Overmatig alcoholgebruik bij adolescenten: Kan de eerstelijns gezondheidszorg een rol spelen in de preventie van binge drinken?

Geert Van Laecke, Universiteit Antwerpen

Promotor: Professor Guido Van Hal, Universiteit Antwerpen

Co-promotoren: Michiel Callens, Intermutualistisch Agentschap

Dr. Jozef De Dooy, Universitair Ziekenhuis Antwerpen

Praktijkopleider: Dr . Koen Devet

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudsopgave

Abstract 4

Inleiding 5

Literatuuronderzoek 6

Adolescentie: definitie 6

Adolescentie: veranderingen 6

Alcoholgebruik: algemene cijfers 8

Alcoholgebruik consumptiepatroon 9

Alcoholgebruik: gevolgen 10

Binge drinken: richtlijnen 12

Doelstelling 16

Methode 17

Datacollectie 17

Vragenlijst 17

Focusgroepsgesprekken 18

Statistische analyse 18

Resultaten 20

Datacollectie 20

Beschrijvende statistiek 20

Verschil mannelijke en vrouwelijke huisartsen 24

Verschil tussen jongere en oudere huisartsen 26

Verschil tussen de verschillende provincies, regio waarin de praktijk gelegen is, praktijktype en opleiding rond alcoholgebruik bij adolescenten 28

Focusgroepsgesprekken 29

Discussie 31

Conclusie 36

Dankwoord 37

Referenties 38

Bijlages 42

Bijlage 1: Onderzoeksprotocol 42

Bijlage 2: Vragenlijst huisartsen 45

Bijlage 3: Goedkeuring ethisch comité 50

Abstract

Achtergrond: Gedurende de adolescentie vindt een belangrijke transitie plaats waarin een kind volwassen wordt. Zo leren adolescenten omgaan met volwassen gedragingen zoals bijvoorbeeld het omgaan met alcohol. Hoewel alcoholgebruik algemeen aanvaard wordt, is het een psychoactieve stof en kan alcoholgebruik belangrijke negatieve gevolgen hebben, zowel op korte als op lange termijn.

Doelstelling: We proberen te achterhalen of huisartsen worden geconfronteerd met het probleem van alcoholgebruik bij adolescenten en of er voldoende opleiding rond dit thema aangeboden wordt.

Methode: We maakten gebruik van een online vragenlijst die peilde naar de eigen ervaringen van huisartsen en naar preventie en opleiding rond het thema van alcoholgebruik bij adolescenten. Huisartsen werden bereikt door middel van een e-mail – met daarin de link naar de vragenlijst – doorgestuurd door de voorzitters van de huisartsenkringen. Verder werd tijdens enkele focusgroepsgesprekken gediscussieerd rond een aantal vragen en stellingen omtrent alcoholgebruik bij adolescenten.

Resultaten: 160 huisartsen hebben de vragenlijst doorlopen, waarvan 148 vragenlijsten werden geincludeerd voor analyse. Driekwart (75,7%) van de huisartsen werd ooit geconfronteerd met het probleem van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten en dit vooral tijdens de normale consultatie-uren. Medische redenen (buikpijn, syncope, braken, bewustzijnsverlies, trauma) werd het vaakst aangegeven als reden van consultatie naast preventie. Negenentachtig procent van de huisartsen vindt dat de huisarts een rol kan opnemen in de preventie van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten. Hoewel huisartsen veel geconfronteerd worden met het probleem van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten en dat ze zelf een rol willen opnemen in de preventie van overmatig alcoholgebruik bij adolescentie, vindt slechts 28,4% dat ze goed voorbereid zijn om de juiste adviezen te geven aan adolescenten.

Conclusie: Hoewel huisartsen regelmatig geconfronteerd worden met overmatig alcoholgebruik bij adolescenten en de gevolgen hiervan, vindt de meerderheid van de huisartsen dat ze weinig goede adviezen kunnen geven. Er is nood aan meer en betere opleidingen gericht aan huisartsen rond het probleem van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten.

Inleiding

De adolescentie is een kritische periode in het leven waarbinnen een belangrijke transitie plaatsvindt: kinderen worden volwassen. Deze transitie gaat gepaard met heel wat veranderingen. De Wereldgezondheidsorganisatie definieert de adolescentie als de periode van groei en ontwikkeling tussen de kinderleeftijd en volwassenheid. (1) Naast de meer opvallende lichamelijke veranderingen, vinden er ook minder zichtbare neurobiologische en psychosociale veranderingen plaats. Doordat niet alle veranderingen op hetzelfde tijdstip plaatsvinden, vormt de adolescentie een kritische periode voor risico-zoekend gedrag. (1;2) Zo ontwikkelen de frontostriatale beloningscircuits (limbisch systeem) vroeger dan de prefrontale cortex waardoor adolescenten nieuwe en volwassen activiteiten leren kennen zonder adequate inschatting hiervan en controle over het gedrag dat hiermee gepaard gaat. (2) Anderzijds verschuift de focus van de adolescenten van de ouders richting de vrienden. Door deze veranderingen beginnen adolescenten te experimenteren met volwassen gedragingen waaronder bijvoorbeeld roken, consumptie van alcohol en andere drugs en seksueel gedrag. (3)

Hoewel alcohol enkele eigenschappen deelt met andere psychotrope stoffen die tot de categorie van de drugs behoren, is de consumptie van alcohol in België een aanvaard gebruik. Niet alleen volwassenen consumeren alcohol, maar ook adolescenten. Zo bleek uit de Leerlingenbevraging van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) dat 65,3% van de 12-18-jarigen ooit alcohol heeft geconsumeerd en dit cijfer stijgt naarmate de leeftijd toeneemt: van 39,0% bij 12-14 jarigen tot 93,0% bij 17-18 jarigen. Ondanks dat alcohol dus veel gedronken wordt bij adolescenten, zijn er belangrijke verschillen in vergelijking met volwassenen. Enerzijds hebben adolescenten een ander consumptiepatroon waarbij ze minder frequent alcohol drinken, maar per keer wel grote hoeveelheden, het zogenoemde binge drinken. Anderzijds ervaren de adolescenten de gevolgen van hun alcoholgebruik minder snel, waardoor ze blijven drinken en zo hogere alcoholspiegels bereiken wat kan leiden tot alcoholintoxicaties met bewustzijnsverlies, ademhalingsdepressie en opname in het ziekenhuis.

Preventie is voor de huisarts een belangrijk onderdeel van zijn dagtaak. Voorkomen van ziekte is nog steeds beter dan genezen en als (huis)arts zijn we continu bezig met de gezondheid van patiënten te bevorderen. Adolescenten zijn hierbij een moeilijk te bereiken patiëntengroep aangezien zij minder vaak op consultatie komen in vergelijking met andere leeftijdscategorieën. Anderzijds hebben adolescenten wel een eigen aanpak nodig en hebben zij leeftijdsspecifieke problematieken waarmee de huisarts geconfronteerd wordt. Een van deze problematieken is het experimenteren met alcohol en de gevolgen hiervan. De vragen waar we in dit onderzoek een antwoord op wilden vinden waren: (1) worden huisartsen geconfronteerd met overmatig alcoholgebruik bij adolescenten; en (2) zijn er voldoende opleidingsmogelijkheden voor huisartsen rond dit thema.

Literatuuronderzoek

Adolescentie: definitie

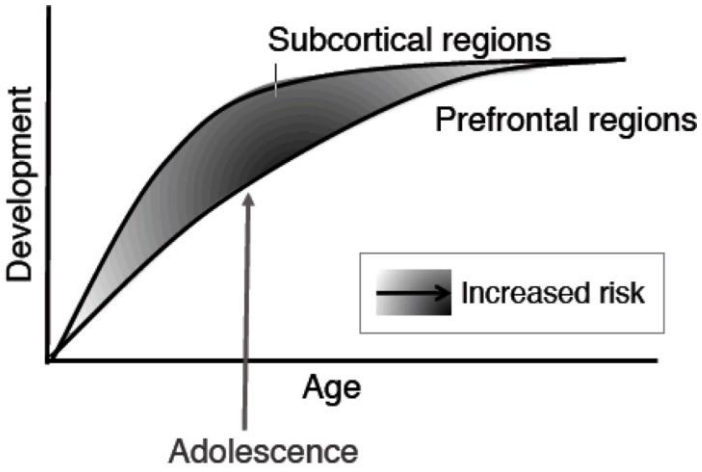
De Wereldgezondheidsorganisatie definieert de adolescentie (van het Latijnse adolescere = opgroeien) als de periode met groei en ontwikkeling tussen de kinderleeftijd en volwassenheid. Als leeftijdsdefinitie hanteert zij de leeftijd tussen 10 en 19 jaar. (4) Leeftijd is echter niet het enige dat de adolescentie kenmerkt. (4;5) Zo is de transitieperiode die gedefinieerd wordt als adolescentie variabel over de tijd en sociocultureel gebonden. Meer pragmatisch start de adolescentie bij het begin van de puberteit en eindigt zij wanneer een volwassen identiteit en gedrag zijn ontstaan. (5) De puberteit is over de jaren heen vervroegd, waardoor kinderen sneller in de adolescentie komen. (6-8) Het is echter moeilijk om deze trend wetenschappelijk vast te stellen aangezien er belangrijke verschillen zijn in onderzoeksdesign tussen de onderzoeken die over de jaren heen gebeurd zijn naar het begin van de puberteit (een of meer metingen, populatie, onderzochte puberteitskenmerken, manier van onderzoek) en omwille van belangrijke populatieverschillen (ras, etniciteit, geslacht, BMI, voedingstoestand). (9) Anderzijds worden sociale transities naar volwassenheid uitgesteld omdat jongeren gaan studeren waardoor ze later beginnen te werken en later aan een gezinsleven beginnen. (10)

Adolescentie: veranderingen

De adolescentie is een belangrijke periode voor de ontwikkeling van het centrale zenuwstelsel en de hersenen. Hoewel de adolescentie volgens de Wereld Gezondheidsorganisatie loopt tot de leeftijd van 19 jaar, is de hersenmaturatie nog niet voltooid op die leeftijd en loopt dus nog door op jong volwassen leeftijd. (10;11) De hersenmaturatie wordt vooral gekenmerkt door een initiële toename die nadien gevolgd wordt door een afname van de corticale en subcorticale grijze stof (omgekeerde U-curve) en een lineaire toename van de prefrontale witte stof. (10-13) De afname van de grijze stof gebeurt ten gevolge van synaptic pruning: overbodige synaptische verbindingen worden geëlimineerd. (10;11;13-17) De toename in witte stof is een gevolg van de toegenomen myelinisatie die een efficiëntere en snellere communicatie tussen de neuronen mogelijk maakt. (10;11;13-17)

De veranderingen die plaatsvinden tijdens de hersenmaturatie zijn regionaal en temporeel specifiek, dit wil zeggen dat niet elke hersenregio op hetzelfde moment in dezelfde ontwikkelingsfase zit. Primitieve hersenregio's ontwikkelen vroeger dan associatieregio's die fylogenetisch nieuwer zijn. (12;18) Zo blijkt dat de maturatie start ter hoogte van de primaire motorische (precentrale gyrus) en primaire sensorische (postcentrale gyrus) cortex en dat hun associatieregio's pas later matureren. (14;18) Ten gevolge van deze temporele verschillen in hersenmaturatie ontstaat er een kwetsbare periode waarin het limbisch systeem verder gematureerd is dan de prefrontale cortex (figuur 1). (16)

Synchroon aan de anatomische maturatie, gebeurt de maturatie van de neurotransmittersystemen. De toename in dopaminesynthese en -verbruik start eerst in de subcorticale regio's en pas later in de prefrontale cortex waardoor adolescenten nieuwe gedragingen kunnen aannemen en kunnen beginnen experimenteren met alcohol. (2;11) Doordat de inhiberende circuits die GABA-erg gemoduleerd worden, pas later matureren, kunnen adolescenten emoties moeilijker moduleren, informatie moeilijker verwerken en hun impulsen minder goed onderdrukken. (2)



Figuur 1 - Verschil tussen subcorticale en prefrontale hersenontwikkeling. Bron: Wetherill et al. 2013

Geassocieerd aan de hersenmaturatie gekenmerkt door veranderingen in witte en grijze stof en in neurotransmittersystemen, ondergaan adolescenten ook belangrijke cognitieve veranderingen. Met de ontwikkeling van de prefrontale cortex, ontwikkelen de executieve functies zich: werkgeheugen, planning, emotieregulatie, impulsbeheersing en abstract denken. (2) Daarnaast gaat de adolescent op zoek naar een eigen identiteit wat gekenmerkt wordt door een graduele verschuiving van een leven geleid door de ouders naar een zelfstandig leven samen met zijn vrienden en door veranderende rollen en verantwoordelijkheden. (2;14;19) Een adolescent wordt gaande weg zelfstandiger en verkrijgt meer autonomie over zijn gedrag. (19;20) Hierbij gaat hij op zoek naar bevestiging door zijn vrienden en is gevoelig voor stimulatie van het beloningssysteem met sensatiezoekend en risicovol gedrag tot gevolg. (2)

De hersenmaturatie kan dus aanleiding geven tot meer sensatiezoekend en risicovol gedrag. Anderzijds is een goede hersenontwikkeling doorheen de kindertijd en adolescentie noodzakelijk voor optimale neurocognitieve mogelijkheden. Zelfs de kleinste veranderingen in neuronale ontwikkelingsprocessen kunnen leiden tot neurogedragsmatige veranderingen en dit kan implicaties hebben op het psychologisch en sociaal functioneren. (15) Zo kan alcoholgebruik tijdens de adolescentie aanleiding geven tot veranderingen in de hersenontwikkeling en kan op die manier aanleiding geven tot cognitieve problemen op volwassen leeftijd. (15)

