overig drugsgebruik en op individu gerichte adviezen m.b.t. verbieden van alcohol, handhaven van regels en consequenties (verschil <16 en >16, opleidingsniveau en overige problemen). Ouders overhandigen ingevulde CBCL en TRF. Vullen toestemmingsformulier in voor overdracht kinderarts en huisarts (rapportage) en eventueel uitwisseling gegevens met andere betrokken hulpverleners.

Doel gesprek jongere: secundaire preventie, voorlichting, gevoelens jongere t.a.v. de alcoholintoxicatie, gedragsverandering sindsdien m.b.t. alcoholgebruik, gericht vragen naar alcoholgebruik jongere zelf en ouders, eventueel herhalen zelfdrinktest, functioneren school, sociaal, gezin, emotioneel, relaties, sexualiteit (m.n. ook bij alcoholgebruik), ingrijpende gebeurtenissen, CITO-score en schooladvies, overig drugsgebruik, belangrijk: check privacy, wat mag wel/niet worden gebruikt bij gezamenlijk evaluatiegesprek. Gebruik maken van Motivational Interviewing methode, welk stadium zit de jongere in.

Taxatie problematiek door uitkomst gedragsvragenlijsten, gegevens screeningsgesprekken te combineren. Zijn er aanwijzingen voor gezinsproblematiek, ADHD /andere psychische of psychiatrische problematiek, school /leerproblemen en /of aanwijzingen voor schadelijk alcoholgebruik zoals bingedinking. Is de jongere al bekend bij een hulpverlener dan vindt overleg plaats met de “hoofdbehandelaar” mits toestemming is verleend door de ouders/jongere.

Evaluatiegesprek

Binnen vier weken na screeningsgesprek met ouders en jongere gezamenlijk

- uitleg resultaten gedragsvragenlijsten en totale taxatie functioneren rekening houdend met de privacy van de jongere
- op indicatie doorverwijzen naar Bureau Jeugdzorg, GGZ, Verslavingszorg enz.
- op indicatie doorverwijzen, intern, voor neuro-psychologisch onderzoek, indicatie:
 - a. aanwijzingen voor bingedinking én
 - b. achterblijvende schoolprestaties
 - c. aanwijzingen voor ADHD (advies is niet bindend tenzij er gereede vrees is voor kindermishandeling /verwaarlozing)

Neuropsychologisch onderzoek

Zie bijlage 4.4

Follow-upgesprek

Binnen zes tot acht maanden na de alcoholintoxicatie met jongere en ouders gezamenlijk

- doel : in kaart brengen huidige functioneren van jongere algemeen en alcohol gerelateerd

- opnieuw invullen van CBCL en YSR, heeft de beoogde gedragsverandering bij jongere en ouders plaatsgevonden en standgehouden
- zijn eventuele adviezen m.b.t. verwijzing en uit neuropsychologisch onderzoek adequaat opgevolgd en hebben zij het juiste resultaat gehad
- indien nodig alsnog doorverwijzen

3. Literatuurlijst

1. Van Kleef, L. E. & van der Lely, N. (2006). Jongeren met alcoholintoxicatie, een groeiend probleem. *Ned. Tijdschrift Geneeskunde*, 150(46), 2521-2522.
2. The prevalence of adolescents alcohol intoxication causing Dutch hospital admissions. Van Hoof J, van der Lely N, Rodrigues Pereira R, van Dalen W. J Study on Alcohol and Drugs (accepted 2009).
3. Adolescent alcohol intoxication in the Dutch hospital departments of pediatrics; two years data compared. Van Hoof J, van der Lely N, Rodrigues Pereira R, van Dalen W. (Submitted to Journal of Adolescent Health, November 2009)
4. Wilsterman MEF, Dors N, Sprij AJ, Wit JM. Kliniek en beleid bij jongeren met alcoholintoxicatie op de afdelingen voor spoedeisende hulp in de regio Den Haag, 1999-2001. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2004;148:1496-500.
5. UpToDate: Ethanol intoxication
6. Verdurmen, J., Monshouwer, K., van Dorselaer, S., Ter Bogt, T. & Vollebergh, W. (2005). Alcohol use and mental health in adolescents: interactions with age and gender. Findings from the Dutch 2001 Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 605-609.
7. Mallet, K.A., Lee, C. M., Neighbors, C., Larimer, M. E. & Turrisi, R. (2006). Do we learn from our mistakes? An examination of the impact of negative alcohol-related consequences on college students' drinking patterns and perceptions. *Journal of Studies on Alcohol*, 67, 269-276.
8. Tapert, S. F., Caldwell, L. & Burke, C. M. A. (2004-2005). Alcohol and the adolescent brain. *Alcohol research & health*, 28(4), 205-212.
9. Verdurmen et al. (2005). Alcohol use and mental health in adolescents: interactions with age and gender. Findings from the dutch 2001 health behavior in school-aged children Survey, *Journal of studies on alcohol*, 66, 605-609
10. Corte, C. M. & Sommers, M. S. (2005). Alcohol and risky behaviours. *Annual Review of Nursing Research*, 23, 327-360.
11. Fergusson, D. W. & Horwood, L. J. (2000). Alcohol abuse and crime: a fixed effects regression analysis. *Addiction*, 95, 1525-1536.
12. Valkenberg, H., van der Lely, N. & Brugmans, M. (2007). Alcohol en jongeren: een ongelukkige combinatie. *Medisch Contact online* 2007, (www.veiligheid.nl).

13. Van Laar, M. W., Cruts, A. A. N., Verdurmen, J. E. E., van Ooyen-Houben, M. M. J. & Meijer, R. F. (2007). Nationale Drug Monitor: jaarbericht 2006. Utrecht: Trimbos Instituut. www.trimbos.nl
14. Verdurmen, J.(2006). Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar, schadelijke effecten en effectiviteit van alcoholinterventies. Trimbos Instituut Utrecht.
15. Spirito, A., Monti, P. M., Barnett, N. P., Colby, S. M., Sindelar, H., Rohsenow, D. J., Lewander, W. & Myers, M. (2004). A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *The journal of pediatrics*, 145(3), 396-402.
16. van der Vorst, H. (2007). *The Key to the cellar door: the role of the family in alcohol use*. Dissertatie Universiteit van Nijmegen.
17. Onderzoek Jeugd 12 t/m 18 jaar 2005, GGD Zuid-holland West.
18. Peilstationsonderzoek Trimbos instituut 2007. www.trimbos.nl
19. Latimer, W. W., Winters, K. C., D'Zurilla, T. & Nichols, M. (2003). Integrated family and cognitive behavioral therapy for adolescent substance abusers: a stage 1 efficacy study. *Drug Alcohol Depend*,71(3), 303-317.

4. Bijlagen

4.1 NSCK vragenlijst



NSCK Postbus 2215 2301 CE Leiden.

NSCK code

Arts nr:

NSCK

Nederlands Signalerings Centrum Kindergeneeskunde

tel: 071- 518 1699, email: nsck@ tno.nl

Vragenlijst alcoholgerelateerde ziekenhuisopnames

Naar aanleiding van signalering via het Nederlands Signaleringscentrum Kindergeneeskunde vragen wij u deze vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen. Lijst alleen invullen voor patiënten van 0 tot en met 17 jaar bij geconstateerde (of vermoedelijke) ethanolspiegel > 0.

Samenwerkingsverband Reinier de Graaf Gasthuis, STAP (Stichting Alcohol Preventie), GGZ Rotterdam en Universiteit Twente, afdeling Technische en Professionele Communicatie.

Bij vragen of opmerkingen kunt u contact opnemen met Dhr. N. van der Lely, kinderarts, Reinier de Graaf Gasthuis, tel: 015- 2603595, E-mail adres: alcoholpoli@rdgg.nl.

(De cijfers en letters bij de hokjes hebben slechts betekenis voor de verwerking van de gegevens)

Naam signalerende kinderarts:

Naam ziekenhuis:

Datum van invullen van deze lijst:

Datum klinische diagnose:

Dagdeel diagnose: ochtend (6-12) / middag (12-18) / avond (18-24) / nacht (0-6)

ALGEMEEN + DEMOGRAFIE

1. Initialen Indien onjuist:.....

2. Geboorte datum dd-mm-jj Indien onjuist:.....

3. Geslacht ¹ jongen ² meisje

4. Leeftijd jaar

5. Postcode (1^e twee cijfers)

6. Opleidingsniveau / werk ¹ Basisonderwijs ⁶ MBO
² Speciaal onderwijs ⁷ HBO
³ VMBO / MAVO ⁸ Universiteit
⁴ HAVO ⁹ Werk
⁵ VWO ¹⁰ Anders, nl

7. School-/Studieprestaties ¹ Nominaal ³ Meervoudig gedoubleerd
² Gedoubleerd ⁴ Drop-out

8. Gezinssituatie ¹ Traditioneel gezin ³ Vervangend tehuis

9. Sibs ² Pleeggezin ⁴ Zelfstandig
⁵ Anders, nl
⁰ Geen ² Zuster(s)
¹ Broer(s)
10. Positie in gezin ¹ Oudste ³ Niet oudste, niet jongste
² Jongste
11. Culturele achtergrond ¹ Nederlands ⁴ Antilliaans
² Marokkaans ⁵ Turks
³ Surinaams ⁶ Anders, nl
12. Religie ¹ Rooms Katholiek ⁵ Hindoe
² Pr. Christelijk ⁶ Boeddhist
³ Joods ⁷ Geen
⁴ Moslim ⁸ Anders, nl

HUIDIGE OPNAME

13. Reden komst ¹ Verkeersongeval
² Ander ongeval (bv fractuur)
³ Agressie / geweld
⁴ Suïcidale poging
⁵ Verminderd bewustzijn
^a Duur verminderd bewustzijn
14. Ethanolspiegel gram / liter
15. Soort alcohol geconsumeerd ¹ Bier ⁴ Pre-mix (Breezerst)
(meerdere antwoorden mogelijk) ² Wijn ⁵ Post-mix (zelf gemixt)
³ Sterke drank ⁶ Overigen, nl.....
16. Herkomst alcohol ¹ Thuis ⁴ Slijterij
² Via vrienden ⁵ Horeca
³ Supermarkt ⁶ Anders, nl.....
17. Plaats van alcoholinname ¹ Ouderlijk huis ⁶ Op school(feest)
(meerdere antwoorden mogelijk) ² Zelfstandig huis ⁷ Openbare gelegenheid (kantine)
³ Thuis bij derden ⁸ Commerciële gelegenh (horeca)
⁴ Op straat ⁹ Vakantieadres (camping)
⁵ Op het werk ¹⁰ Anders, nl
18. Aanwezigen bij alcoholinname ⁰ Niemand ³ Overige gezins-/familieleden
¹ Vrienden ⁴ Onbekenden
² Ouders ⁵ Anders, nl
19. Gecombineerd middelengebruik ⁰ Nee ³ Amfetaminen/speed
bij deze opname? ¹ Cannabis ⁴ Paddenstoelen
(meerdere antwoorden mogelijk) ² Cocaine ⁵ XTC
⁶ Anders, nl
- Indien ja, hoe is dit vastgesteld? ¹ Zelfrapportage ³ Rapportage derden
² Inschatting arts ⁴ Laboratorium/ urine

⁵ Anders, nl

19^A. Opname duurt
IC ¹dagen
Infuus: ²dagen
ja / nee

ACHTERGROND PATIENT(E) MIDDELENGEBRUIK

20. Is patiënt(e) bekend bij? (meerdere antwoorden mogelijk) ¹ Niemand ⁴ Andere specialist
² Kinderarts ⁵ GGZ
³ Psycholoog ⁶ Bureau Jeugdzorg
⁷ Anders, nl
21. Eerder middelengebruik? (meerdere antwoorden mogelijk) ⁰ Nee ³ Amfetaminen/speed
¹ Cannabis / hasj ⁴ Paddenstoelen
² Cocaine ⁵ XTC
⁶ Anders, nl
22. Rookt patiënt(e)? ⁰ Nee ¹ Ja per week
23. Gebruikt patiënt(e) medicatie? ⁰ Nee ¹ Ja
24. Eerste inname glas alcohol jaar. Naam product
25. Zelfstandig en regelmatig gebruik Indien ja, favoriete dranken (geef cijfer 1 voor meest favoriet. Cijfer 2 volgt etc) sinds jaar. ⁰ nvt
¹ Bier ⁴ Pre-mix (Breezers)
² Wijn ⁵ Post-mix (zelf gemixted)
³ Sterke drank ⁶ Overigen
⁷ Anders, nl
26. Alcohol gebruik afgelopen maanden ¹ glazen per wekdagen (ma t/m do) per dag
² glazen per weekenddagen (vr t/m zo) per dag
27. Drinkpatroon plaats van Alcohol gebruik (meerdere antwoorden mogelijk) ¹ Ouderlijk huis ⁶ Op school(feest)
² Zelfstandig huis ⁷ Openbare gelegenheid (kantine)
³ Thuis bij derden ⁸ Commerciële gelegenheid (horeca)
⁴ Op straat ⁹ Vakantieadres (camping)
⁵ Op het werk ¹⁰ Anders, nl
28. Betrokkenheid ouders ¹ Ouders weten precies hoeveel patiënt(e) drinkt
² Ouders weten ongeveer hoeveel patiënt(e) drinkt
³ Ouders denken dat patiënt(e) minder drinkt
⁴ Ouders denken dat patiënt(e) meer drinkt
29. Inschakelen hulpverlening ¹ Psycho-sociaal in Ziekehuis
² Maatschappelijk extra muraal
³ Andere, nl

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst

De vragenlijst kunt u opsturen naar:
Reinier de Graaf Gasthuis
t.a.v. Dhr. N. v.d. Lely, kinderarts
Postbus 5012
2600 GA DELFT

4.2 Handleiding (inhoud envelop)

INVULLEN BIJ ONTSLAG OP DE AFDELING

Een kind met een alcoholintoxicatie op uw afdeling

Als een kind met een vermoeden op alcoholintoxicatie wordt binnengebracht op de Spoedeisende hulp dient allereerst de opvang volgens het “ABC” principe zoals gebruikelijk plaats te vinden alvorens verdere behandeling (zie klinische deel van protocol “project ter voorkoming van alcoholische schade” in deze envelop).

Het doorverwijsformulier patiënt met alcoholintoxicatie wordt, indien mogelijk, ingevuld op de SEH en per fax verstuurd naar de Polikliniek voor Jeugd & Alcohol in ‘*Naam pilot ziekenhuis*’. Is dit niet mogelijk dan wordt het formulier op de kinderafdeling ingevuld en per fax verstuurd naar de Polikliniek voor Jeugd & Alcohol in ‘*Naam pilot ziekenhuis*’.

De vragenlijst alcoholgerelateerde ziekenhuisopnames NSCK wordt ingevuld op een van de afdelingen en opgestuurd naar het adres onderaan de vragenlijst.

De folder overhandigt u aan de ouders van de jongere die is opgenomen met een alcoholintoxicatie.