Alcoholgebruik: algemene cijfers

Enkele grote internationale studies peilen regelmatig naar het alcoholgebruik bij adolescenten: Health Behaviour in School Aged Children (HBSC) en de European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD). Deze twee studies voeren elke vier jaar een grootschalig onderzoek naar gezondheidsindicatoren bij adolescenten, waaronder het alcoholgebruik bij adolescenten. Uit de gegevens van de ESPAD studie (2011) blijkt dat 89% van de Vlaamse 15-16-jarigen ooit alcohol had gedronken, 83% alcohol had gedronken in een periode van 12 maanden voorafgaand aan de bevraging en 69% had alcohol gedronken in een periode van 30 dagen voorafgaand aan de bevraging. Hoewel meisjes vaker rapporteerden alcohol te hebben gedronken, rapporteerden jongens meer gelegenheden waarop ze alcohol hadden gedronken. Tweeënveertig procent van de ondervraagde leerlingen rapporteerde ooit dronken te zijn geweest en dit werd vaker gerapporteerd door jongens (43% resp. 40%), 34% zei dronken te zijn geweest in een periode van 12 maanden voorafgaand aan de bevraging en 12% zei dronken te zijn geweest in een periode van 30 dagen voorafgaand aan de bevraging. Achtendertig procent van de ondervraagde 15-16-jarigen rapporteerde dat ze meer dan 5 consumpties op een gelegenheid had gedronken gedurende een periode van 30 dagen voorafgaand aan de bevraging waarbij jongens dit vaker rapporteerden (41% resp. 35%). (21)

De HBSC studie (2013/2014) geeft een beeld over wekelijks alcoholgebruik bij 11-, 13- en 15-jarigen. Van de Vlaamse 11-jarigen die de vragenlijst invulden, rapporteerde 2% van de jongens wekelijks alcohol te drinken. Bij meisjes rapporteerde 0% wekelijks alcoholgebruik op deze leeftijd. De percentages van adolescenten die wekelijks alcohol drinken, stegen met de leeftijd. Op 13-jarige leeftijd dronk 3% van de jongens en 2% van de meisjes wekelijks alcohol en op 15-jarige leeftijd dronk 18% resp. 11% wekelijks alcohol. In vergelijking met de Waalse tegenhangers rapporteerden de Vlaamse 11- en 13-jarigen minder vaak wekelijks alcoholgebruik, maar op 15-jarige leeftijd juist meer. Aan de 15-jarige respondenten werd ook gevraagd of ze voor het eerst dronken waren voor de leeftijd van 13 jaar. Vier procent van de jongens en 3% van de meisjes rapporteerden hun eerste dronkenschap voor de leeftijd van 13 jaar. Aan de 11-jarigen werd gevraagd of ze al tweemaal of vaker dronken waren geweest en 1% van de jongens en meisjes rapporteerde dit. Dit percentage steeg naar 3% resp. 2% bij 13 jarigen en 23% resp. 19% bij 15-jarigen. (22)

In de Leerlingenbevraging (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen: 2014-2015) werd ook navraag gedaan naar het alcoholgebruik van de Vlaamse adolescenten. Van de ondervraagde adolescenten rapporteerde 65,3% ooit alcohol te hebben gedronken, 59,2% rapporteerde alcohol te hebben gedronken in het laatste jaar en 42,3% in de laatste maand voorafgaand aan de bevraging. Meestal ging het om occasioneel gebruik (gebruik in het afgelopen jaar, maar niet wekelijks), maar 14,4% rapporteerde regelmatig (wekelijks of vaker) alcohol te drinken. De gemiddelde leeftijd waar-

op adolescenten alcohol beginnen te drinken lag op 14,3 jaar. Van de 12- tot 14-jarigen rapporteerde 39% ooit alcohol te hebben gedronken en dit steeg tot 93,0% tussen de leeftijd van 16 en 18 jaar. Van de ondervraagde adolescenten rapporteerde 34,8% ooit aan binge drinken (consumptie van 4 voor meisjes en 6 voor jongens glazen alcohol binnen een tijdspanne van 2 uur) te hebben gedaan en 35,8% was ooit dronken geweest. Zestien procent (16,1%) rapporteerde zelfs maandelijks te binge drinken. De Leerlingenbevraging houdt ook de trends bij van het alcoholgebruik. Daaruit is te zien dat het alcoholgebruik bij adolescenten de laatste tien jaar is afgenomen (ooit alcohol gedronken: van 84,5% in 2004-2005 naar 65,3% in 2014-2015). Ook ziet men dat de gemiddelde leeftijd van alcohol-initiatie toeneemt over de jaren heen: van 13,6 jaar in 2010-2011 tot 14,3 jaar in 2014-2015. (23)

Tussen 1 september 2013 en 31 augustus 2014 voerden Calle en collega's een onderzoek in Gent en Sint-Niklaas (5 ziekenhuizen) naar het aantal adolescenten (< 18 jaar) dat werd opgenomen op de spoedeisende hulp ten gevolge van overmatig alcoholgebruik. In een jaar tijd presenteerden zich 146 adolescenten op spoedgevallen (109 in Gent, en 37 in Sint-Niklaas). De jongste adolescent die werd opgenomen was 13 jaar en het aantal opgenomen adolescenten steeg met de leeftijd. In totaal bedroeg de man/vrouw ratio 1,5/1 (88 resp. 58) terwijl onder de leeftijd van 16 jaar meer meisjes zich presenteerden. De reden waarom deze adolescenten werden opgenomen was omwille van een verminderd bewustzijn, trauma, abdominale pijn of braken, agitatie of agressie, syncope of een psychologische problematiek. De meeste adolescenten (87%) konden het ziekenhuis na een korte observatieperiode verlaten, maar enkele werden toch voor langere tijd opgenomen. (24)

Uit recente cijfers van het Intermutualistisch Agentschap (IMA – mei 2016) blijkt dat 2433 adolescenten tussen 12 en 17 jaar werden opgenomen omwille van een alcoholintoxicatie in 2014. Dit komt neer op een gemiddelde van 47 adolescenten per week en is een stijging van 10% in vergelijking met 2008. De incidentie van alcoholintoxicatie als reden van ziekenhuisopname steeg van 30/10.000 in 2008 tot 34/10.000 in 2014. Er werden geen belangrijke verschillen voor geslacht gevonden, maar de incidentie nam wel toe met de leeftijd (van 3/10.000 bij 12-jarigen tot 81/10.000 bij 17-jarigen). Belangrijke opmerking bij dit onderzoek is dat de gegevens werden bekomen aan de hand van nomenclatuurgegevens: in 2014 werd bij 2433 adolescenten de bloedalcoholconcentratie bepaald. Dit kan mogelijks een overschatting van het probleem geven. (25)

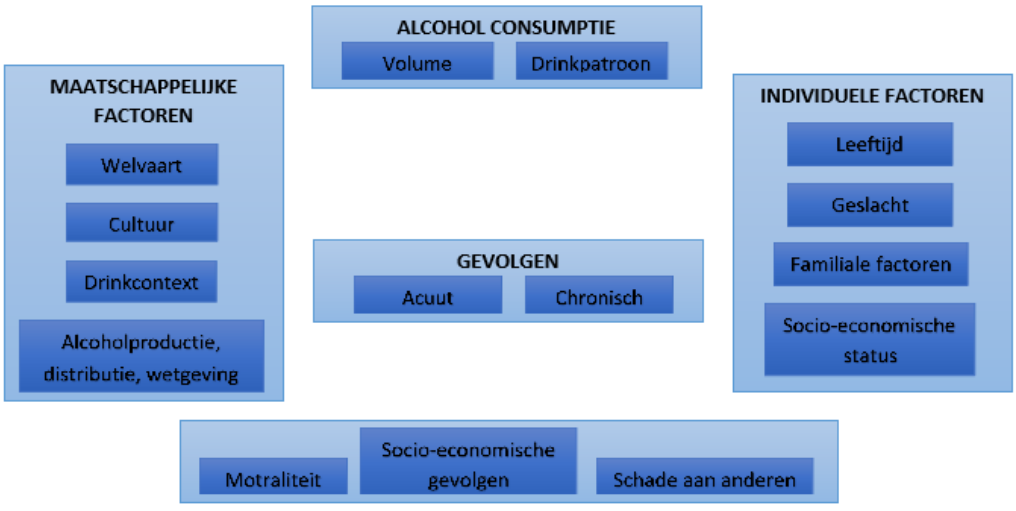
Alcoholgebruik consumptiepatroon

Hoewel uit voorgaande paragraaf blijkt dat veel adolescenten alcohol consumeren, is er een belangrijk verschil tussen het consumptiepatroon van volwassenen en adolescenten. (26) Volwassenen drinken frequenter alcohol, maar kleinere hoeveelheden per keer: bijvoorbeeld elke dag een aperitiefje of een glas wijn bij het eten. Adolescenten drinken minder frequent alcoholische dranken, maar per keer dat zij alcohol consumeren, consumeren ze grotere hoeveelheden. Dit fenomeen wordt

binge drinken genoemd. Er bestaat geen eenduidige definitie voor binge drinken. Het National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) gebruikt als definitie van binge drinken *een patroon van alcoholgebruik waardoor de bloedalcoholconcentratie (BAC) stijgt tot 0,08 g/dL.* (27) Dit komt voor volwassen mannen overeen met 5 standaardeenheden (een standaardeenheid bevat ongeveer 10g pure alcohol) in een periode van 2 uur. (26-29) Omwille van de andere lichaamsbouw (lager gewicht en hogere vet/waterverhouding) en een andere verwerking van alcohol hebben vrouwen een hogere BAC als zij dezelfde hoeveelheid alcohol drinken in vergelijking met mannen. (27;30) Daarom wordt voor volwassen vrouwen als cut-off waarde 4 standaardeenheden gebruikt. (27;28) Echter deze definitie wordt niet in alle onderzoeken gehanteerd en sommige gebruiken andere cut-off waarden. Een goede definitie voor adolescenten bestaat ook nog niet. Siquera en collega's gebruiken als cut-off waarde voor binge drinken bij meisjes (9-17 jaar) 3 standaardeenheden en voor jongens 3 (9-13 jaar), 4 (14-15 jaar) of 5 (16-18 jaar). Een uniforme definitie van binge drinken dient rekening te houden met enkele factoren: geslacht, leeftijd, gewicht, frequentie van alcoholgebruik en tijdsduur. (29;31;32)

Alcoholgebruik: gevolgen

Dat alcohol geen onschuldige substantie is, blijkt uit mortaliteitsgegevens van de Wereld Gezondheidsorganisatie. Naar schatting 3,3 miljoen doden per jaar zijn toe te schrijven aan de gevolgen van alcohol en dit komt overeen met 5,9% van alle sterfte in de wereld. (33) De gevolgen van alcohol zijn toe te schrijven aan 3 mechanismen: toxische effecten van alcohol op het lichaam; intoxicatie ten gevolge van alcoholgebruik; en afhankelijkheid van alcohol. (33) De schade die alcohol veroorzaakt aan het lichaam is afhankelijk van verschillende factoren zoals te zien is in het conceptueel model van de Wereld Gezondheidsorganisatie (figuur 2). (33)



Figuur 2 - Conceptueel model voor alcohol gerelateerde schade. Bron: WHO 2014

Alcoholintoxicatie of dronkenschap is een gevolg van de consumptie van grote hoeveelheden alcohol. De typische klinische tekens van alcoholintoxicatie zoals euforie, coördinatiestoornissen, spraakstoornissen, vertraagde reactiesnelheid of een verstoord beoordelingsvermogen zijn minder waarneembaar bij adolescenten. (27;34) Bij adolescenten is vaak een verminderd bewustzijn het eerste teken van alcoholintoxicatie waardoor een opname in het ziekenhuis vaak nodig is. (20;35;36)

De gevolgen van alcoholgebruik bij adolescenten zijn onder te verdelen in 2 groepen: acute en chronische gevolgen. De acute gevolgen treden relatief snel op na alcoholgebruik, zijn kortdurend en verdwijnen volledig zonder restletsel uitgezonderd van additionele weefselschade. Alcoholgebruik is zo geassocieerd met agressie, geweld, criminaliteit dat kan leiden tot onvrijwillige kwetsuren of contact met politie en justitie, met verkeersongevallen, met suïcidaliteit (al is alcoholgebruik soms een uitvoering van suïcide), met seksueel risicogedrag (meerdere seksuele partners of onbeschermd seksueel contact) dat kan leiden tot tienerzwangerschappen en overdracht van SOA's. (34;37-43)

Chronische gevolgen van alcoholgebruik zijn eerder gevolgen die pas na verloop van tijd apparent worden en niet volledig reversibel zijn. Zo wordt alcohol als causale factor gelinkt aan meer dan 200 verschillende ziekten waarbij alcohol zowel de incidentie kan verhogen als het verloop van de ziekte kan versnellen. (33) Alcohol is gelinkt aan neuropsychiatrische ziekten (alcoholafhankelijkheid, depressie, angststoornissen, Wernicke encefalopathie, ziekte van Korsakov), gastro-intestinale ziekten (leversteatose, hepatitis, levercirrose, pancreatitis), cardiovasculaire ziekten (hypertensie, hemorragische CVA, voorkamerfibrillatie), endocrinologische ziekten (diabetes mellitus) en infecties doordat alcohol de immuniteit verlaagd (een associatie tussen alcohol en pneumonie en tuberculose werd reeds aangetoond). (26;28;33)

Bijzondere aandacht moet gaan naar de effecten van alcohol op de ontwikkelende hersenen. Aangezien alcohol doorheen de bloed-hersenbarrière gaat, kan alcohol snel de werking van het centrale zenuwstelsel beïnvloeden. Door de inhiberende werking op glutamaat en de stimulerende werking op GABA, inhibeert alcohol de werking van het centraal zenuwstelsel en het ademhalingscentrum waardoor sedatie en ademhalingsdepressie optreden. (38) Maar alcohol heeft ook effecten op lange termijn. Alcohol beïnvloedt zowel de grijze als de witte stof en vooral het limbisch systeem, de cerebrale cortex en het cerebellum zijn gevoelig voor de neurotoxische effecten van alcohol. Ter hoogte van het limbisch systeem ziet men dat het volume van de hippocampus kleiner is en dat het volume positief gecorreleerd is met de leeftijd van alcoholinitiatie. Het neurotoxische effect is groter ter hoogte van de linker hippocampus, terwijl andere onderzoeken bilateraal een afname van het hippocampale volume aantonen. Ten gevolge van alcoholgebruik blijkt het volume van de prefrontale cortex ook kleiner te zijn. Het exacte pathofysiologisch mechanisme dat aan de grondslag van deze volumeafname ligt is nog niet volledig duidelijk. Naast de grijze stof blijkt dat het volume van de witte stof ook is afgenomen en dit vooral in de prefrontale cortex. Met behulp van diffusion tensor imaging

(DTI) (fractionele anisotropie en gemiddelde diffusiviteit) heeft men de laatste jaren meer inzicht gekregen in de integriteit van de witte stof. Ten gevolge van alcoholgebruik verslechtert de integriteit van de witte stof en dit vooral in de corticale en subcorticale projectiebanen. Opmerkelijk is daarbij dat adolescenten die binge drinken een slechtere witte stof integriteit vertonen dan adolescenten die cannabis gebruiken. (15;44)