In de flowchart van het behandelplan staat precies welke stappen genomen moeten worden.

Deze envelop bevat de volgende documenten:

- Een doorverwijsformulier patiënt met alcoholintoxicatie naar de Polikliniek voor Jeugd & Alcohol in ‘*Naam pilot ziekenhuis*’.
- Een vragenlijst alcoholgerelateerde ziekenhuisopnames NSCK.
- Een flowchart van het behandelplan.
- Een folder voor de ouders en de jongere die is opgenomen.
- Het klinische deel van het protocol “project ter voorkoming van alcoholische schade”.

(let op: invoegen
logo ziekenhuis)

**Doorverwijzing patiënt met alcoholintoxicatie naar
Polikliniek voor Jeugd & Alcohol in (let op: invullen naam
ziekenhuis)**

Verzenddatum:

Naam Geboortedatum Adres Telefoonnummer(s) Huisarts Verzekeraar	[ruimte voor sticker]
Verwijzend ziekenhuis	
Verwijzende SEH-arts / kinderarts	
Datum en tijd opname SEH / Kinderafdeling	Dd/mm/yy hh:mm
Ontslagdatum en tijdstip	Dd/mm/yy hh:mm
Anamnese	
Sociale anamnese	
Lichamelijk Onderzoek Gewicht Lengte Temperatuur	
Complicaties / Secundair letsel	
Relevante lab. Info Ethanol prom. rest	

**Dit formulier direct na ontslag faxen naar (let op: invullen
naam ziekenhuis/kinderpoli**

Faxnummer (let op: invullen faxnummer poli)

(patiënt wordt z.s.m. opgeroepen voor bezoek aan polikliniek in (let op: invullen locatie
ziekenhuis)

Tekst Folder ouders

Polikliniek voor Jeugd & Alcohol

dr. N. van der Lely, kinderarts

drs. M.D.C. de Visser, psycholoog

Uw zoon of dochter is met een alcoholvergiftiging in het ziekenhuis geweest. Dit kan voor zowel u als voor uw kind een schokkende ervaring zijn. In deze folder gaan wij in op wat deze opname voor u en uw kind betekent. Ook informeren wij u waaruit het nazorgtraject bestaat voor kinderen die zijn opgenomen met een alcoholvergiftiging. Ten slotte worden de gevolgen van drinken op jonge leeftijd beschreven.

Gevolgen van alcoholvergiftiging

Kinderen die een alcoholvergiftiging hebben, kunnen last hebben van onderkoeling, een shock of black out of ander opgelopen letsel. Ze kunnen zich naderhand vaak niets meer van het incident herinneren. In het ziekenhuis worden de “vitale functies”, zoals de ademhaling, temperatuur en de bloeddruk van uw kind in de gaten gehouden. Er zijn echter ook gevolgen op langere termijn die bij uw kind onderzocht moeten worden. Alcoholvergiftiging kan namelijk een hersenbeschadiging veroorzaken. Dit kan zich onder andere uiten in verminderde leerprestaties en in gedragsveranderingen van uw kind. Ook wanneer uw kind nooit eerder alcohol heeft gedronken.

Nazorgtraject

Het Reinier de Graaf ziekenhuis heeft een nazorgtraject ontwikkeld voor kinderen die een alcoholvergiftiging hebben gehad. Gedurende dit traject worden zij begeleid door een kinderarts en een psycholoog. Dit om erop toe te zien dat uw kind goed herstelt na de opname, maar ook om te voorkomen dat uw kind opnieuw een alcoholvergiftiging krijgt. Uit onderzoek blijkt dat het gedrag van kinderen niet automatisch verandert na de schokkende ervaring van een alcoholvergiftiging. Medische begeleiding is noodzakelijk om het leven van uw kind weer op de rails te krijgen. Tevens is het belangrijk dat u als ouders of verzorgers van het kind de juiste voorlichting krijgt. Het nazorgtraject in ons ziekenhuis bestaat uit de volgende stappen:

1. Gesprek kinderarts en psycholoog

Nadat uw kind is ontslagen uit het ziekenhuis, krijgen u en uw kind binnenkort een oproep voor twee gesprekken: een gesprek met de kinderarts én een gesprek met de psycholoog. Deze gesprekken vinden meestal op verschillende data plaats. In deze gesprekken komt de lichamelijke en emotionele conditie van uw kind aan de orde. Hoe gaat het met uw kind na de alcoholvergiftiging? Hoe zijn de leerprestaties, de sociale contacten? Ervaart uw kind lichamelijke klachten? Tijdens deze gesprekken willen wij dat, indien mogelijk, beide ouders of verzorgers aanwezig zijn. U krijgt tijdens deze gesprekken uiteraard ook de gelegenheid om vragen te stellen.

2. Advies

Na de gesprekken met de kinderarts en psycholoog krijgt u advies over eventuele vervolgstappen. Het kan zijn dat er verder onderzoek nodig is of dat uw kind meer begeleiding nodig heeft. Als dit het geval blijkt te zijn, dan zorgt het ziekenhuis voor de nodige onderzoeken, begeleiding en/of doorverwijzing.

3. Evaluatie

Maximaal zes tot acht maanden na de alcoholvergiftiging wordt met een laatste bezoek aan de kinderarts en de psycholoog het traject in principe afgesloten. Er wordt gekeken of uw kind baat heeft gehad bij het nazorgtraject. Blijkt er meer nazorg noodzakelijk te zijn, dan bespreken wij dat met u. Het is belangrijk om het gehele traject met uw kind te doorlopen. Maanden na het incident kunnen zich namelijk nog nieuwe problemen als gevolg van de alcoholvergiftiging voordoen, zowel op geestelijk als lichamelijk gebied.

Met bovenstaand traject willen wij toekomstige alcoholschade bij uw kind voorkomen. U als ouder kunt daarin bijdragen door duidelijke regels voor uw kind op te stellen. Wij raden u aan het drinken van alcohol onder de 16 jaar te verbieden. Onderzoek toont aan dat wanneer ouders dit doen de kans op buitensporige alcoholinname kleiner is dan wanneer ouders kinderen onder de 16 jaar af en toe toestaan alcohol te drinken. Als u overweegt toe te staan om uw kind boven de 16 jaar af en toe een glas alcohol te nuttigen, bedenk dan hierbij dat de hersenen van kinderen tot 23 jaar in ontwikkeling zijn. Het regelmatig drinken van alcohol heeft hierop een negatieve invloed. Zeker als er meer dan 5 glazen per gelegenheid worden gedronken. Dit noemen we ‘binge drinking’. Maar ook het regelmatig drinken van kleine hoeveelheden op jonge leeftijd kan hersenbeschadiging opleveren. Het is belangrijk dat u als ouder het goede voorbeeld geeft en duidelijke afspraken maakt met uw kind. Verbindt consequenties aan het overtreden van ‘uw regels’. Wees duidelijk en consequent, daar is uw kind het meest bij gebaat.

Praat over de gevaren

Het drinken van alcohol op jonge leeftijd brengt meer gevaren met zich mee dan de meeste jongeren en ouders weten. Dat er kans op blijvend hersenletsel is, heeft u al kunnen lezen. Maar er zijn veel meer gevaren. Lees hieronder een inventarisatie van het Trimbos-instituut, het landelijke kennisinstituut op het gebied van verslavingszorg.

Gevolgen van drinken op jonge leeftijd

– Alcohol is extra ongezond tijdens de groei

De hersenen ontwikkelen zich tot gemiddeld het 24e jaar. Alcohol verstoort die ontwikkeling en dat kan van invloed zijn op het karakter en het gedrag van uw kind. Bij jongeren die regelmatig drinken is de kans op alcoholverslaving op latere leeftijd groter. In de puberteit groeien botten en spieren versneld. Hormonen beïnvloeden deze processen en alcohol verstoort de balans. Alcohol verlaagt onder andere de hoeveelheid mannelijk hormoon en groeihormoon. Van jongens is bekend dat alcoholgebruik de botontwikkeling remt.

– Minder goede school-, studie- en werkprestaties

Na een avond drinken functioneert het geheugen slechter. Concentreren wordt daardoor moeilijker. Bij jongeren kost het afbreken van alcohol meer tijd dan bij een volwassene. Na een avond veel drinken ben je de volgende ochtend nog steeds onder

invloed. Jongeren hebben net als volwassenen na een weekend stevig drinken zeker twee dagen nodig voor herstel.

– **Meer kans op onveilig vrijen**

Onder invloed van alcohol durven jongeren meer en doen ze eerder dingen die ze zonder alcohol niet zouden doen. Zo vrijen jongeren vaker onveilig als ze gedronken hebben. De helft van de jongeren twijfelt of het wel zou lukken om onder invloed van alcohol een condoom te gebruiken.

– **Toename van ongelukken en agressie**

Naast controlevermindering neemt ook het reactievermogen af. De kans op ongelukken is hierdoor groter. Uit onderzoek blijkt ook dat jongeren die drinken tijdens het uitgaan vaker slachtoffer of dader zijn van agressief gedrag.

– **Vaak voorkomend; een black-out**

Een black-out kan ontstaan wanneer veel alcohol in korte tijd wordt gedronken. Op het moment van drinken lijkt er niets aan de hand maar de volgende ochtend blijkt de herinnering uit het geheugen verdwenen te zijn. Een regelmatige black-out kan blijvende schade veroorzaken aan de hersenen.

– **Toename van kans op alcoholvergiftiging**

Jongeren drinken tijdens het uitgaan vaak veel in korte tijd. De kans op een alcoholvergiftiging neemt hierdoor toe. Bij een alcoholvergiftiging raakt het zenuwstelsel verdoofd en treedt er bewusteloosheid op. Bij een zeer zware alcoholvergiftiging kan dit leiden tot een coma met zelfs de dood tot gevolg.

– **Meer weten?**

Meer informatie over alcoholmisbruik onder jongeren vindt u op de volgende websites:

- www.alcoholinfo.nl
- www.trimbos.nl
- www.alcoholpagina.nl
- www.stap.nl
- www.alcoholpreventie.nl
- ec.europa.eu/comm/health
- www.ias.org.uk
- www.watdrinkijj.nl
- www.uwkindenalcohol.nl
- www.polikliniekjeugdenalcohol.nl

Vragen

Voor verdere vragen kunt u terecht bij de polikliniek kindergeneeskunde, telefoon 015 260 36 90 of bij het secretariaat van de kinder- en jeugdpsychologen, telefoon 015 260 4521. U kunt ook een e-mail sturen naar polikliniekjeugdenalcohol@rdgg.nl.

4.3 Dagprogramma tijdens opname voor jongere met een alcoholintoxicatie

Dagindeling jongere:

8:00 uur	Gewekt worden en ontbijten (indien mogelijk aan tafel; i.e.g. zittend).
Ca. 8:30 uur	Bezoek kinderarts aan jongere.
Ca. 9:00 uur	Opstaan uit bed: douchen en aankleden (n.b. bij overdracht wordt bepaald of dit mogelijk is gezien medische conditie).
Tussen 9:00 en 10:00 uur	Pedagogisch medewerker/ verpleegkundige haalt patiënt op voor preventieve interventie op de computer in de jeugdlounge (www.watdrinkjij.nl). Tijdens het maken van de test blijf je erbij, om op onduidelijkheden direct in te kunnen spelen, actuele issues dieper op in te gaan; resultaten uit te printen.
Ca. 10:00- 11:00 uur	Gesprek beide ouders, jongere en kinderarts (NSCK vragenlijst invullen, zie medisch protocol)
Ca. 11.00 uur	Ontslag van de kinderafdeling met afspraken polikliniek jeugd & alcohol, meegeven foldermateriaal Trimbos en folder polikliniek jeugd & alcohol

Regels

- Geen ander bezoek dan ouders /verzorgers van het kind is toegestaan (dus geen vrienden)
- Vanaf 9.00 is jongere aangekleed en gaat niet meer op bed liggen /slapen
- Grapjes, jolige toespelingen op drank en op andere wijze niet serieus nemen van de alcoholintoxicatie achterwege laten

Bejegening van jongeren en ouders door personeel kinderafdeling

- Dagprogramma en protocollen worden altijd afgewerkt, want zijn onderdeel van de behandeling
- Jongere en ouders worden respectvol behandeld
- Bij meisjes rekening houden met mogelijk seksueel misbruik tijdens dronkenschap
- De ernst en het gevaar van de alcoholintoxicatie wordt benadrukt
- Grapjes, een jolige houding of anderszins niet serieus nemen van de alcoholintoxicatie dient te worden vermeden, ook door de ouders- en men spreekt daar ook mensen op aan.

Voor adviezen aan de ouders:

- Handige website voor hen: www.alcoholinfo.nl, www.alcoholenopvoeding.nl.
- Altijd en overal dezelfde regel hanteren aan hun kind (ook tijdens **feestdagen**/vakanties): **GEEN ALCOHOL ONDER DE 16 JAAR!**
- Misvattingen uit de weg ruimen:
 - a. Een jongere moet juist niet thuis “leren drinken”.
 - b. Verbieden maakt alcohol niet aantrekkelijker. De kans is juist kleiner dat jongere zich te buiten gaat.

- c. Voorbeeldgedrag van ouders is heel bepalend voor jongeren (hoe gaan zij met alcohol om).
- d. Advies geven het nazorgtraject alcoholintoxicatie geheel te doorlopen.

Te bestellen foldermateriaal:

Bestellen via www.alcoholinfo.nl

- | | |
|---|----------|
| * voorkom alkoholschade bij uw opgroeiende kind- info voor ouders | 50 stuks |
| * kaartjes alcoholinfo | 50 stuks |
| * feiten over alcohol. Info. over werking en risico | 50 stuks |

Stappenplan Alcoholintoxicatie bij jongeren

(Voorbeeld zoals gebruikt in Delft)

LET OP:

Het afgetekende stappenplan in poliklinische status doen na ontslag jongere én kopie naar kinder- en jeugdpsycholoog (6^e etage H- gebouw). Tevens ook kopie van het drinktestresultaat naar hem/haar opsturen.