Alcoholinitiatie op jonge leeftijd is geassocieerd met meer alcoholgerelateerde problemen op volwassen leeftijd. Zo toonden Hingson en Zha aan dat adolescenten die op jongere leeftijd alcohol begonnen te drinken meer risico hebben op binge drinken op volwassen leeftijd, meer risico hebben op rijden onder invloed van alcohol en meer risico hebben op verwondingen na alcoholgebruik en het aanbrengen van verwondingen aan derden. (45) Anderzijds hebben adolescenten die op jongere leeftijd alcohol beginnen te drinken een verhoogd risico op het ontwikkelen van alcoholmisbruik of alcoholverslaving (alcohol use disorders – AUD) op volwassen leeftijd. (11;26;44;45) Het risico op het ontwikkelen van een alcoholprobleem is vijfmaal hoger bij adolescenten die hun alcoholinitiatie hadden voor de leeftijd van 14 jaar vergeleken met volwassen die hun alcoholinitiatie pas na 21 jaar hadden. (26) Adolescenten die regelmatig binge drinken hebben 6,7 keer meer kans op het ontwikkelen van alcoholproblemen op 20 jaar en adolescenten die frequent (≥ 3 x per week) alcohol drinken zelfs 8,1 keer meer. (46) In tegenstelling tot de gedachte dat de prevalentie van alcoholmisbruik en alcoholverslaving piekt rond het midden van de 5^{e} levensdecade, blijkt eerder dat jong volwassenen de hoogste prevalentie hiervan vertonen. (46)

Binge drinken: richtlijnen

Hoewel de bezorgdheid rond overmatig alcoholgebruik bij adolescenten en de gevolgen hiervan de laatste jaren is toegenomen, blijven richtlijnen omtrent problematisch alcoholgebruik nog teveel gericht op volwassenen. (29;47) Via CEBAM werd gezocht naar richtlijnen die specifiek ingaan op het probleem bij adolescenten. Uiteindelijk werden slechts twee richtlijnen gevonden die betrekking hadden op adolescenten: de NHG standaard Problematisch alcoholgebruik en de Richtlijn Screening, assessment en behandeling van jongeren met alcoholmisbruik van de ADAPTE-youth studiegroep. (28;31) Hierna volgt een kort overzicht van deze richtlijnen.

<u>Vermoeden alcoholgebruik</u>

Huisartsen kunnen op verschillende manieren worden geconfronteerd met alcoholgebruik bij adolescenten, zowel direct als indirect. De adolescent kan de huisarts consulteren met een specifieke hulpvraag om zijn alcoholgebruik te verminderen (eventueel gestuurd door ouders of vriend/vriendin), of de huisarts krijgt een opnameverslag van de spoedarts of vermoed alcoholgebruik bij directe tekens zoals een alcoholgeur of als er sprake is van een alcoholintoxicatie. (28;31) Meestal gaat het echter

om indirecte signalen van alcoholgebruik zoals frequente consultaties om vage klachten zoals hoofdpijn, buikpijn, slapeloosheid of chronische pijn. (28;31;48) Andere redenen waarbij alcoholgebruik vermoed kan worden zijn gedragsproblemen, agressie, spijbelen, verslechterende schoolprestaties, seksuele problemen zoals SOA's of ongewenste zwangerschap en psychische klachten zoals depressie, interesseverlies, laag zelfbeeld of angststoornissen. (28;31) Adolescenten met gescheiden ouders of met een ouder met problematisch alcoholgebruik of met gedragsstoornissen zoals ADHD of oppositioneel opstandig gedrag hebben een verhoogde kans om zelf ook problematisch alcoholgebruik te ontwikkelen. (28)

Bij onbegrepen klachten kan steeds een leefstijlanamnese afgenomen worden waarbij vragen gesteld worden over lichaamsbeweging, voedingspatroon, problemen op school, vrijetijdsbesteding, roken en gebruik van genotsmiddelen. (31) Op het einde van de leefstijlanamnese kan de link gelegd worden tussen de klachten en alcoholgebruik (bron: Bekkering et al. 2013):

- "Bij jongeren die dezelfde klachten hebben als jij, kunnen deze klachten gelinkt zijn aan het drinken van alcohol. Drink jij wel eens alcohol?"
- "Heb je zelf wel eens overwogen dat jouw klachten samen kunnen hangen met het drinken van alcohol?"

<u>Screening naar alcoholgebruik</u>

Als er een vermoeden is van alcoholgebruik bij adolescenten, kan de ernst hiervan worden ingeschat door middel van enkele vragenlijsten. De Alcohol-Use Disorder Identification Test (AUDIT) bestaat uit 10 vragen met telkens 5 antwoordmogelijkheden die elk een score van 0 tot 4 meekrijgen. Door de score op te tellen, krijgt men een idee over het risico op gevaarlijk of problematisch alcoholgebruik. Indien de score hoger is dan 4 bij adolescenten tot 16 jaar is de AUDIT positief. Bij adolescenten ouder dan 16 jaar wordt een cut-off waarde van 7 gebruikt. (29;31) Domus Medica raadt bij volwassenen een stapsgewijze uitvoering van de AUDIT-screening aan (AUDIT-C) waarbij eerst de drie eerste vragen worden gesteld (frequentie alcoholgebruik, aantal glazen per gelegenheid en frequentie hevig alcoholgebruik) en pas indien de cut-off waarde (mannen ≤65 jaar: 5; vrouwen en 65-plussers: 4) wordt overschreden de volledige vragenlijst wordt overlopen. (29)

Een vragenlijst specifiek voor adolescenten is de CRAFFT vragenlijst (Car, Relax, Alone, Forget, Friends en Trouble). Deze vragenlijst bestaat uit 6 vragen met telkens twee keuzemogelijkheden (ja of nee). Indien twee vragen of meer met ja worden beantwoord, is er een aanwijzing voor problematisch alcoholgebruik. (28;31)

Oppuntstelling van alcoholgebruik

Voor de inschatting van de ernst van een bestaand alcoholprobleem, is een doorgedreven anamnese van belang waarbij ook aandacht moet besteed worden aan alcoholmisbruik gerelateerde lichamelijke, psychische of sociale problemen. Tijdens de anamnese moet navraag gedaan worden naar het alcoholgebruik (consumptiepatroon, hoeveelheid, duur alcoholprobleem), gerelateerde problemen, eventueel ander middelengebruik, relaties met vrienden en familie, psychische gezondheidstoestand, ontwikkelings- en leerbehoeften en of de adolescent een risico vormt voor zichzelf of anderen. Om een waarheidsgetrouw beeld te verkrijgen kan een hetero-anamnese nuttig zijn. (31)
Technische onderzoeken zoals bloedname met bepaling van ethanolspiegel, carbohydrate deficient transferrin (CDT), gamma-glutamyltransferase (γ-GT), transaminasen (AST en ALT) of mean corpuscular volume (CMV) heeft geen meerwaarde voor de inschatting van de ernst van het probleem. (28;29;31)

Therapeutische aanpak problematisch alcoholgebruik bij adolescenten

Doel van de behandeling van problematisch alcoholgebruik bij adolescenten is de adolescent te motiveren om zijn gedrag te veranderen. (31) Dit kan gebeuren aan de hand van kortdurende (1-5 sessies) interventies. Er bestaan verschillende soorten kortdurende interventies op basis van aantal sessies, duur van de sessies, plaats van interventie (school, spoedeisende hulp, huisartspraktijk), methode (gesprek, computergestuurd) en type interventie (cognitieve gedragstherapie, transtheoretisch model van gedragsverandering, sociale normen therapie). (49) De meeste kortdurende interventies bevatten een of meerdere van de volgende componenten: discussie over alcoholgebruik, feedback over de risico's of de hoeveelheid gedronken alcohol, vergelijking met normgebruik, informatie over de mogelijke negatieve gevolgen, coping strategieën en/of oplossingen om risicosituaties het hoofd te bieden. (49)

Doorverwijzen naar tweede lijn

Huisartsen kunnen een deel van de behandeling op zich nemen, maar in sommige gevallen is doorverwijzing naar de tweede lijn aangewezen. (Bron: Bekkering et al. 2013; Boomsma et al. 2014)

- Alle adolescenten tussen 12 en 15 jaar waarbij het alcoholmisbruik aanleiding geeft tot lichamelijke, psychische of sociale problemen.
- Adolescenten tussen 15 en 18 jaar
    - Met signalen van matig of ernstig alcoholmisbruik;
    - Waarbij kort advies of korte interventies niet effectief blijken, maar die wel hulp wensen voor hun alcoholprobleem;

    - Met tekenen van ernstige alcoholgerelateerde problemen of comorbiditeiten (ADHD, oppositioneel opstandig gedrag, depressie, angststoornissen, leerstoornissen, alcoholisch leverlijden, …).
- Adolescenten jonger dan 16 jaar in de acute setting van alcoholontwenning.
- Bij adolescenten tussen 16 en 18 jaar is een doorverwijzing naar de tweede lijn te overwegen in de acute setting van alcoholontwenning, zeker bij kwetsbare groepen.
- Adolescenten met een ernstige acute intoxicatie:
    - Bewustzijnsdaling;
    - Shock (bloeddruk < 90/60, vertraagde capillaire refill, verminderde turgor);
    - Ademhalingsdepressie (ademhalingsfrequentie onder 15 per minuut of boven 20 per minuut, gebruik hulpademhalingsspieren, saturatie < 95%);
    - Hypothermie (< 36°C);
    - Hypoglycemie (< 3,5mmol/L of 63mg/dL).
- Adolescenten met een milde of matige acute intoxicatie met een slecht sociaal vangnet.
- Adolescenten met een onthoudingsdelier.
- Adolescenten met onthoudingsinsulten.

Doelstelling

Uit de gegevens die hier werden samengevat, blijkt dat alcoholgebruik bij adolescenten een belangrijk probleem is en dat het gerelateerd is met belangrijke gevolgen op korte en lange termijn. Met dit onderzoek wilden we inzicht krijgen of overmatig alcoholgebruik ook een probleem is bij huisartsen en of er voldoende opleidingen worden georganiseerd rond dit thema. Hiervoor werd een vragenlijst opgesteld die de huisartsen online konden invullen nadat een e-mail met daarin een link naar de online vragenlijst werd doorgestuurd via de voorzitters van de huisartsenkringen.

Methode

Datacollectie

De vragenlijst werd online beschikbaar gemaakt voor huisartsen op de website www.thesistools.com. De link naar de vragenlijst werd via e-mail verstuurd naar de voorzitters van de verschillende huisartsenkringen in Vlaanderen. Via Domus Medica ontvingen we een lijst met e-mailadressen van de kringvoorzitters die zij in hun bezit hadden. Kringvoorzitters ontvingen een e-mail waarin het onderzoek dat we wilden uitvoeren kort werd geschetst en de vraag om de vragenlijsten te verdelen onder hun leden. Indien de kringvoorzitters extra vragen hadden over het onderzoek konden zij deze vragen steeds via e-mail stellen. Het stond de voorzitters vrij om de e-mail te forwarden naar hun leden.
Een eerste vraag voor deelname werd verstuurd naar de kringvoorzitters tussen 15 en 29 juni 2015. Omwille van een beperkte deelname vooral uit de provincie Limburg werd op 13 juli 2015 een herinneringsmail verstuurd naar de kringvoorzitters in Limburg. Uiteindelijk kregen 67 van de 85 huisartsenkringen een e-mail waarvan 25 voorzitters ook hebben laten weten dat ze de vragenlijst hebben verdeeld onder hun leden. Drie voorzitters hebben geantwoord dat ze de vragenlijsten niet zouden rondsturen onder hun leden en van de overige 39 huisartsenkringen hebben we geen antwoord gekregen. Huisartsen die de vragenlijst wilden invullen, konden dit doen tot en met 31 augustus 2015.

Vragenlijst

Gegevens van huisartsen werden op twee manieren verzameld. Enerzijds gebeurde de gegevensverzameling aan de hand van een vragenlijst die werd samengesteld in samenwerking met dokter Nico van der Lely. Nico van der Lely is kinderarts in het Reinier de Graafziekenhuis in Delft (Nederland) en heeft over de afgelopen tien jaar veel expertise opgebouwd rond alcohol en binge drinken bij adolescenten. Zo werkt hij al jaren mee aan de gegevensregistratie van adolescenten die omwille van overmatig alcoholgebruik op de spoedeisende hulp terecht komen, is hij, samen met Mireille de Visser (psychologe), de drijvende kracht bij het opzetten van de alcoholpoliklinieken in Nederland en weegt hij mee op het beleid rond alcohol en minderjarigen in Nederland.
De vragenlijst bestond uit vier delen: achtergrond, eigen ervaring, preventie en stellingen. In het eerste deel werden enkele achtergrondgegevens van de huisartsen gevraagd: leeftijd, geslacht, aantal huisartsjaren in de praktijk, provincie waarin ze praktijk houden, regio waar ze praktijk houden, type praktijk, opleiding rond alcohol (algemeen) en opleiding rond alcohol bij adolescenten. In het tweede deel werd navraag gedaan naar de eigen ervaring met de problematiek van alcoholgebruik bij adolescenten: is de huisarts hiermee al geconfronteerd, in welke situatie, met welke frequentie, wat was hiervan de reden, hoe gaat de huisarts met het probleem van alcoholgebruik bij de adolescent om,

bevraagt de huisarts soms actief het alcoholgebruik van de adolescent en wat zijn hiervoor motieven. Het derde deel richtte zich meer op preventie van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten: voelt de huisarts zich voldoende voorbereid om goede adviezen te geven rond alcohol aan adolescenten, is er voldoende opleiding rond het probleem van alcoholgebruik bij adolescenten, wie is het best geschikt om overmatig alcoholgebruik aan te pakken en heeft de huisarts hier ook een rol, hoe effectief vindt de huisarts motivationele gesprekstechnieken in de preventie van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten en wat vindt de huisarts de ondergrens om te spreken van binge drinken bij jongens en meisjes? In het laatste deel werden enkele stellingen aangeboden waarop de huisarts moest antwoorden met helemaal mee eens – eerder mee eens – weet ik niet – eerder niet mee eens – helemaal niet mee eens. De eerste reeks stellingen ging over de eigen inschatting van zijn werk met adolescenten over alcoholgebruik. De tweede reeks stellingen peilde eerder naar de kennis over alcoholgebruik bij adolescenten. (zie bijlage)

Focusgroepsgesprekken

Tijdens het tweede deel van dit onderzoek werden gegevens verzameld via focusgroepsgesprekken. Deze gesprekken werden opgedeeld in een discussiegedeelte en een informatiegedeelte. Tijdens het discussiegedeelte werd een discussie gevoerd rond enkele vragen en enkele stellingen die op voorhand werden opgesteld (zie bijlage). Tijdens het informatiegedeelte werden de laatste richtlijnen omtrent de problematiek van alcoholgebruik bij adolescenten toegelicht aan de aanwezige huisartsen. In totaal werden drie LOK-voorzitters gecontacteerd om hieraan deel te nemen. Een van hen werkte liever niet mee, waardoor de focusgroepsgesprekken in twee LOK-groepen werden uitgevoerd, goed voor een 30-tal huisartsen die aanwezig waren tijdens de focusgroepsgesprekken. De eerste LOK-groep bestond uit een tiental huisartsen waarbij er een duidelijk overwicht was voor de vrouwelijke huisartsen en er was een normale verdeling voor wat betreft de leeftijd. Deze LOK groep bestond uit huisartsen uit zowel solopraktijken als uit groepspraktijken in een gemengd stedelijk en landelijke regio in de provincie Antwerpen. De tweede LOK-groep bestond uit een 20-tal huisartsen waarbij er een klein overwicht was van de vrouwelijke huisartsen, maar die volledig bestond uit jonge huisartsen (jonger dan 35 jaar). Deze LOK-groep bestond enkel uit huisartsen uit groepspraktijken uit een ruime omgeving rond Antwerpen waarbij zowel huisartsen uit de stad Antwerpen als uit de meer landelijke gemeenten rond Antwerpen vertegenwoordigd waren.