Stap:	Aftekenen
<p><u>1. Taken kinderarts</u></p> <p>a) Visite en gesprek met de jongere apart.</p> <p>b) Gesprek met ouders apart Info geven over polikliniek jeugd en alcohol en medische gevolgen alcoholgebruik</p> <p>c) Vragenlijst NSCK invullen, samen met jongere en zijn/ haar ouders</p> <p>d) Arts vult verwijzing polikliniek jeugd en alcohol in (en geeft dit af bij Secretariaat Kinderartsen + kopie ervan naar poli kindergeneeskunde)</p>	
<p><u>2. Taken Secretaresse</u></p> <p>a) Maakt afspraak of checkt of afspraak gemaakt is voor polikliniek jeugd en alcohol bij de kinderarts en psycholoog. Maakt kopie van verwijzing polikliniek jeugd en alcohol om door te sturen aan poli kindergeneeskunde.</p> <p>b) Na ontslag: ingevuld stappenplan kopiëren. Origineel in poliklinische status; kopie-exemplaar opsturen aan psycholoog.</p> <p>c) Inge vulde vragenlijst NSCK kopiëren. Origineel in poliklinische status doen; kopie ervan naar psycholoog.</p> <p>d) <i>Tevens</i> naar psycholoog: uitdraai van het testresultaat.</p>	
<p><u>3. Taken Pedagogisch medewerker / Verpleegkundige</u></p> <p>a) Doet met de jongere, <i>zonder ouders</i>, in de jeugdlounge test op www.watdrinkjij.nl</p> <p>b) Vanuit Hangmap "Alcohol" onder de balie: - infopakket meegeven (folders).</p> <p>c) Adviesgesprek met ouders</p> <p>d) Hoe reageerde jongere op de test? Positief - Negatief - Geen reactie waarneembaar?</p> <p>Opmerkingen vanuit de test hier noteren:</p>	

Pedagogische Zorg

Delft, juli 2009

4.4 Protocol neuropsychologisch onderzoek

Uit het onderzoek in 2006 door het Trimbos-Instituut “Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar, schadelijke effecten en effectiviteit van alcoholinterventies” komen aanwijzingen dat alcohol schadelijke effecten heeft op de in ontwikkeling zijnde hersenen van jongeren. Met name leren en geheugen zouden kunnen worden aangetast. Ook zijn er aanwijzingen voor problemen op het gebied van het visueel-ruimtelijk inzicht. Daarnaast bestaat het vermoeden dat vooral de frontaalkwab, die betrekking heeft op de executieve functies en in de adolescentie uitrijpt, gevoelig zal zijn voor alcoholmisbruik.

Voor het neuropsychologisch onderzoek is daarom gekozen de volgende functies in kaart te brengen:

Intelligentie

WISC-III^{NL}

Executieve functie

Concentratie

Gerichte aandacht

ANT_{FA-4I}, Stroop

Verdeelde aandacht

ANT_{MS-I}

Volgehouden aandacht

ANT_{SA-dots}

Inhibitie

Stroop, Purdue Pegboard

Cognitieve flexibiliteit

ANT_{SS-visual}

Planning

WCST

Geheugen

Kortetermijn

ANT_{FI}, ANT_{MS-I}, ANT_{VSS}, 15WT, RVDLT

Langetermijn

15WT_{Recall}, RVDLT_{Recall}

Visueel-ruimelijk inzicht

WISC-III^{NL} Blokpatronen, Figuur Leggen, ANT_{FI}

Fijne motoriek

Purdue Pegboard

Op indicatie

**Ego-ontwikkeling
en copingstijl**

ZALC, NPV-J, UCL

4.5 Checklist Status

Polikliniek voor Jeugd en Alcohol Checklist status

Screening:

- CBCL volledig ingevuld
- YSR volledig ingevuld
- TRF volledig ingevuld
- Toestemmingsverklaring ouders volledig ingevuld
- Toestemmingsverklaring jongere volledig ingevuld
- Intakeverslag in status
- Brief KA/HA in status + conclusie in Blauwe Gids
- NPO: ja/nee → datum:
- Adviesgesprek NPO datum:
- NPO verslag in status
- Doorverwijzing: ja/nee → waarheen + datum intake:
- Ingevoerd in spreadsheet

Follow-up:

- CBCL volledig ingevuld + teruggestuurd voor follow-up gesprek
- YSR volledig ingevuld + teruggestuurd voor follow-up gesprek
- Ingevoerd in spreadsheet

4.6 Gestandaardiseerd interview psychologie Screeningsgesprek

Psychologische screening; gestandaardiseerd interview polikliniek jeugd en alcohol

Volgens protocol zal er eerst een gesprek met de ouders plaatsvinden en vervolgens met het kind. Zij gaan om beurten de spreekkamer in. De jongere vult de youth self report (YSR) in tijdens het gesprek met de ouders.

Datum:

Aanwezig: Vader /moeder /andere verzorger

Datum alcoholintoxicatie en promillage:

Ouders Screening

Motivatie ouders voor nazorgtraject

Wat vinden jullie van de verwijzing?

(motivatie: Mallet onderzoek, jongeren 65% leert niet van negatieve consequenties van alcoholmisbruik, middelen misbruik gaat vaak samen met psychische klachten)

Weergave incident alcoholintoxicatie volgens de ouders

Kunnen jullie beschrijven wat er precies gebeurd is op de betreffende avond?
(Waar was uw kind? Wat heeft hij of zij gedronken? Met wie was uw kind daar? Hoe kwam uw kind aan alcohol?)

Consequenties van en reacties op de alcoholvergiftiging

Wat was jullie reactie op de alcohol intoxicatie?(*doorvragen op emoties, angst, schrik, boosheid, teleurstelling, schending van vertrouwen in hun kind*)

Hebben jullie "verantwoordelijken" (*sportvereniging, disco, ouders van vriendjes, vrienden zelf*) aangesproken op verstrekken van alcohol aan uw kind)

Heeft u uw kind straf gegeven en zo ja welke straf? Waarom wel/niet?

Hoe reageerde uw kind op de alcoholvergiftiging? (*doorvragen op emoties; schrik, onverschilligheid, bagatelliseren, schuldgevoelens*)

Hoe praat uw kind sinds alcoholvergiftiging over alcoholgebruik (*heeft het kind de intentie om niet meer te drinken?*)

Heeft uw kind na de alcoholvergiftiging alcohol gedronken?

Wat was de reactie van de omgeving? (*hebben ouders het aan anderen verteld /mogen vertellen van de jongere, hoe reageert vriendenclub*)

Drinkpatroon jongere volgens ouders

Wat denkt u dat uw kind gewoonlijk drinkt?

Voor alcoholintoxicatie.....

Na alcoholintoxicatie.....

Waar/.wanneer /met wie.....

hoe vaak per maand.....

Hoeveel glazen, binge-drinking (*uitleg!*),

Heeft u uw kind weleens eerder dronken of aangeschoten meegemaakt?.....

Was dit de eerste keer dat uw kind een alcohol intoxicatie heeft gehad?.....

Alcoholspecifieke opvoedingsregels volgens ouders

Hoe oud was uw kind ongeveer toen hij voor het eerst alcohol dronk (bijv. slokje om te proeven, glaasje champagne met oud en nieuw enz.)?.....

Van wie kreeg hij dit aangeboden?.....

Zijn er regels mbt alcoholgebruik van uw kind?

Voor de alcoholintoxicatie?.....

Na de alcoholintoxicatie?

Nu is goed moment voor voorlichtingsboodschap <16 geen drank, onderzoeksresultaten binge-drinking brein enz. >kans om alcohol verslaafd te raken .

Overig middelenmisbruik volgens de ouders

Gebruikt hij of zij drugs voor zover u weet, of heeft u een vermoeden?

Wat?

Hoe vaak?

Rookt uw kind?Vanaf welke leeftijd? Hoeveel sigaretten?

Mag uw kind (thuis) roken van u?

Voorbeeldgedrag ouders en genetische kwetsbaarheid

Wordt er bij u thuis alcohol gedronken?

Hoe vaak, hoeveel glazen?

Vader.....moeder.....

Zijn er familieleden met een(alcohol)verslaving, problematisch alcoholgebruik?

Heeft u meer kinderen?

Drinken zij alcohol?

Uitleg invloed van gedrag van ouders /beste vrienden op drinkpatroon van jongere. Genetische kwetsbaarheid uitleg risicofactoren.

Pedagogisch klimaat

Hoe gaat het thuis? (*puberteit opstandigheid, ruzies, huisregels/taken, zelfstandigheid*)

Heeft u als ouders dezelfde aanpak wat betreft de opvoeding, regels etc. ? (*Op welke gebieden zijn er regels gesteld? Hoeveel controle/toezicht is er op uw kind?*)

Hoe is de relatie met uw kind?

vader

moeder

Wat voor werk doen ouders? Hoe veel werken zij in de week?

Evt. andere bijzonderheden thuis? Psychische problematiek ouders? Hulpverlening bij opvoeding /andere problemen ?

Functioneren school

Welke school, klas, niveau?

Hoe zijn de prestaties op school? Is er sprake van onvoldoendes, doublures of terugzetten naar lager niveau?

Wat was de cito-score op de basisschool? Wat was het schooladvies?

Is uw kind gemotiveerd om te leren?

Psychosociaal functioneren

Heeft uw kind vrienden en/of vriendinnen? Drinken zij alcohol? Straatcultuur?

Pestervaringen?

Problemen bij contact leggen /behouden?

Heeft uw kind verkering? Hoe lang, met wie?

Is uw kind seksueel actief?

Wat doet uw kind graag in zijn vrije tijd? Hobby's, clubs enz. Op straat rondhangen?

Hoeveel uur besteedt uw kind per dag aan computeren (gamen /hyves/msn enz)

Hoe slaapt en eet uw kind?

Kunt u uw kind omschrijven? (*positieve en negatieve eigenschappen dienen aan bod te komen*).

Hoe is de stemming van uw kind over het algemeen?

Maakt u zich zorgen om uw kind?

Zijn er andere ingrijpende gebeurtenissen geweest het afgelopen jaar of is er nog iets anders wat wij nog moeten weten waarover we het niet hebben gehad. *(geef voorbeelden)*

- a. Gedragsvragenlijsten ingevuld? Checken of alle items zijn ingevuld.
 - b. Uitleg vervolg van traject en benadrukken beroepsgeheim mbt informatie jongere.
 - c. Eventueel al interventie gericht op :
 - opvoedingsregels, specifiek op alcohol gericht
 - consequenties van alcoholintoxicatie (alsnog straf geven)
 - overige opvoedingsadviezen (m.n. de te permissieve ouders die te weinig begrenzen)
 - alcoholgebruik ouders
 - d. Invullen verklaring ouders toestemming overleg arts /andere hulpverleners /school
- e. Indien van toepassing bij gescheiden ouders adres niet aanwezige ouder, met als doel sturen van verklaring toestemming /betrokkenheid bij nazorgtraject niet aanwezige ouder.*

Intake met jongere zelf

Belangrijk aan te geven dat alles wat er wordt verteld vertrouwelijk is en dat de informatie niet aan ouders/derden wordt doorverteld, zonder toestemming van de jongere. Wanneer de informatie die het kind vertelt levensbedreigend of dusdanig ernstig is dat het belangrijk is dat ouders dit weten, wordt dit alsnog eerst met de jongere besproken.

Motivatie jongere

Wat vind je van de verwijzing?

Weergave alcoholintoxicatie volgens de jongere

Kan je vertellen wat er precies gebeurd is? (Waar was je? Wat heb je gedronken en hoeveel? Met wie was je daar? Hoe kwam je aan alcohol?)

Consequenties van en reacties op de alcoholintoxicatie

Hoe heb je dit ervaren? Wat vond je er van? (Doorvragen op emoties, schaamte, schuld, teleurstelling)

Hoe reageerden je ouders? Heb je straf gekregen? Wat vond je van deze reactie?

Hoe reageerden andere mensen uit je omgeving op de alcohol intoxicatie?

Drinkpatroon jongere

Hoeveel dronk je gewoonlijk voor de alcoholintoxicatie? Wat dronk je dan? Hoe vaak? binge-drinking? (N.B. expliciet vragen of ouders hiervan op de hoogte zijn en of zij het mogen weten!)

Waar/wanneer /met wie dronk je dan?

Heb je na de alcoholintoxicatie nog gedronken? Zo ja, hoeveel?

Zo nee, waarom niet? (persoonlijke motivatie!)

Ben je weleens eerder dronken of aangeschoten geweest?

Alcoholspecifieke opvoedingsregels volgens jongere

Hoe oud was je toen je voor het eerst alcohol dronk? (bijv. een slokje om te proeven, glaasje champagne met Oud en Nieuw etc. ?)

.....

Van wie kreeg je dit aangeboden?.....

Zijn er regels thuis m.b.t. alcoholgebruik?

Voor de alcoholintoxicatie?.....

Na de alcoholintoxicatie?.....

Nu is goed moment voor voorlichtingsboodschap schade aan brein door alcohol: onderzoek bij ratten/muizen, schade binge-drinking, schadelijke invloed alcohol op jonge leeftijd, grotere kans op verslaving, meer kans op seks tegen wil in (vooral bij meisjes).

Overig middelengebruik volgens jongere

Gebruik je drugs, of heb je het weleens geprobeerd? (N.B. expliciet vragen of ouders hiervan op de hoogte zijn en of zij het mogen weten!)

Wat?

Hoe vaak?

Rook je?.....Vanaf welke leeftijd?.....Hoeveel sigaretten?.....

Mag je thuis roken?

Voorbeeldgedrag ouders/ omgeving en genetische kwetsbaarheid

Wordt er bij jou thuis door je ouders alcohol gedronken?

Hoe vaak, hoeveel glazen?

Vader.....Moeder.....

Zijn er familieleden met een(alcohol)verslaving, problematisch alcoholgebruik?

Heb je broers/zussen? Drinken zij alcohol?

Drinken je vrienden/vriendinnen alcohol?

Pedagogisch klimaat

Hoe gaat het thuis? (*ruzies, huisregels/taken*)

Alledaagse dingen? Hoe gaat het met omgang ouders, broers en zussen?

Functioneren op school

Hoe gaat het op school?

Is er sprake van onvoldoendes, doublures of terugzetten naar lager niveau?

Wat was de cito-score op de basisschool? Wat was het schooladvies?

Ben je gemotiveerd om te leren?

Moet je er hard voor werken? Hoeveel tijd besteed je aan huiswerk?

Heb je het naar je zin op school?

Wat wil je na de middelbare school gaan doen?

Psychosociaal functioneren

Heb je vrienden en/of vriendinnen?

Pestervaringen?

Problemen bij contact leggen/behouden?

Heb je verkering? Hoe lang, met wie?

Heb je weleens seks gehad?

Wat doe je graag in je vrije tijd? Hobby's, clubs etc., op straat rondhangen?

Hoeveel tijd besteed je per dag aan computeren (gamen/hyves/msn etc.)?

Hoe vaak ga je uit? Wat doe je in het weekend?

Slaap je goed? Eet je goed? Andere klachten, buikpijn/hoofdpijn?

Heb je de test op de computer gedaan in het ziekenhuis?
(zo nee, dan invullen met de jongere) www.watdrinkjij.nl drinktest

Maak je je nog ergens zorgen om?

Ingrijpende gebeurtenissen (geef voorbeelden)

Van welke dingen die je zojuist verteld hebt wil je niet dat je ouders het weten?

Heb je de vragenlijst helemaal eerlijk ingevuld?

vervolgafspraken :

O Evaluatie telefonisch

O evaluatie op afspraak

O NPO

O doorverwijzing

4.7 Gestandaardiseerd interview psychologie Evaluatiegesprek

Evaluatiegesprek Poli Jeugd en Alcohol

* Resultaten vragenlijsten bespreken.

Welke scores wijken af van de normgroep en wat betekent dat? Eventuele verklaringen?