Statistische analyse

Voor de statistische analyse werd gebruik gemaakt van IBM SPSS Statistics 22. Gegevens uit meerkeuzevragen werden ingebracht als nominale variabelen. Indien meerdere antwoorden gegeven

konden worden werden multiple response sets opgezet. Numerieke vrije tekst werd ingebracht als discrete variabelen. Vrije tekst werd ingebracht als string.

Nadat beschrijvende statistiek werd uitgevoerd op de verzamelde gegevens, werden de vrije tekst velden manueel bekeken. Significante verschillen werden opgespoord tussen (1) beide geslachten, tussen (2) jongere en oudere huisartsen (jonger respectievelijk ouder dan 45 jaar), tussen (3) huisartsen van de verschillende provincies, tussen (4) huisartsen van verschillende regio's (stedelijk, landelijk of gemengd stedelijk landelijk), tussen (5) verschillende praktijktypes (solopraktijk, duopraktijk, groepspraktijk of praktijk met forfaitair betalingssysteem) en tussen (6) huisartsen die nog geen opleiding rond alcoholgebruik bij adolescenten hadden genoten en huisartsen die deze opleiding al wel hadden gekregen. Verschillen werden opgespoord voor gevolgde opleidingen rond alcoholgebruik in het algemeen en bij adolescenten, confrontatie met overmatig alcoholgebruik bij adolescenten en de context, reden en frequentie hiervan, navraag naar alcohol en de verschillende stellingen die werden weergegeven. De vergelijking van deze kwalitatieve gegevens gebeurde met behulp van de chi kwadraat test (χ^2). P-waarden lager dan 0,05 werden als statistisch significant beschouwd.

Resultaten

Datacollectie

In totaal hebben 160 huisartsen de vragenlijst doorlopen. Van de 160 vragenlijsten die we online hebben verkregen, werden er na controle 12 uitgesloten voor analyse omwille van sterk onvolledige gegevens (vragenlijsten werden afgebroken na 8 van de 25 vragen overeenkomend met de eerste pagina van de online vragenlijst). Tien bijkomende vragenlijsten werden uitgesloten voor analyse van het onderwerp over preventie van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten (vragenlijsten werden afgebroken na 15 van de 25 vragen overeenkomend met de tweede pagina van de online vragenlijst). Deze vragen werden echter wel geïncludeerd in de analyse van het eerste deel van de vragenlijst. De overige 138 vragenlijsten werden volledig geïncludeerd voor analyse.

Beschrijvende statistiek

De gemiddelde leeftijd van de huisartsen bedroeg 41,5 jaar (range 25-81 - N=147) en de meerderheid van de respondenten waren vrouwen (60,1% - N=89). Gemiddeld hadden de respondenten 15,5 jaren ervaring als huisarts (range 0-53 - N=137). De meeste vragenlijsten waren afkomstig uit de provincie Antwerpen (33,8% - N=50), gevolgd door Vlaams-Brabant (23,6% - N=35), Oost-Vlaanderen (17,6% - N=26), West-Vlaanderen (16,2% - N=24) en Limburg (8,8% - N=13). Zesenzeventig respondenten hebben hun praktijk in een landelijk gebied (51,4%), 33 respondenten in een stedelijk gebied (22,3%) en evenveel respondenten in een gemengd stedelijk en landelijk gebied (22,3%). De meeste respondenten hadden consultatie in een groepspraktijk (36,5% - N=54), gevolgd door in een duopraktijk (32,4% - N=48), solo-artsen (26,4% - N=39) en 7 respondenten werkten in een praktijk met een forfaitair betalingssysteem (4,7%).

Met betrekking tot bijscholing over alcohol en alcoholgerelateerde problemen, antwoordden 34 huisartsen dat ze nog nooit een bijscholing hadden gevolgd (23,0% - N=148), 58 huisartsen hadden minder dan 4u bijscholing gevolgd (39,2%), 34 huisartsen (23,0%) tussen de 4 en 10u en 13 huisartsen (8,8%) rapporteerden meer dan 10u bijscholing te hebben gevolgd omtrent alcohol en alcoholgerelateerde problemen (9 huisartsen herinnerden zich niet meer of zij ooit een opleiding hadden gevolgd). Tachtig huisartsen (54,1% - N=148) hadden nog nooit een bijscholing gevolgd waarin werd ingegaan op het probleem van alcoholgebruik bij adolescenten. Van de overige 68 huisartsen die al een bijscholing hadden gevolgd waarin werd stilgestaan bij het alcoholgebruik bij adolescenten, vonden slechts 14 huisartsen (20,1%) dat er voldoende werd ingegaan op het probleem van alcoholgebruik bij adolescenten.

Ondanks dat er maar weinig bijscholing wordt gegeven omtrent alcoholgebruik bij adolescenten, werden 112 huisartsen (75,7% - N=148) al geconfronteerd met adolescenten die te veel gedronken hadden. Dit gebeurde vooral tijdens de normale consultatie-uren (67,9%), gevolgd door tijdens de weekendwacht (41,0%) en de weekwacht (9,8%). Vierentwintig huisartsen (21,4%) zagen adolescenten nadat ze werden teruggestuurd door de spoedarts of wachtarts ter bespreking van de resultaten en 54 huisartsen (48,2%) ontvingen een opnameverslag van adolescenten die op de spoedeisende hulp terecht waren gekomen nadat ze teveel alcohol gedronken hadden. Als reden waarom de huisarts werd geraadpleegd, rapporteerden 33 huisartsen (30,3%) omwille van een ongeval en 21 huisartsen (19,3%) omwille van verminderd bewustzijn. Eenenzestig huisartsen (56%) rapporteerden dat ze adolescenten zagen omwille van een andere medische oorzaak zoals kater, buikpijn, syncope tijdens of na alcoholgebruik. Naast medische oorzaken van de consultatie werd ook navraag gedaan naar preventie als reden van consultatie: 44 huisartsen (40,3%) rapporteerden dat adolescenten hen consulteerden voor preventie van recidieven en dat de ouders hier meestal de sturende partij voor zijn (34 huisartsen – 77,3%), gevolgd door de adolescent zelf (13 huisartsen – 29,5%) en andere artsen (8 huisartsen – 18,2%). Met betrekking tot de frequentie waarmee huisartsen geconfronteerd worden met adolescenten en alcoholgerelateerde problemen, rapporteerden 60 huisartsen (40,8%) meerdere malen per jaar adolescenten te zien omwille van overmatig alcoholgebruik.

Zevenendertig huisartsen (25,0%) rapporteerden nooit navraag te doen naar het alcoholgebruik van adolescenten en 93 huisartsen (62,8%) enkel als er een aanleiding voor is. Redenen om naar alcoholgebruik te vragen zijn onder andere vaak weerkerende vage klachten zoals moeheid, slapeloosheid, maagklachten, braken, pyrosis, vermagering, verminderde eetlust, hoofdpijn, tremor en palpitaties. Vooral als deze klachten zich telkens op maandagochtend voordoen, vragen huisartsen gemakkelijker naar alcohol. Andere redenen zijn frequent ziekteverzuim, psychische problemen (depressiviteit, angststoornissen, zich niet goed in zijn vel voelen), verslechterende schoolprestaties, concentratie- en geheugenproblemen, ongevallen, een afwijkende labo-uitslag (leverset, urinezuur, pancreasenzymen). Minder vaak gerapporteerde redenen waarbij huisartsen naar alcohol vragen zijn: bij het vermoeden van ander middelengebruik of roken, bij seksueel overdraagbare aandoeningen, spijbelgedrag, geweld of agressiviteit en op vraag van de ouders of vriend of vriendin.

Van de 136 huisartsen voelden zich slechts 42 (28,4%) goed voorbereid om de juiste adviezen mee te geven aan adolescenten en voelden 10 huisartsen (6,8%) zich helemaal niet voorbereid. Honderdennegen huisartsen (80,1%) vinden dat er te weinig opleidingen rond alcoholgebruik bij adolescenten worden georganiseerd. Huisartsen vinden dat preventie van overmatig alcoholgebruik een gedeelde verantwoordelijkheid is waarbij scholen (87,5%), artsen (76,5%), jeugdbewegingen en sportverenigingen (64,7%), de media (64,7%) en ouders (62,5%) een rol moeten spelen. Slechts 44,9% vindt dat dit een taak is van de overheid. Op de vraag of de huisarts een rol heeft in de preventie van overma-

tig alcoholgebruik bij adolescenten antwoordde 89,0% positief. De meeste huisartsen vinden dat preventie een taak is van de huisarts aangezien zij dicht bij de patiënt staan waardoor de drempel laag is om over alcohol te kunnen beginnen: “De huisarts is een vertrouwenspersoon met medische kennis.” Hoewel sommigen de rol van de huisarts zowel in primaire als in secundaire preventie zien, zien huisartsen toch vooral hun rol in de secundaire preventie: “Voornamelijk als secundaire preventie, wanneer ze er ziek van zijn of trauma opgelopen hebben in die mate dat ze ervoor naar de huisartspraktijk komen.” Anderzijds kan de huisarts ook onderliggende problemen aan het licht brengen: “Opsporen van psychiatrische of psychologische problemen die al eens vaker met middelenmisbruik gepaard gaan.” Sommigen vinden het hun taak omdat het “vaak nergens anders wordt gedaan.” Anderen zien de rol van de huisarts eerder binnen een samenwerking met andere spelers: “De huisarts is een specifieke invalshoek, die complementair kan zijn met anderen; op die leeftijd is onze inbreng soms ook invloedrijk.” Het advies dat een huisarts geeft heeft soms meer invloed dan dat van ouders: “Wanneer de boodschap wordt gegeven door een arts, gaat de adolescent er misschien meer belang aan geven dan aan een boodschap van de ouders,” of “Gezag bij arts wordt beter aanvaard.” Anderzijds kan ook het beroepsgeheim de drempel verlagen: “De zwijgplicht maakt het soms gemakkelijker om er over te praten.” Korte interventies om alcoholgebruik te verminderen lijken volgens enkele respondenten ook nuttig in de aanpak van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten: verduidelijken van een ‘normaal’ drankpatroon, relateren van alcohol aan medische problemen en risico op afhankelijkheid: “Adolescenten zijn ook niet altijd bewust van de risico’s verbonden aan het gebruik van alcohol” of “zijn zich niet bewust van wat normaal alcoholgebruik is.” Een belangrijk voordeel hierbij is dat individueel advies gegeven kan worden: “De huisarts kan aan case finding doen en kort advies geven one-on-one in tegenstelling tot scholen/jeugdbeweging/media die vooral groepsadviezen (kunnen) geven.”

Het belangrijkste struikelblok hierbij is dat adolescenten weinig frequent de huisarts consulteren en dat de uitleg belerend overkomt naar de adolescent en zo de vertrouwensband geschaad kan worden. Ook tijdsgebrek kan een struikelblok zijn waarbij de huisarts eerder de rol van netwerker moet opnemen: “De huisarts moet correct kunnen doorverwijzen maar zal nooit voldoende tijd kunnen uittrekken om het goed zelf te doen.” Anderzijds zijn er huisartsen die de preventieve rol eerder bij de ouders, school of jeugdbewegingen leggen: “De problematiek moet mijns inziens zo vroeg mogelijk besproken worden en dat is best door ouders, school, eventueel jeugdbeweging. Als het tot bij de huisarts komt is het meestal al een 'probleem' geworden.”

Bij de peiling naar de kennis bij huisartsen over alcoholgebruik bij adolescenten en de gevolgen, bleek dat slechts 43,4% het juiste maximumaantal alcoholische eenheden (4 alcoholische eenheden in een periode van 2u) kon aangeven voor meisjes en slechts 26,3% voor jongens (5 alcoholische eenheden in een periode van 2u). Voor meisjes dacht 20,6% van de huisartsen dat het maximumaan-

tal alcoholische eenheden lager lag dan 4 in een periode van 2 uur en dacht 36% van de huisartsen dacht dat dit hoger lag. Voor jongens dacht 22,1% dat het maximumaantal alcoholische eenheden lager lag dan 5 in een tijdsduur van 2 uur en dacht 51,5% dat het maximumaantal hoger lag. Zevenennegentig procent van de huisartsen gaf aan de gevaren in meer of mindere mate te kennen. Op de vraag of alcohol hetzelfde effect heeft bij adolescenten als bij volwassenen, antwoordde 67,2% met eerder niet mee eens of helemaal niet mee eens, antwoordde 25,4% met eerder mee eens of helemaal mee eens en antwoordde 7,5% met weet ik niet. Op de vraag of alcohol de sociale vaardigheden verbetert, antwoordde 66,3% met eerder niet mee eens of helemaal niet mee eens, antwoordde 23,9% met eerder mee eens of helemaal mee eens en wist 9,7% het antwoord niet. Van de huisartsen was 88,8% het ermee eens dat alcohol de schoolresultaten negatief beïnvloedt, 3% was het hier niet mee eens en 8,2% bleef het antwoord schuldig. Vierennegentig procent van de huisartsen was het ermee eens dat alcohol een negatieve invloed heeft op de hersenontwikkeling, 3,7% was het hier niet mee eens en 2,2% wist het antwoord niet. Op de vraag of een vroege alcoholinitiatie gerelateerd is met een verhoogd risico op alcoholverslaving op oudere leeftijd, antwoordde 79,9% met eerder mee eens of helemaal mee eens, 3% met eerder niet mee eens of helemaal niet mee eens en 17,2% met weet ik niet. Het drinken van alcohol leidt tot meer seksueel risicogedrag volgens 88,8% van de respondenten, 3% denkt dat hier geen verband tussen is en 8,2% kon geen uitspraak doen over deze stelling. Eenennegentig procent vindt dat alcohol tot de categorie van de drugs behoort, 3% is het hier niet mee eens en 6% weet het niet. Alcohol zou verboden moeten worden voor adolescenten onder de 18 jaar volgens 42,5%, 38,1% vindt niet dat alcohol verboden moet worden onder 18 jaar en 19,4% onthield zich van deze vraag. Vijfentachtig procent van de respondenten vindt dat adolescenten nog te gemakkelijk aan alcohol geraken, 3,7% vindt dit geen probleem en 11,2% heeft hier geen mening over.

Naast stellingen over alcoholgebruik bij adolescenten en de gevolgen hiervan, moesten huisartsen ook aangeven in welke mate ze het eens waren met stellingen over hun eigen kennis en vaardigheden rond dit probleem. Zo was 38,8% van de respondenten het eens met de stelling dat ze genoeg weten over de oorzaken van alcoholgebruik bij adolescenten, was 44,8% het niet eens met deze stelling en de overige 16,4% wist het niet. De helft (50,0%) van de respondenten dacht dat ze voldoende en goede adviezen konden meegeven aan adolescenten over alcoholgebruik, 35,6% voelde zich hier niet klaar voor en 14,4% kon geen antwoord geven op de stelling. Drieënveertig procent van de respondenten (43,2%) vond het werk dat ze verrichten bij adolescenten rond alcoholgebruik ondermaats en slechts 30,3% vond zijn werk van een goed kwalitatief niveau. De overige 26,5% gaf weet ik niet als antwoord op deze stelling. Anderzijds gaf 65,9% van de respondenten wel aan dat ze wilden werken met adolescenten rond hun alcoholgebruik en de gevolgen hiervan terwijl 11,3% aangaf niet rond deze problematiek te willen werken en de overige 22,7% onthield zicht bij deze stelling.

Verschil mannelijke en vrouwelijke huisartsen

Mannelijke huisartsen hadden significant meer bijscholingen rond alcohol gevolgd dan hun vrouwelijke collega's (χ^2: 20,435; df:4; p = 0,000) en hadden significant meer bijscholingen gevolgd die ingingen op het probleem van alcoholgebruik bij adolescenten (χ^2: 9,997; df: 2; p = 0,007). Significant meer mannelijke huisartsen rapporteerden ooit geconfronteerd te zijn met het probleem van alcoholgebruik bij adolescenten in vergelijking met vrouwelijke huisartsen (χ^2: 6,177; df: 1; p = 0,013) en mannelijke huisartsen werden ook frequenter geconfronteerd met dit probleem (χ^2: 13,435; df: 6; p = 0,037). Er werd geen significant verschil aangetoond tussen de mannelijke en vrouwelijke huisartsen voor wat betreft de context waarbinnen de huisartsen worden geconfronteerd met het probleem (χ^2: 9,715; df: 5; p = 0,084). De reden waarom huisartsen met alcoholgebruik bij adolescenten geconfronteerd worden bleek wel te verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen (χ^2: 17,436; df: 8; p = 0,026). Zo worden mannelijke huisartsen meer geconfronteerd met adolescenten die het bewustzijn zijn verloren of een ongeval hebben meegemaakt terwijl vrouwelijke huisartsen eerder hiermee geconfronteerd worden omwille van een andere medische reden zoals een kater, buikpijn, hoofdpijn of toevallig tijdens een consultatie omwille van een andere reden. De meeste huisartsen vragen naar het alcoholgebruik bij adolescenten als hier een aanleiding toe is en hiervoor werd geen significant verschil gevonden (χ^2: 7,007; df: 4; p = 0,136). Slechts een minderheid van de huisartsen voelt zich goed voorbereid om goed advies te geven aan adolescenten over alcoholgebruik en er was geen significant verschil aantoonbaar tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen (χ^2: 2,680; df: 2; p = 0,262). Zowel de mannelijke als de vrouwelijke huisartsen zeggen dat er weinig opleidingen rond het thema van alcoholgebruik bij adolescenten gegeven worden en hiervoor werd geen statistisch significant verschil gevonden (χ^2: 7,207; df: 3; p = 0,066). Er werd geen verschil gevonden tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen met betrekking tot hun mening of de huisarts een rol kan spelen in de preventie van overmatig alcoholgebruik (χ^2: 0,271; df: 1; p = 0,602). Met betrekking tot de stellingen die werden voorgelegd aan de respondenten werden geen statistisch significante verschillen gevonden tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen, met uitzondering van de stelling over de minimumleeftijd waarop alcohol verkocht mag worden (χ^2: 15,991; df: 5; p = 0,007): vrouwelijke huisartsen waren meer voor een optrekken van de minimumleeftijd tot 18 jaar in tegenstelling tot mannelijke huisartsen die eerder de minimumleeftijd zou houden zoals deze nu bestaat.

Tabel 1 - Bivariate analyse: verschil tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen					
	Mannen		**Vrouwen**		**p-waarde**
	N	%	N	%	
Opleiding rond alcohol					0,000
Geen	8	16,7	26	29,9	
0-4u	27	56,3	31	35,6	
4-10u	8	16,7	26	29,9	
10-40u	5	10,4	4	4,6	
Opleidingen rond alcoholgebruik bij adolescenten					0,007
Nee	24	40,7	56	62,9	
Ja, onvoldoende	25	42,4	29	32,6	
Ja, voldoende	10	16,9	4	4,5	
Confrontatie met probleem van alcoholgebruik bij adolescenten					0,013
Ja	51	86,4	61	68,5	
Nee	8	13,6	28	31,5	
Context confrontatie					0,084
Tijdens consultatie	37	74,0	39	62,9	
Tijdens weekwacht	9	18,0	2	3,2	
Tijdens weekendwacht	21	42,0	25	40,3	
Terugverwezen voor bespreking resultaten	13	26,0	11	17,7	
Opnameverslag	23	46,0	31	50,0	
Reden van confrontatie					0,028
Verminderd bewustzijn	15	30,0	6	10,2	
Ongeval	17	34,0	16	27,1	
Andere medische reden	23	46,0	38	64,4	
Bespreken resultaten	12	24,0	6	10,2	
Preventie recidieven (eigen initiatief)	6	12,0	7	11,9	
Preventie recidieven (aanraden arts)	4	8,0	4	6,8	
Preventie recidieven (vraag ouders)	18	36,0	16	27,1	
Toevallig tijdens consultatie om andere reden	18	36,0	28	47,5	
Frequentie					0,037
Minder dan 1x per jaar	7	14,0	19	29,2	
Eenmaal per jaar	14	28,0	15	23,1	
Meerdere malen per jaar	28	56,0	30	46,2	
Eenmaal per maand	0	0	1	1,5	
Meermaals per maand	1	2,0	0	0	
Navraag naar alcoholgebruik bij adolescenten					0,136
Altijd	1	1,8	0	0	
Meestal	6	10,7	8	9,0	
Soms, enkel als aanleiding	33	58,9	60	67,4	
Zelden of nooit	16	28,6	21	23,6	
Goed voorbereid om advies te geven					0,262
Goed voorbereid	20	36,4	22	27,2	
Weinig voorbereid	33	60,0	51	63,0	
Niet voorbereid	2	3,6	8	9,9	
Heeft huisarts rol in de preventie van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten					0,602
Ja	48	87,3	73	90,1	
Nee	7	12,7	8	9,9	

Verschil tussen jongere en oudere huisartsen

Oudere huisartsen hadden reeds meer opleidingen gevolgd rond alcohol in het algemeen (χ^2: 25,257; df: 4; p = 0,000) en meer opleidingen die zich toespitsen op het probleem van alcoholgebruik bij adolescenten (χ^2: 11,246; df: 2; p = 0,004). Zowel jongere als oudere huisartsen worden geconfronteerd met de problematiek van overdreven alcoholgebruik bij adolescenten en er werden hiervoor geen significante verschillen gevonden tussen de verschillende leeftijdscategorieën (χ^2: 2,946; df: 1; p = 0,086). De context waarbinnen de huisartsen geconfronteerd worden met overmatig alcoholgebruik bij adolescenten bleek wel significant te verschillen tussen beide leeftijdscategorieën (χ^2: 15,345; df: 5; p = 0,007): jongere huisartsen worden eerder tijdens de normale consultatie-uren hiermee geconfronteerd, terwijl de oudere eerder tijdens weekendwachten. Als reden werden bewustzijnsverlies, ongevallen, bespreking van resultaten en preventie van recidieven op vraag van de ouders significant meer gerapporteerd door oudere huisartsen, terwijl jongere huisartsen eerder toevallig hiermee geconfronteerd worden tijdens een consultatie omwille van een andere reden (χ^2: 37,185; df: 8; p = 0,000). De frequentie waarmee huisartsen worden geconfronteerd met overmatig alcoholgebruik bij adolescenten verschilt niet significant tussen jongere en oudere huisartsen (χ^2: 6,906; df: 6; p = 0,330). Oudere huisartsen vragen vaker naar het alcoholgebruik van adolescenten, terwijl jongere vooral navraag doen wanneer hier aanleiding toe is (χ^2: 9,701; df: 3; p = 0,021). Zowel jongere als oudere huisartsen vinden dat er een rol weggelegd is voor huisartsen in de preventie van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten zonder statistisch significant verschil (χ^2: 0,405; df: 1; p = 0,524) en er bestaan geen significante verschillen tussen de jongere en oudere huisartsen voor wat betreft in hoeverre de huisartsen voorbereid zijn om de juiste adviezen te geven aan adolescenten over alcoholgebruik (χ^2: 3,095; df: 2; p = 0,213). Met betrekking tot de stellingen werden enkel significante verschillen gevonden voor de wil om met adolescenten te werken rond alcoholgebruik en de gevolgen hiervan (χ^2: 14,087; df: 5; p = 0,015) (meer jongere artsen antwoordden dat ze willen werken met adolescenten rond dit probleem dan oudere huisartsen) en voor het verhogen van de minimumleeftijd voor een verbod op alcohol (χ^2: 12,852; df: 5; p = 0,025) waarbij vooral de oudere huisartsen voor een verhoging van de minimumleeftijd zijn dan de jongere huisartsen.

Tabel 2 - Bivariate analyse: verschil tussen jongere en oudere huisartsen					
Leeftijd	**Tot en met 45 jaar**		**Vanaf 46 jaar**		**p-waarde**
	N	%	N	%	
Opleiding rond alcohol					0,000
Geen	30	37,0	4	7,0	
0-4u	30	37,0	27	47,4	
4-10u	19	23,5	15	26,3	
10-40u	2	2,5	11	19,3	
Opleidingen rond alcoholgebruik bij adolescenten					0,004
Nee	55	65,5	24	38,1	
Ja, onvoldoende	22	26,2	32	50,8	
Ja, voldoende	7	7,3	7	11,1	
Confrontatie met probleem van alcoholgebruik bij adolescenten					0,086
Ja	59	70,2	52	82,5	
Nee	25	29,8	11	17,5	
Context confrontatie					0,007
Tijdens consultatie	48	80,0	28	54,9	
Tijdens weekwacht	4	6,7	7	13,7	
Tijdens weekendwacht	23	38,3	22	43,1	
Terugverwezen voor bespreking resultaten	8	13,3	16	31,4	
Opnameverslag	28	46,7	26	51,0	
Reden van confrontatie					0,000
Verminderd bewustzijn	8	13,1	1	25,5	
Ongeval	14	23,0	19	40,4	
Andere medische reden	37	60,7	24	51,1	
Bespreken resultaten	2	3,3	16	34,0	
Preventie recidieven (eigen initiatief)	7	11,5	6	12,8	
Preventie recidieven (aanraden arts)	1	1,6	7	14,9	
Preventie recidieven (vraag ouders)	17	27,9	17	36,2	
Toevallig tijdens consultatie om andere reden	31	50,8	15	31,9	
Frequentie					0,330
Minder dan 1x per jaar	15	23,8	11	21,6	
Eenmaal per jaar	13	20,6	15	29,4	
Meerdere malen per jaar	33	52,4	25	49,0	
Eenmaal per maand	1	1,6	0	0,0	
Meermaals per maand	1	1,6	0	0,0	
Navraag naar alcoholgebruik bij adolescenten					0,021
Meestal	4	4,8	10	16,7	
Soms, enkel als aanleiding	57	67,9	36	60,0	
Zelden of nooit	23	27,4	14	23,3	
Goed voorbereid om advies te geven					0,213
Goed voorbereid	20	26,3	21	35,6	
Weinig voorbereid	52	68,4	32	54,2	
Niet voorbereid	4	5,3	6	10,2	
Heeft huisarts rol in de preventie van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten					0,524
Ja	67	88,2	54	91,5	
Nee	9	11,8	5	8,5	

Verschil tussen de verschillende provincies, regio waarin de praktijk gelegen is, praktijktype en opleiding rond alcoholgebruik bij adolescenten

Er werden geen statistisch significante verschillen gevonden tussen de verschillende provincies voor het aantal uur opleiding rond alcohol in het algemeen (χ^2: 18,076; df: 16; p = 0,319), gevolgde opleiding rond alcoholgebruik bij adolescenten (χ^2: 6,428; df: 8; p = 0,599), confrontatie met overmatig alcoholgebruik bij adolescenten (χ^2: 6,365; df: 4; p = 0,173), de context (χ^2: 30,911; df: 20; p = 0,056), de reden (χ^2: 29,884; df: 32; p = 0,574) en de frequentie van confrontatie (χ^2: 19,866; df: 24; p = 0,704). Het enige statistisch significant verschil werd gevonden voor de stelling over het verhogen van de minimumleeftijd van het verbod op alcohol (χ^2: 41,608; df: 201; p = 0,003): in Vlaams-Brabant en West-Vlaanderen zijn huisartsen minder voor een verhoging van de minimumleeftijd dan in de andere provincies.