* Welke risicofactoren op schade aan het brein als gevolg van alcoholgebruik zijn aanwezig bij de jongere?

1. sekse
2. jong begonnen met drinken van alcohol
3. binge-drinking
4. verslavingsproblematiek in de familie
5. ander drugsgebruik
6. Andere stoornissen (bijv. ADHD)

* Gezien deze risicofactoren, welk advies heeft de jongere gekregen m.b.t. alcoholgebruik?

* Welke adviezen hebben ouders gekregen m.b.t. het stellen van regels/opvoeding (al dan niet alcoholgerelateerd)?

* Hoe wordt de kans op recidive ingeschat?

Kan puber zich staande houden in vriendengroep waar veel gedronken wordt? Ouders die alcohol drinken? Reden van puber om te drinken?

* Welke aandachtspunten zijn besproken wat betreft het sociaal-emotioneel functioneren van de jongere? Welke adviezen zijn hierbij gegeven?

* Gezien het huidige functioneren van de jongere op zowel cognitief als sociaal-emotioneel gebied is een NPO geïndiceerd?

NPO geïndiceerd wanneer binge-drinking en schoolproblemen.

* Zijn er op basis van de vragenlijsten en gesprekken aanwijzingen dat doorverwijzing geïndiceerd is?

Zo ja, waarheen?

4.8 Gestandaardiseerd interview psychologie Follow-up gesprek

Follow-up

Datum:

Aanwezig: Vader /moeder /andere verzorger

Hoe gaat het nu?

Huidig drinkpatroon

Heeft de jongere alcohol gedronken sinds laatste bezoek?

Zo ja, hoeveel?

Zo nee, waarom niet? (*persoonlijke motivatie?*)

Alcoholspecifieke opvoedingsregels

Zijn er regels m.b.t. alcoholgebruik van de jongere? Hoe wordt hier toezicht op gehouden?

Bieden ouders weleens alcohol aan?

Voorbeeldgedrag ouders

Wordt er bij u thuis alcohol gedronken sinds het laatste bezoek?

Hoe vaak, hoeveel glazen?

Vader.....moeder.....

Pedagogisch klimaat

Hoe gaat het momenteel thuis? (*puberteit opstandigheid, ruzies, huisregels/taken, zelfstandigheid*)

Functioneren school

Hoe gaat het momenteel op school?

Hoe zijn de prestaties op school? Is er sprake van onvoldoendes, doublures of terugzetten naar lager niveau?

Bespreken aandachtspunten screening en evaluatiegesprek

Bij doorverwijzing; hoe is dit alles verlopen?

Follow-up met jongere zelf

Drinkpatroon jongere

Heb je nog gedronken na het laatste bezoek? (*N.B. expliciet vragen of ouders hiervan op de hoogte zijn en of zij het mogen weten!*)

Zo ja, hoeveel?

Zo nee, waarom niet? (*persoonlijke motivatie!*)

Ben je na het laatste bezoek nog dronken of aangeschoten geweest?

Alcoholspecifieke opvoedingsregels volgens jongere

Zijn er regels thuis m.b.t. alcoholgebruik?

Overig middelengebruik volgens jongere

Heb je na het laatste bezoek drugs gebruikt? *(N.B. expliciet vragen of ouders hiervan op de hoogte zijn en of zij het mogen weten!)*

Wat?

Hoe vaak?

Voorbeeldgedrag ouders/ omgeving en genetische kwetsbaarheid

Wordt er bij jou thuis door je ouders alcohol gedronken?

Hoe vaak, hoeveel glazen?

Vader.....Moeder.....

Pedagogisch klimaat

Hoe gaat het thuis? *(ruzies, huisregels/taken)*

Alledaagse dingen? Hoe gaat het met omgang ouders, broers en zussen?

Functioneren op school

Hoe gaat het op school?

Is er sprake van onvoldoendes, doublures of terugzetten naar lager niveau?

Heb je het naar je zin op school?

Maak je je nog ergens zorgen om?

Ingrijpende gebeurtenissen (*geef voorbeelden*)

Van welke dingen die je zojuist verteld hebt wil je niet dat je ouders het weten?

Heb je de vragenlijst helemaal eerlijk ingevuld?

Denk je dat je iets hebt gehad aan het nazorgtraject? Wat vond je er van?

4.9 Brieven polikliniek Jeugd & alcohol

Afdeling	Medische	Psychologie	
Mw. A.A. van Blitterswijk		2604589	
Mw. E.J. van Rijn van Alkemade		2603787	
Mw. S.B. Visser		2603631	Aan de ouder(s)/verzorger(s) van
Mw. M.D.C. de Visser		2604923	-
Dhr. P.J.J. van der Werff		2603625	

Gebouw H

Kenmerk: Polikliniek Jeugd & Alcohol

Delft,

Geachte ouder(s)/verzorger(s)en jongere,

Recent heeft uw kind een alcoholvergiftiging doorgemaakt waarvoor medische hulp noodzakelijk was. Voor alle pubers die een alcoholvergiftiging hebben doorgemaakt is er een kort nazorg traject ontwikkeld gericht op voorlichting, preventie en onderzoek. In het kader van dit nazorg traject ontvangt u een afspraak zowel bij de kinderarts als bij de kinder- en jeugdpsycholoog.

Voor uitgebreide informatie over het nazorg traject verwijs ik u naar de folder 'Polikliniek voor Jeugd & Alcohol'. Mocht u na het lezen van de folder nog vragen hebben omtrent deze afspraak kunt u mij bellen tijdens het spreekuur op maandag tussen 15.00 en 17.00 uur op telefoonnummer 015-2604521.

Hierbij nodig ik u uit voor het eenmalige screeningsgesprek met de kinder- en jeugdpsycholoog op

om ... uur het gedeelte voor u als ouders en om ... uur het gedeelte voor

Deze gesprekken zullen beide ongeveer een uur duren.

U wordt vriendelijk verzocht bijgevoegde vragenlijsten ingevuld mee te nemen naar deze afspraak.

De blauwe exemplaren zijn bestemd voor de ouders / verzorgers.

En het groene exemplaar is bestemd voor de mentor op school ofwel de leerkracht die het meest met de jongere te maken heeft.

Uiteraard is het de bedoeling dat de vragenlijsten eerlijk worden ingevuld.

Mijn kamer bevindt zich op de 6e etage van het H-gebouw in Delft. U kunt uit de lift komend de borden "Kinder- en Jeugdpsychologie" volgen en plaats nemen in de wachtruimte.

Mocht bovenstaande datum u niet schikken, wilt u dit dan doorgeven aan de secretaresse mw. M. Vlaanderen, 015 – 260 4521 (bij afwezigheid kunt u uw boodschap inspreken op het antwoordapparaat).

Om de wachtlijst zoveel mogelijk te beperken verwachten wij dat u afspraken **tenminste**

24 uur van tevoren afzegt, zodat wij in de gelegenheid zijn een andere patiënt uit te nodigen.

Mocht u niet in de gelegenheid zijn om uw afspraak op tijd af te zeggen dan kunnen wij een wegblijftarief in rekening brengen.

Met vriendelijke groet,

Mw. Drs. M.D.C. de Visser
Kinder- en jeugdpsycholoog NIP

Afdeling	Medische	Psychologie	
Mw. A.A. van Blitterswijk		2604589	
Mw. E.J. van Rijn van Alkemade		2603787	
Mw. S.B. Visser		2603631	Aan de ouder(s)/verzorger(s) van
Mw. M.D.C. de Visser		2604923	-
Dhr. P.J.J. van der Werff		2603625	

Gebouw H

Delft,

Geachte ouder(s)/verzorger(s) en jongere,

In het kader van onze aanpak bij jongeren die worden opgenomen met alcohol vergiftiging wil ik jullie uitnodigen voor een éénmalig follow-up gesprek.