Er werden geen statistisch significante verschillen gevonden tussen de verschillende regio's waarin de praktijk gelegen is: het aantal uren opleiding rond alcoholgebruik in het algemeen verschilde niet significant tussen praktijken gelegen in stedelijke gebieden, in landelijke gebieden of in gemengd landelijke en stedelijke gebieden (χ^2: 10,737; df: 8; p = 0,217) evenmin als gevolgde opleidingen rond alcoholgebruik bij adolescenten (χ^2: 2,423; df: 4; p = 0,658), confrontatie met overmatig alcoholgebruik bij adolescenten (χ^2: 0,400; df: 2; p = 0,819), de context (χ^2: 6,837; df: 10; p = 0,741), de reden (χ^2: 21,672; df: 16; p = 0,154) en de frequentie van confrontatie (χ^2: 8,031; df: 12; p = 0,783).

Tussen de verschillende praktijktypes werden wel enkele significante verschillen gevonden. De reden van confrontatie verschilde significant (χ^2: 50,741; df: 24; p = 0,001) waarbij solo-artsen vaker geconfronteerd werden met overmatig alcoholgebruik bij adolescenten omwille van verminderd bewustzijn (40,7%) of om de resultaten te bespreken (29,6%). Artsen in duopraktijken rapporteerden vaker consulten omwille van andere medische oorzaken (kater, buikpijn, braken) (64,1%) of voor preventie op vraag van de ouders (35,5%). Artsen in groepsprakijken rapporteerden vaker consulten omwille van een verminderd bewustzijn (21,1%) en omwille van andere medische oorzaken (55,3%). Huisartsen uit een praktijk met een forfaitair betalingssysteem rapporteerden vaker consulten voor preventie op vraag van een arts (60%) of op vraag van de ouders (40%). De frequentie van confrontatie verschilde significant tussen de verschillende praktijktypes (χ^2: 31,631; df: 18; p = 0,024) waarbij artsen in een forfaitair betalingssysteem vaker met overmatig alcoholgebruik geconfronteerd worden dan de andere praktijktypes. Artsen uit een forfaitair betalingssysteem rapporteerden ook vaker navraag te doen bij hun patiënten in vergelijking met andere praktijktypes terwijl artsen uit duo- en groepspraktijken weinig navraag doen naar alcoholgebruik bij adolescenten (χ^2: 29,883; df: 12; p = 0,003). Artsen uit een praktijk met forfaitair betalingssysteem voelen zich beter voorbereid om de juiste adviezen te geven aan adolescenten met betrekking tot alcoholgebruik, terwijl artsen uit een solo-

praktijk, duopraktijk en groepspraktijk weinig voorbereid zijn om de juiste adviezen te geven (χ^2: 15,126; df: 6; p = 0,019). Er werden geen significante verschillen gevonden voor aantal uur opleiding rond alcoholgebruik in het algemeen (χ^2: 10,698; df: 12; p = 0,555), gevolgde opleiding rond alcoholgebruik bij adolescenten (χ^2: 1,509; df: 6; p = 0,959) en context van confrontatie (χ^2: 13,762; df: 15; p = 0,544).

Er werd slechts één significant verschil gevonden tussen huisartsen die geen opleiding hadden gevolgd rond alcoholgebruik bij adolescenten, huisartsen die deze opleiding al wel hadden gevolgd maar zelf zeiden dat dit onvoldoende was en huisartsen die deze opleiding al wel hadden gevolgd en zeiden dat dit voldoende was. Huisartsen die meer opleiding rond alcoholgebruik bij adolescenten rapporteerden, worden meer geconfronteerd met overdreven alcoholgebruik bij adolescenten tijdens consultaties, weekwachten, weekendwachten (χ^2: 32,497; df: 10; p = 0,000). Verder werden geen verschillen gevonden voor reden (χ^2: 21,676; df: 16; p = 0,154) en frequentie van confrontatie (χ^2: 19,062; df: 12; p = 0,087).

Focusgroepsgesprekken

De focusgroepsgesprekken werden opgebouwd rond een aantal vragen en stellingen. Uit de gesprekken bleek dat alcoholgebruik bij adolescenten vaak een onderschat probleem is, zowel voor de adolescenten zelf als voor de huisarts. Adolescenten zijn zich vaak niet bewust van wat een 'normaal' alcoholgebruik is en drinken vaak grote hoeveelheden alcohol op de gelegenheden dat ze drinken. Anderzijds drinken zij slechts enkel tijdens het uitgaan, waardoor ze denken dat ze meer mogen drinken tijdens het uitgaan omdat ze de rest van de week geen alcohol drinken. Alcoholgebruik bij adolescenten is een sociaal aanvaard probleem waarbij ouders en de vrienden vaak het probleem van overmatig alcoholgebruik niet aangeven aan de adolescent. Het experimenteren en leren omgaan met alcohol wordt beschouwd als een deel van het volwassen worden.

Anderzijds is het alcoholgebruik bij adolescenten ook een onderschat probleem bij huisartsen. Adolescenten zijn de patiëntengroep die het minst vaak op consultatie gaat bij de huisarts, waardoor het problematisch alcoholgebruik onder de radar blijft. Af en toe ontvangt de huisarts eens een opnameverslag van de spoedeisende hulp dat een adolescent is opgenomen of komt een adolescent op consultatie een week later om hechtingen uit te doen die zijn geplaatst na een ongeval of vechtpartij. Andere redenen waarmee adolescenten naar de huisarts gaan zijn vaak veel subtieler en het duurt vaak verschillende consultaties voor een verband met alcohol gevonden wordt. Bijvoorbeeld vage klachten als buikpijn, hoofdpijn, slaapproblemen, concentratieproblemen kunnen ertoe leiden dat huisartsen navraag doen naar alcoholgebruik, maar dit gebeurt vooral als de klachten regelmatig terugkomen. Regelmatige 'maandagochtend consultaties' zorgen ook vaak dat de huisarts navraag

doet naar alcoholgebruik bij adolescenten. Soms zijn het de ouders of partner van de adolescent die het gesprek naar alcohol opentrekt.

Over de rol van de huisarts was er meer discussie. Sommige huisartsen vinden dat preventie van overmatig alcoholgebruik vooral een taak is voor de mensen die het dichtst bij de adolescenten staan: ouders en school. Een belangrijke taak is ook weggelegd voor jeugdbewegingen en sportclubs waar adolescenten vaak aangezet worden door hun vrienden om alcohol te drinken. De leiding van jeugdbewegingen heeft een belangrijke rol in het bespreekbaar maken van de gevaren van alcohol. Adolescenten kijken vaak op naar de leiding en de informatie die daar gegeven kan worden, kan anders binnenkomen dan dat ouders of leerkrachten dit zouden zeggen. De rol van de huisarts wordt vooral beperkt tot wanneer adolescenten de huisarts consulteren omwille van de gevolgen van hun alcoholgebruik: als er sprake is van schoolverzuim, verslechterende schoolresultaten, medische kwalen, verwondingen of op vraag van de ouders. Sommige huisartsen vinden dat ze een rol kunnen spelen bij het verminderen van het alcoholgebruik van adolescenten door middel van minimale interventies: korte raadgevingen over alcoholgebruik en de gevaren hiervan zoals ook bij roken wordt gedaan. Zo worden adolescenten bewust gemaakt dat alcohol hun gezondheid kan schaden en laat het hen vrij om later zelf nog contact op te nemen om het probleem verder aan te pakken. Andere huisartsen vinden dat hun rol beperkt is tot het uitpikken van de adolescenten waarbij het probleem grote proporties aanneemt die ze dan kunnen doorsturen voor gespecialiseerde hulp.

De huisartsen zijn het eens dat het consumptiepatroon van adolescenten anders is dan dat van volwassenen. Adolescenten drinken vooral bij het uitgaan waarbij grote hoeveelheden op korte tijd worden gedronken en dat volwassenen frequenter en in kleinere hoeveelheden alcohol drinken (een aperitiefje, een glas wijn bij het eten). De reden waarom adolescenten alcohol drinken is ook verschillend van de reden waarom volwassenen alcohol drinken. Volwassenen drinken eerder uit gezelligheid of gewoonte terwijl adolescenten vaak uit sociale druk (erbij willen horen) of sociale vereenvoudiging (gemakkelijker sociale contacten aangaan) alcohol drinken. De huisartsen in de focusgroepsgesprekken voelden er echter niets voor om de minimumleeftijd op te trekken tot 18 jaar voor alle alcoholische dranken, zoals dat in Nederland gebeurd is.

Discussie

De adolescentie vormt een belangrijke ontwikkelingsperiode waarbij een kind evolueert richting een volwassen persoon. (1) Deze periode kenmerkt zich door verschillende veranderingen die plaatsvinden, zowel op lichamelijk, psychisch als sociaal gebied. Een van de belangrijkste veranderingen die plaatsvinden tijdens de adolescentie gebeurt ter hoogte van de hersenen. (12-14;17) Ten gevolge van de toegenomen mogelijkheden van de medische beeldvorming, krijgen we de laatste jaren een beter beeld over hoe de hersenmaturatie juist verloopt. Zo blijkt dat de hersenmaturatie op een asynchrone wijze gebeurt: fylogenetisch oudere hersenregio's matureren eerder dan de 'nieuwere' regio's. (12;18) Zo zal het limbische systeem dat instaat voor emoties eerder gematureerd zijn dan de prefrontale cortex die instaat voor emotieregulatie, besluitvorming, planning, impulscontrole en gedragsregulatie. Hierdoor ontstaat een kwetsbare periode waarin de adolescent wordt geconfronteerd met nieuwe emoties en gedragingen zonder dat hij hiermee op een adequate wijze kan omgaan. (16) Hoewel deze periode gunstig is voor de ontwikkeling van een eigen persoonlijkheid, vormt het ook een periode waarin schadelijke gedragingen worden aangenomen zoals het experimenteren met neurotoxische stoffen zoals alcohol, roken en illegale drugs. (2;11)

Het gebruik van alcohol is in de westerse wereld een algemeen aanvaard gebruik en niet alleen bij volwassenen, maar ook bij adolescenten. Uit een grootschalige internationale studie (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD editie 2011) blijkt dat alcohol de meest geconsumeerde neurotoxische stof is bij 15-16-jarigen. Negenentachtig procent (jongens: 88%, meisjes 89%) van de 15-16-jarigen rapporteerde ooit alcohol te hebben gedronken, terwijl 'slechts' 47% (47 resp. 46%) rapporteerde ooit een sigaret gerookt te hebben en 26% (29 resp. 22%) ooit illegale drugs gebruikt te hebben. (21) Ondanks dat alcohol dus veel gedronken wordt, zijn er belangrijke negatieve gevolgen toe te schrijven aan het gebruik hiervan. Zo leidt overmatig alcoholgebruik tot verslechterende schoolresultaten, schoolverzuim, agressie en geweld, seksueel risicogedrag met tienerzwangerschappen en overdracht van SOA's, maar ook op lange termijn heeft alcohol negatieve effecten. (33;34;38;43) Aangezien alcohol meteen doorheen de bloed-hersenbarrière diffundeert, heeft het een nadelig effect op de hersenmaturatie waardoor aandacht, geheugen en leervermogen negatief beïnvloed worden. (11;15;44) Ook is een jonge leeftijd van alcoholinitiatie gerelateerd met een verhoogd risico op alcoholproblemen op volwassen leeftijd (alcoholmisbruik en afhankelijkheid). (11;26;44-46)

Preventie van de schadelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik is een taak van verschillende spelers die elk vanuit een andere invalshoek kunnen inspelen op het alcoholgebruik van adolescenten. De overheid kan bijvoorbeeld wetten opstellen rond alcoholverkoop aan minderjarigen, rond reclame op alcohol of accijnzen op alcoholische dranken. Ouders kunnen de dialoog aangaan met

hun adolescenten over alcohol waarbij respect voor de autonomie van de adolescent moet bestaan, maar waarbij de ouders ook duidelijke grenzen moeten kunnen opstellen. Scholen, jeugdbewegingen en sportverenigingen kunnen ook de dialoog rond alcoholgebruik opentrekken. De huisarts is een partner die de medische kennis heeft en die de adolescenten kan wijzen op de nadelige gevolgen op korte en lange termijn. In dit onderzoek wilden we nagaan of Vlaamse huisartsen worden geconfronteerd met het probleem van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten en hoe zij hun rol binnen de preventie van overmatig alcoholgebruik zien.

Uit de hier verzamelde gegevens blijkt dat huisartsen wel degelijk met het probleem van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten geconfronteerd worden. Drie op de vier huisartsen (75,7%) zei al eens een adolescent op consultatie te hebben gehad omwille van de gevolgen van overmatig alcoholgebruik. Zowel acute gevolgen zoals een verminderd bewustzijn of een ongeval, alsook preventie van recidieven werden gerapporteerd als reden van consultatie. Opvallend hierbij is dat in 29,5% van de gevallen de adolescent zelf de vragende partij was voor preventieve maatregelen. Meestal zijn de ouders de sturende partij (77,3%). Verder blijkt dat huisartsen zowel tijdens de normale consultatie-uren als tijdens de wachturen met overmatig alcoholgebruik bij adolescenten geconfronteerd worden. Hoewel dit niet in deze studie werd onderzocht, is het toch aan te nemen dat adolescenten die in het weekend de huisarts consulteren, dit meer doen omwille van de acute gevolgen zoals een verminderd bewustzijn, als gevolg van een ongeval of medische redenen zoals hoofdpijn, buikpijn en dergelijke. Tijdens de normale consultatie-uren kunnen acute gevolgen ook de oorzaak zijn, maar vaak gebeurt dit eerder verdoken en zien de adolescenten geen link met hun alcoholgebruik. Consultaties waarbij de focus ligt op het voorkomen van recidieven vinden vooral plaats tijdens de normale consultatie-uren.