Het doel van het gesprek is het in kaart brengen van hoe het op dit moment met uw kind gaat en in hoeverre de eventuele verwijzing naar een andere instelling tot stand is gekomen.

Hierbij nodig ik u beide en ... uit voor het follow-up gesprek op

Het gesprek zal ongeveer 1 uur duren.

U wordt vriendelijk verzocht bijgevoegde vragenlijsten ingevuld door beide ouders mee te nemen naar deze afspraak.

Uiteraard is het de bedoeling dat de vragenlijsten eerlijk worden ingevuld.

Mijn kamer bevindt zich op de 6e etage van het H-gebouw in Delft. U kunt uit de lift komend de borden "Kinder- en Jeugdpsychologie" volgen en plaats nemen in de wachtruimte.

Mocht bovenstaande datum u niet schikken, wilt u dit dan doorgeven aan de secretaresse mw. M. Vlaanderen, 015 - 260.4521 (bij afwezigheid kunt u inspreken op het antwoordapparaat).

Om de wachtlijst zoveel mogelijk te beperken verwachten wij dat u afspraken **tenminste**

24 uur van tevoren afzegt, zodat wij in de gelegenheid zijn een andere patiënt uit te nodigen.

Mocht u niet in de gelegenheid zijn om uw afspraak op tijd af te zeggen dan kunnen wij een wegblijftarief in rekening brengen.

Ik hoop op uw medewerking.
Met vriendelijke groet,

Mw. Drs. M.D.C. de Visser
Kinder- en jeugdpsycholoog NIP

Afdeling	Medische	Psychologie	
Mw. A.A. van Blitterswijk		2604589	
Mw. E.J. van Rijn van Alkemade		2603787	
Mw. S.B. Visser		2603631	Aan de ouder(s)/verzorger(s) van
Mw. M.D.C. de Visser		2604923	-
Dhr. P.J.J. van der Werff		2603625	-
			-

Gebouw H

Delft,

Geachte ouder(s)/verzorger(s) en jongere,

In het kader van onze aanpak bij jongeren die worden opgenomen met alcohol vergiftiging wil ik jullie met klem uitnodigen voor een éénmalig follow-up gesprek. Er is meerdere malen overleg met het AMK geweest over ... omdat er zorgen zijn over haar Alcohol gebruik waardoor deze uitnodiging NIET vrijblijvend is. Het doel van het gesprek is het in kaart brengen van hoe het op dit moment met uw kind gaat.

Hierbij nodig ik u beide en ... uit voor het follow-up gesprek op

Het gesprek zal ongeveer 1 uur duren.

Mijn kamer bevindt zich op de 6e etage van het H-gebouw in Delft. U kunt uit de lift komend de borden "Kinder- en Jeugdpsychologie" volgen en plaats nemen in de wachtruimte.

Mocht bovenstaande datum u niet schikken, wilt u dit dan doorgeven aan de secretaresse mw. M. Vlaanderen, 015 - 260.4521 (bij afwezigheid kunt u inspreken op het antwoordapparaat).

Om de wachtlijst zoveel mogelijk te beperken verwachten wij dat u afspraken **tenminste 24 uur van tevoren** afzegt, zodat wij in de gelegenheid zijn een andere patiënt uit te nodigen.

Mocht u niet in de gelegenheid zijn om uw afspraak op tijd af te zeggen dan kunnen wij een wegblijftarief in rekening brengen.

Ik hoop op uw medewerking.
Met vriendelijke groet,

Mw. Drs. M.D.C. de Visser
Kinder- en jeugdpsycholoog NIP

C.c: Dr. N. van der Lely

Afdeling Medische Psychologie

Mw. A.A. van Blitterswijk 2604589

Mw. E.J. van Rijn van Alkemade 2603787

Mw. S.B. Visser 2603631

Aan de ouder(s)/verzorger(s) van

Mw. M.D.C. de Visser 2604923

Dhr. P.J.J. van der Werff 2603625

-
-
-

Gebouw H

Delft,

Geachte ouder(s)/verzorger(s),

Volgens mijn agenda hadden wij een afspraak voor een gesprek op

U bent toen niet verschenen. Wellicht heeft u mij vergeefs proberen te bereiken.

In verband met de rapportage naar de kinderarts is het noodzakelijk dat u binnen twee weken contact opneemt met de secretaresse mw. M. Vlaanderen, 015 – 260 4521 (bij afwezigheid kunt u uw boodschap inspreken op het antwoordapparaat) voor het maken van een nieuwe afspraak.

Met vriendelijke groet,

Mw. Drs. M.D.C. de Visser
Kinder- en jeugdpsycholoog NIP

Afdeling Medische Psychologie

Mw. A.A. van Blitterswijk 2604589
Mw. E.J. van Rijn van Alkemade 2603787
Mw. S.B. Visser 2603631
Mw. M.D.C. de Visser 2604923
Dhr. P.J.J. van der Werff 2603625

De Weledelgeleerde Heer
Dr. N. van der Lely, Kinderarts
Polikliniek Kindergeneeskunde
Reinier de Graaf Groep

Gebouw H

Delft,

Geachte collega,

De ouders van ..., geboren ... werden opgeroepen voor een screeningsgesprek in het kader van de SPC Alcohol doelgroep.
De ouders geven aan dat ...

Wij beschouwen hierbij de patiënt(e) als "drop-out" .

Zonder tegenbericht van jou ga ik er van uit dat het dossier hiermee is afgerond.

Met vriendelijke groet,

Mw. Drs. M.D.C. de Visser
Kinder- en jeugdpsycholoog NIP

cc. : huisarts

Afdeling Medische Psychologie

Mw. A.A. van Blitterswijk 2604589
Mw. E.J. van Rijn van Alkemade 2603787
Mw. S.B. Visser 2603631
Mw. M.D.C. de Visser 2604923
Dhr. P.J.J. van der Werff 2603625

Gebouw H

VERKLARING

Ondergetekende,

ouder/verzorger van:,

geboren-.....-.....

verklaart hierbij geen bezwaar te hebben tegen het **overdragen/uitwisselen** van de aanwezige (test)gegevens van bovengenoemd kind door de afdeling Kinder- en Jeugdpsychologie van het Reinier de Graaf Gasthuis, aan:

- Behandelend kinderarts van de Polikliniek Jeugd & Alcohol
- Huisarts
- School / mentor / zorgcoördinator hr. / mw.
- Anders, namelijk

Handtekening:

Plaats: Datum:-.....-.....

Afdeling Medische Psychologie

Mw. A.A. van Blitterswijk 2604589
Mw. E.J. van Rijn van Alkemade 2603787
Mw. S.B. Visser 2603631
Mw. M.D.C. de Visser 2604923
Dhr. P.J.J. van der Werff 2603625

Gebouw H

VERKLARING

12 jaar en ouder

Ondergetekende

geboren-.....-.....

verklaart hierbij geen bezwaar te hebben tegen het **overdragen/uitwisselen** van zijn/haar aanwezige (test)gegevens door de afdeling Kinder- en Jeugdpsychologie van het Reinier de Graaf Gasthuis, aan:

- Behandelend kinderarts van de polikliniek Jeugd & Alcohol
- Huisarts
- Ouder(s)/verzorger(s)
- School / mentor / zorgcoördinator hr./mw.
- Anders, namelijk

Handtekening:

Plaats: Datum:-.....-.....