Als gefocust wordt op de consultaties tijdens de wachturen, blijkt dat huisartsen vooral in het weekend worden geconfronteerd met de gevolgen van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten. Tijdens de wachturen in de week is maar een kleine minderheid (9,8%) van de huisartsen al geconfronteerd met de gevolgen van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten, terwijl 41,0% dit rapporteerde in het weekend. Dit kan verklaard worden doordat adolescenten vooral tijdens het weekend alcohol drinken. Zo bleek uit onderzoek van Bouthoorn en collega's dat adolescenten tijdens de week weinig tot geen alcohol drinken, maar dat het alcoholgebruik in het weekend dramatisch steeg. (50) Als deze verdeling wordt vergeleken met het aantal consultaties op spoedafdelingen, blijkt dat deze een zelfde verloop kent waarbij adolescenten zich vooral in het weekend presenteren. (24)

Mannelijke huisartsen werden vaker geconfronteerd met het probleem van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten dan vrouwelijke huisartsen en dit verschil bleek significant. Daarnaast bleek ook de reden voor consultatie verschillend te zijn waarbij mannelijke huisartsen vaker een verminderd bewustzijn rapporteren, naast een ongeval of het bespreken van resultaten. Vrouwelijke huis-

artsen rapporteerden eerder een andere medische oorzaak (buikpijn, hoofdpijn, braken,…) als reden van consultatie en rapporteerden dat dit vaker toevallig ter sprake kwam. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat vrouwelijke huisartsen vaker navraag doen naar alcoholgebruik bij adolescenten. Echter uit de bivariate analyse naar navraag naar alcohol kwam geen significant verschil naar voren.

Uit de vraag naar de reden van consultatie bleek dat 21,4% van de huisartsen adolescenten zagen die werden terugverwezen naar de eigen huisarts door de spoedarts of de wachtarts ter bespreking van de resultaten, terwijl 48,2% wel al een opnameverslag had gekregen. Hieruit blijkt dat een groot deel van de adolescenten terug onder de radar verdwijnt nadat ze door een arts (huisarts dan wel spoedarts) werden gezien tot er opnieuw een probleem optreedt. Door een goede communicatie tussen artsen onderling en tussen de wachtarts en de patiënt zouden adolescenten beter kunnen worden opgevolgd. Adolescenten die medische hulp vragen hebben al problematisch alcoholgebruik en deze adolescenten zouden het best intensiever opgevolgd worden. Door deze adolescenten naar de huisarts terug te verwijzen kan de huisarts beter ingaan op het alcoholprobleem. Anderzijds is het natuurlijk de adolescent die zich moet openstellen voor de hulp. Indien de motivatie beperkt is, is het effect van een mogelijke interventie ook laag.

Adolescenten komen meestal niet met alcoholgerelateerde klachten naar de huisarts of leggen zelf de link niet tussen de klachten en het alcoholgebruik. (28) Huisartsen moeten steeds bedacht zijn op mogelijk achterliggend alcoholgebruik. De vraag naar alcoholgebruik wordt soms getriggerd door bepaalde klachten of klachtenpatronen waarmee de adolescenten de huisarts consulteren. Vooral veelvuldige consulten om vage klachten (bijvoorbeeld buikpijnklachten, hoofdpijn, concentratieproblemen, vermoeidheid) en maandagochtendconsulten doen huisartsen sneller naar het gebruik van alcohol vragen. Andere aanleidingen om naar het alcoholgebruik van adolescenten te vragen, zijn bijvoorbeeld SOA-consulten, consulten na een ongeval (meteen na het ongeval of bijvoorbeeld bij het verwijderen van hechtingen), bij een gekende psychische problematiek (depressiviteit, angststoornissen), bij gekend ander middelengebruik (roken, cannabis of illegale drugs) of bij een afwijkende labo-uitslag. (28) Er is geen enkel symptoom of klinisch teken dat specifiek genoeg is om problematisch alcoholgebruik aan te tonen. Bepaalde klachten of tekens kunnen enkel het vermoeden van overmatig alcoholgebruik verhogen. (31)

Hoewel huisartsen dus met het probleem van overmatig alcoholgebruik worden geconfronteerd, blijkt dat er weinig opleiding gegeven wordt rond het probleem. Vooral opleidingen rond alcoholgerelateerde problemen bij adolescenten worden weinig gegeven. Zo bleek dat minder dan de helft (45,9%) van de huisartsen ooit een opleiding rond overmatig alcoholgebruik bij adolescenten had gevolgd. Van de huisartsen die wel al opleiding hadden gehad, zei 20,1% dat er te weinig werd ingegaan op het probleem bij adolescenten. Er bleken significante verschillen voor geslacht waarbij mannelijke huisartsen meer bijscholingen hadden gevolgd. Dit zou verklaard kunnen worden omwille van

het feit dat mannelijke artsen vaker werden geconfronteerd met het probleem van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten. Als huisartsen meer met een bepaald probleem worden geconfronteerd, zullen ze ook meer opleiding rond dat thema volgen. Anderzijds zijn huisartsen die meer opleiding rond overmatig alcoholgebruik bij adolescenten hebben gehad mogelijk alerter op het probleem waardoor ze meer met het probleem worden geconfronteerd. Ook bij bivariate analyse bleek er een significant verband te bestaan tussen confrontatie met het probleem en gevolgde opleiding rond het probleem.

Doordat er weinig opleiding rond het probleem van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten wordt gegeven, voelt de meerderheid van de artsen zich niet goed voorbereid om de juiste adviezen te geven aan adolescenten. Slechts 28,4% voelt zich in staat een juist advies mee te geven aan de adolescenten, terwijl 89,0% van de huisartsen vindt dat de huisarts een rol heeft in de preventie van alcoholgebruik bij adolescenten. Ook vond slechts 38,8% van de huisartsen dat ze te voldoende weten over de oorzaken van alcoholgebruik bij adolescenten.

Door middel van enkele stellingen werd gepeild naar de kennis van huisartsen omtrent alcoholgebruik bij adolescenten en de gevolgen hiervan. Minder dan de helft van de huisartsen kon de juiste definitie geven van binge drinken voor jongens (26,3%) en voor meisjes (43,4%). Bij gebrek aan een definitie die specifiek is ontworpen voor adolescenten, werd hier naar de definitie voor volwassenen gevraagd: maximum 4 standaardeenheden voor meisjes en 5 standaardeenheden voor jongens in een tijdsinterval van 2 uur. (27;28) Hoewel dit de meest gangbare definitie is, gebruiken verschillende onderzoeken andere cut-off waarden. (51) De Vereniging voor Alcohol- en Andere Drugproblemen (VAD) hanteert bijvoorbeeld een cut-off waarde van 6 standaardeenheden voor mannen. (23;29) Ten gevolge van de verschillende definities is het ook moeilijk om studies met elkaar te vergelijken zoals bijvoorbeeld de epidemiologische gegevens van de ESPAD en de Leerlingenbevraging. (21;23) Een uniforme definitie voor binge drinken dient rekening te houden met enkele factoren, waaronder het geslacht. Meisjes zullen hogere bloedalcoholconcentraties vertonen bij eenzelfde alcoholinname als jongens ten gevolge van een lager lichaamsgewicht, een andere lichaamssamenstelling en een verlaagd first pass mechanisme ter hoogte van de maag. (30;51) Meisjes zijn daarenboven ook gevoeliger voor de negatieve gevolgen van alcohol op de hersenontwikkeling. (11) Verder dient een uniforme definitie ook rekening te houden met de leeftijd, het gewicht, de frequentie van alcoholgebruik en de duur van alcoholinname. (31;32)

In de literatuur zijn weinig studies terug te vinden over het probleem van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten in de eerstelijnsgezondheidzorg. Dit maakt onze studie bijzonder interessant aangezien het een nieuwe invalshoek biedt op het probleem van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten. De gegevens over alcoholgebruik bij adolescenten worden vooral verkregen uit schoolbevragingen (ESPAD, HBSC, Leerlingenbevraging). (21-23) Anderzijds zijn er de laatste jaren meer en meer

onderzoeken over adolescenten die zich presenteren op de spoedeisende hulp na overmatig alcoholgebruik. (24;36;50;52-55) De hier gepresenteerde studie geeft dus nieuwe informatie over het probleem van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten in de huisartspraktijk. Hierdoor kunnen gebreken in de opleiding van huisartsen aan het licht gebracht worden en kunnen aanpassingen doorgevoerd worden.

Dit onderzoek presenteert de gegevens van 148 huisartsen wat voor een master-na-masterthesis een grote studiepopulatie is. De gegevens werden over heel Vlaanderen verzameld waardoor verschillen in regio's en provincies achterhaald konden worden. Een nadeel was dat de verdeling over de provincies niet evenredig was, waarbij Antwerpen oververtegenwoordigd was en Limburg ondervertegenwoordigd. Hierdoor konden weinig significante gegevens verzameld worden met betrekking tot de provincies.

Ondanks dat drie op de vier huisartsen aangaf ooit geconfronteerd te zijn geweest met adolescenten die consulteerden omwille van de gevolgen van overmatig alcoholgebruik, moet rekening worden gehouden met selectiebias. Mogelijk hebben vooral huisartsen die geïnteresseerd zijn in het onderwerp of reeds met het onderwerp geconfronteerd werden, aan het onderzoek deelgenomen, waardoor een overschatting van het probleem mogelijk is.

Conclusie

De hier gepresenteerde studie ging uit van twee onderzoeksvragen: worden huisartsen geconfronteerd met het probleem van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten; en worden er voldoende opleidingen rond dit probleem georganiseerd? Uit de gegevens blijkt dat huisartsen regelmatig met het probleem van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten worden geconfronteerd en dit zowel omwille van acute problemen als om preventie van recidieven. Ondanks het feit dat huisartsen hiermee geconfronteerd worden, worden hierrond maar weinig opleidingen georganiseerd. Gezien de belangrijke negatieve gevolgen van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten, moet er meer ingezet worden op preventie van alcoholgebruik bij adolescenten. De huisarts wil hierbij een rol opnemen, maar dan moeten er meer en kwalitatief goede opleidingen worden georganiseerd zodat huisartsen zich optimaal ondersteund voelen om geschikte adviezen te geven.

Dankwoord

Tot slot van deze masterthesis rest er mij nog enkele personen te danken. Eerst en vooral gaat mijn dank uit naar mijn promotor, Guido Van Hal, die mij gedurende 6 jaar heeft bijgestaan in het uitwerken van een onderzoek naar alcoholgebruik bij adolescenten. In de masterjaren geneeskunde heeft hij samen met mijn co-promotor Jozef De Dooy begeleid in de registratie van alcoholgerelateerde ziekenhuisopnames bij adolescenten en met hun hulp heb ik dit onderzoek ook naar de huisartsgeneeskunde kunnen doortrekken. Met raad en daad hebben zij mij geholpen bij de uitwerking van de masterthesis en de master-na-masterthesis en hebben zij ondersteuning gegeven voor literatuuronderzoek en het opzetten van de verschillende onderzoeken die we de afgelopen jaren hebben kunnen voeren. Natuurlijk moet ik hen ook bedanken voor het nalezen van het werk en voor alle feedback die ze hebben gegeven.

Tijdens de master-na-masterthesis heeft Michiel Callens ook de rol van co-promotor op zich genomen die ook mee heeft gewerkt aan het opstellen van vragenlijsten en vergelijken van gegevens en het nalezen van de masterthesis.

Speciale bedankingen wil ik graag richten naar Nico van der Lely die in Nederland heel wat expertise heeft omtrent het probleem van alcoholintoxicatie bij adolescenten. Dankzij hem heb ik kennis mogen maken met de werking van de alcoholpoliklinieken in Nederland. Verder wil ik hem danken voor het opstellen van de vragenlijsten die werden gebruikt in deze masterthesis.

Ook Gert Merckx van Domus Medica zou ik willen danken voor het beschikbaar stellen van de e-mailadressen van de voorzitters van de Vlaamse huisartsenkringen. Dit heeft mij de kans gegeven zoveel mogelijk huisartsen aan te spreken en heeft ervoor gezorgd dat de respons zo talrijk is geweest.

De beide praktijkopleiders moet ik ook bedanken. Luc Baeck heeft mee geholpen om het onderzoek op de rails, de grote lijnen van het onderzoek mee uit te tekenen en mij in contact te brengen met enkele interessante personen die hebben kunnen meehelpen in het onderzoek. Daarnaast wil ik ook Koen Devet bedanken voor het opleggen van de deadlines en het opvoeren van de druk zodat dit werk op tijd is afgeraakt. Ook wil ik hem danken voor het nalezen van deze masterproef.

Tot slot wil ik mijn ouders, zussen en vriendin bedanken voor de nodige steun die ze mij hebben gegeven tijdens het schrijven van dit onderzoek. Zonder de steun die zij mij dag na dag hebben gegeven had ik niet in staat geweest om te beginnen aan dit werk van lange adem en dankzij de liefde en ondersteuning die zij mij hebben gegeven is dit werk ook tot een goed einde gekomen.

Referenties

(1) Adolescent development. 2016. World Health Organization. 25-2-2016.
Ref Type: Online Source

(2) Bava S, Tapert SF. Adolescent Brain Development and the Risk for Alcohol and Other Drug Problems. Neuropsychol Rev 2010 Dec;20(4):398-413.

(3) Cavazos-Rehg PA, Krauss MJ, Spitznagel EL, Schrootman M, Bucholz KK, Peiper JF, et al. Age of sexual debut among US adolescents. Conception 2009 Aug;80(2):158-62.

(4) World Health Organization. Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2014.

(5) Sacks D. Age limits and adolescents. Paediatr Child Health 2003 Nov 1;8(9):577.

(6) Coleman L, Coleman J. The measurement of puberty: a review. Joural of Adolescence 2002 Oct;25(5):535-50.

(7) Tinggaard J, Mieritz MG, Sørensen K, Mouritsen A, Hagen CP, Aksglaede L, et al. The physiology and timing of male puberty. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes 12 A.D. Jun;19(3):197-203.

(8) Biro FM, Greenspan LC, Galvez MP. Puberty in girls of the 21th century. J Pediatr Adolesc Gynecol 2012 Jul 27;25(5):289-94.

(9) Euling SY, Herman-Giddens ME, Lee PA, Selevan SG, Juul A, Sørensen TI, et al. Examination of US Puberty-Timing Data from 1940 to 1994 for Secular Trends: Panel Findings. Pediatrics 2008 Feb;121(Suppl):S172-S191.

(10) Colver A, Longwell S. New understanding of adolescent brain development; relevance to transitional healthcare for young people with long term conditions. Arch Dis Child 2013 Nov;98(11):902-7.

(11) Guerri C, Pascual M. Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive, and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence. Alcohol 2010;44(1):15-26.

(12) Houston SM, Herting MM, Sowell ER. The Neurobiology of Childhood Structural Brain Development: Conception Through Adulthood. Curr Top Behav Neurosci 2014;16:3-17.

(13) Moss HB. Special Section: Alcohol and Adolescent Brain Development. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2008;32(3):427-9.

(14) Spear LP. Adolescent Neurodevelopment. J Adolesc Health 2013 Feb;52(2 Suppl 2):S7-S13.

(15) Jacobus J, Tapert SF. Neurotoxic Effects of Alcohol in Adolescence. Annu Rev Clin Psychol 2012 Dec 10;9:703-21.

(16) Wetherill R, Tapert SF. Adolescent Brain Development, Substance Use, and Psychotherapeutic Change. Psychol Addict Behav 2012 Jun 25;27(2):393-402.

(17) Stiles J, Jernigan TL. The Basics of Brain Development. Neuropsychol Rev 2010 Nov 3;20(4):327-48.

(18) Gogtay N, Giedd JN, Lusk L, Hayashi KM, Greenstein D, Vaituzis AC, et al. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. Proc Natl Acad Sci USA 2004 May 17;101(21):8174-9.

(19) Carr-Gregg MR, Enderby KC, Grover SR. Risk-taking behaviour of young women in Australia: screening for health-risk behaviours. Med J Aust 2003;178(12):601-4.

(20) Marshall E. Adolescent alcohol use: risks and consequences. Alcohol and Alcoholism 2014;49(2):160-4.

(21) Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. he 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs; 2012 May.

(22) Inchley J, Currie D, Young T, Samdal O, Torsheim T, Augustson L, et al. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Copenhagen: World Health Organization; 2016.

(23) Melis S. VAD-Leerlingenbevraging: In het kader van een drugbeleid op school Syntheserapport schooljaar 2014-2015. Brussels: Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen; 2016.

(24) Calle P, Hautekiet A, Francois H, Sundahl N, Cornelis C, Calle S, et al. Alcohol-related emergency department admissions among adolescents in the Ghent and Sint-Niklaas area. Acta Clinica Belgica 2015 May 18;70(5):345-9.

(25) Callens M, De Dooy J, Van Hal G. Elke week twintig 17-jarigen op spoed na alcoholmisbruik. Brussel: Intermutualistisch Agentschap; 2016 May 13.

(26) Hermens D, Lagopoulos J, Tobias-Webb J, De Regt T, Dore G, Juckes L, et al. Pathways to alcohol-induced brain impairment in young people: A review. Cortex 2013;49(1):3-17.

(27) Siqueira L, Smith VC. Binge drinking. Pediatrics 2015 Sep;136(3):e718-e726.

(28) Boomsma L, Drost I, Larsen I, Kuijckx J, Meerkerk G, Valken N, et al. NHG-Standaard Problematisch Alcoholgebruik (derde herziening). Huisarts Wet 2014;57(12):638-46.

(29) Michels J, Hoeck S, Dom G, Goossens M, Van Hal G, Van Royen P. Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu 2011;40:s137-s160.

(30) Baraona E, Abittan C, Dohmen K, Moretti M, Pozzato G, Chayes Z, et al. Gender differences in pharmacokinetics of alcohol. Alcohol Clin Exp Res 2001 Apr;25(4):502-7.

(31) Bekkering T, Smets K, Goossens M, Autrique M, Möbius D, Geirnaert M, et al. Richtlijn Screening, assessment en behandeling van jongeren met alcoholmisbruik. Leuven: ADAPTE; 2013.

(32) Gill JS. Reported levels of alcohol consumption and binge drinking within the UK undergraduate student population over the last 25 years. Alcohol and Alcoholism 2002 Mar 1;37(2):109-20.

(33) Global status report on alcohol and health 2014. Luxemburg: World Health Organization; 2014.

(34) Farke W, Anderson P. Binge drinking in Europe. Adicciones 2007;19(4):333-9.

(35) Van Zanten E, De Dooy J, Ramet J, van der Lely N. Nederlandse ervaringen met alcoholintoxicaties bij minderjarigen: aankondiging van de Belgische registratie door kinderartsen. Tijdschr Geneeskd 2013;69:425-30.

(36) Bouthoorn S, van der Ploeg T, van Erkel N, van der Lely N. Alcohol intoxication among Dutch adolescents: acute medical complications in the years 2000-2010. Clin Pediatr 2011;50:244-51.

(37) Cavazos-Rehg P, Kraus M, Spitznagel E, Schootman M, Cottler L, Beirut L. Substance use and risk for sexual intercourse with and without a history of teenage pregnancy among adolescent females. J Stud Alcohol Drugs 2011;194-8.

(38) Stolle M, Sack P, Thomasius R. Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions. Dtsch Arztebl Int 2009;106(19):323-8.

(39) Kraus L, Metzner C, Piontek D. Alcopops, alcohol and alcohol-related problems in a qapmple of German adolescents: is there an alcopop specific effect? Drug and Alcohol Dependece 2010;110(1):15-20.

(40) Fallu J, Rehm J, Kuntsche E, Grichting E, Monga N, Adlaf E, et al. [Volume and profile of alcohol consumption among students and classmates as predictors of aggression and victimization: a multilevel analysis among Swiss adolescents]. Sozial- und Praventivmedizin 2006;51(6):363-72.

(41) Bellis M, Hughes K, Calafat A, Juan M, Ramon A, Rodriguez J, et al. Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: a cross sectional study of young people in nine European cities. BMC Public Health 2008;8:155.

(42) Phillips-Howard P, Bellis M, Briant L, Jones H, Downing J, Kelly I. Wellbeing, alcohol use and sexual activity in young teenagers: findings from a cross-sectional survey in school children in North West England. Subst Abuse Treat Prev Policy 2010;5(27).

(43) Poulin C, Graham L. The association between substance use, unplanned sexual intercourse and other sexual behaviours among adolescent students. Addiction 2001;2001(96):4-607.

(44) McArdle P. Use and Misuse of Drugs and Alcohol in Adolescence. BMJ 2008;337:46-50.

(45) Hingson RW, Zha W. Age of Drinking Onset, Alcohol Use Disorders, Frequent Heavy Drinking, and Unintentionally Injuring Oneself and Others After Drinking. Pediatrics 2009;123(6):1477-84.

(46) Bonomo YA, Bowes G, Coffey C, Carlin JB, Patton GC. Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. Addiction 2004;99(12):1520-8.

(47) Coulton S. Alcohol Misuse. BMJ Clinical Evidence 2011.

(48) Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol. Utrecht: Trimbos Instituut; 2009.

(49) Tanner-Smith EE, Lipsey MW. Brief Alcohol Interventions for Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. Journal of Substance Abuse Treatment 2015;51:1-18.

(50) Bouthoorn S, van Hoof JJ, van der Lely N. Adolescent alcohol intoxication in Dutch hospital centers of pediatrics: characteristics and gender differences. European Journal of Pediatrics 2011;170(8):1023-30.

(51) Courtney KE, Polich J. Binge Drinking in Young Adults: Data, Definitions, and Determinants. Psychol Bull 2009;135(1):142-56.

(52) Weinberg L, Wyatt P. Children presenting to hospital with acute alcohol intoxication. Emerg Med J 2006;23(10):774-6.

(53) Sanz Marcos N, Arias Constanti V, Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla A, Matali Costa J, Luaces Cubells C. [Acute ethanol intoxication in a paediatric emergency department]. An Pediatr (Barc) 2009;70(2):132-6.

(54) Wilsterman M, Dors N, Sprij A, Wit J. [Clinical characteristics and management of adolescents admitted to the emergency ward for alcohol intoxication in the region of The Hague during the period 1999-2001]. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 2004;148(30):1496-500.

(55) O'Farell A, Allwright S, Downey J, Bedford D, Howell F. The burden of alcohol misuse on emergency in-patient hospital admissions among residents from a health board region in Ireland. Addiction 2004;99(10):1279-85.

Bijlages

Bijlage 1: Onderzoeksprotocol

Overmatig alcoholgebruik bij adolescenten: Kan de eerstelijns gezondheidszorg een rol spelen in de preventie van binge drinken?

Onderzoeksprotocol

Doel van de studie

Met de hier voorgestelde studie willen we 2 doelen bereiken. Enerzijds willen we te weten komen hoeveel adolescenten worden opgenomen op de spoedafdeling van het ziekenhuis omwille van de gevolgen van overmatig alcoholgebruik. Hiermee willen we op een objectieve manier proberen een inzicht te krijgen op de omvang van het probleem van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten. De consumptie van alcohol heeft heel wat gevolgen en regelmatig worden adolescenten opgenomen op de spoedafdeling omwille van ongevallen of een verminderd bewustzijn. Het eerste doel van deze studie is dus de incidentie bepalen van het aantal adolescenten dat gedurende een periode wordt opgenomen en bijkomend ook patiëntenkenmerken achterhalen om de meest kwetsbare groepen te identificeren zodanig dat preventiecampagnes in de toekomst opgezet kunnen worden.

Het tweede doel van deze studie is een inzicht krijgen op de rol van de huisarts binnen de preventie van overmatig alcoholgebruik bij jongeren. De huisarts is voor veel mensen de eerste contactpersoon binnen de gezondheidszorg en heeft een goede vertrouwensband en heeft ook kennis van de psychosociale achtergrond van de adolescenten waardoor zij kunnen inspelen op vragen van adolescenten, maar ook de adolescenten kunnen wijzen op de gevaren van overmatig alcoholgebruik. We proberen hierbij te weten te komen of huisartsen worden geconfronteerd met adolescenten die die overmatig alcohol gebruiken of gebruikt hebben, of zij voldoende kennis hebben over het onderwerp en hoe zij met deze patiënten in de praktijk omgaan.

Rol van de huisarts

Naast de registratie van de alcoholgerelateerde ziekenhuisopnames bij adolescenten, wordt bij dit onderzoek ook gekeken naar de rol die de huisarts kan spelen in de preventie van binge drinken bij adolescenten. Voor volwassenen bestaan er reeds richtlijnen voor het opsporen en begeleiden van patiënten met problemen in het gebruik van alcohol en worden er bijscholingen over het thema gegeven, maar deze opleidingen en richtlijnen gericht op het probleem bij adolescenten ontbreken. Met dit deel van het onderzoek willen we inzicht krijgen in volgende 2 onderzoeksvragen

1. Worden huisartsen met het probleem van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten geconfronteerd?
2. Wordt er genoeg bijscholing gegeven specifiek over het probleem van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten?

Vragenlijst

De antwoorden op deze vragen worden op twee verschillende manieren gezocht. De eerste manier waarop dit wordt gedaan is door middel van een vragenlijst die werd opgesteld en die navraag doet naar de 3 onderzoeksvragen. Het eerste deel doet navraag naar enkele achtergrondgegevens van de huisartsen (leeftijd, geslacht, aantal jaren als huisarts, type praktijk, regio van de praktijk en het aantal gevolgde uren bijscholing over alcoholgerelateerde problemen en specifiek gericht op alcoholgebruik bij adolescenten). In het tweede deel van de vragenlijst wordt gepeild of huisartsen met adolescenten die overmatig alcohol gebruiken in aanraking komen en doet navraag naar de context van dit contact, de frequentie van zulke contacten, de reden van het contact en gaat ook na hoe huisartsen met het probleem omgaan (navraag naar alcoholgebruik bij adolescenten en klachten voor navraag van alcoholgebruik). Het derde deel van de vragenlijst worden vragen gesteld rond bijscholing en preventie van binge drinken in de toekomst (voelt de arts zich goed voorbereid om de juiste adviezen te geven, worden er voldoende opleidingen georganiseerd, wie is het meest geschikt om aan preventie te doen, de rol van de huisarts in het probleem, de rol van motivationele gesprekstechnieken bij voorkomen van binge drinken). Tot slot word aan de hand van enkele stellingen gepeild naar de kennis van de huisartsen over het probleem van alcoholgebruik bij adolescenten en hoe huisartsen hiermee omgaan. (Zie voor de volledige vragenlijst bijlage 2).

De vragenlijst wordt via de website www.thesistools.com op een digitale manier aan de artsen aangeboden. Hiervoor wordt een e-mail gestuurd naar de kringverantwoordelijken van de huisartsenkringen met de vraag de e-mail te forwarden naar hun leden en aan de leden gevraagd of ze de vragenlijst willen invullen. De vragenlijst duurt minder dan 10 minuten om de tijdsdruk voor de huisartsen die de vragenlijst willen invullen zo kort mogelijk te maken. In de vragenlijst worden geen identificerende gegevens gevraagd en de onderzoekers weten dus niet wie de vragenlijst heeft ingevuld. Indien de huisartsen niet wensen deel te nemen, wordt hier geen verklaring voor gevraagd. In functie van de respons op de vragenlijst, kan een of twee reminder-e-mails gestuurd worden om een grotere participatiegraad aan de vragenlijst te verkrijgen.

Focusgroepsgesprekken

Het tweede deel van het onderzoek naar de rol van de huisarts bij de preventie van binge drinken wordt uitgevoerd in samenwerking met LOK-groepen. Het gaat hier om focusgroepsgesprekken

waarbij enkele vragen en stellingen ter discussie worden voorgelegd. De vragen en stellingen behelzen dezelfde thema's als de vragenlijst, maar kunnen tijdens een focusgroepsgesprek meer in diepgang worden besproken. In totaal zouden een vijftal LOK-groepen worden gezocht voor medewerking aan deze focusgroepsgesprekken. Voorlopig zijn contacten gelegd met 2 LOK-groepen uit de huisartsenvereniging Malle-Zoersel (HVMZ) en worden nog contacten gelegd met andere lokgroepen.

Tijdens het eerste deel van de focusgroepsgesprekken worden 7 vragen ter discussie voorgelegd.

- Vinden huisartsen alcoholgebruik bij adolescenten een probleem?
- Worden huisartsen met het probleem van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten geconfronteerd?
- In welke context gebeurt dit?
- Hoe gaan huisartsen om met het probleem in de acute setting?
- Hoe gaan ze ermee om on de postacute setting?
- Is er voldoende opleiding rond het probleem van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten?
- Wie heeft de belangrijkste rol binnen de preventie van binge drinken bij adolescenten?

Tijdens het tweede deel worden 7 stellingen gepresenteerd die de discussies verder moeten voeden.

- Overmatig alcoholgebruik bij adolescenten is een probleem voor de specialisten.
- Overmatig alcoholgebruik bij adolescenten is een probleem voor de ouders.
- De huisarts kan een rol opnemen bij het begeleiden van adolescenten met overmatig alcoholgebruik.
- Alcoholgebruik op jonge leeftijd leidt tot alcoholproblemen op latere leeftijd (misbruik en verslaving).
- Adolescenten hebben een ander drinkpatroon van alcoholische dranken dan volwassenen.
- Er zijn onvoldoende opleidingen gericht naar het probleem van alcoholgebruik bij adolescenten.
- Indien er opleidingen zouden zijn, zou ik beter met het probleem van alcoholgebruik bij adolescenten kunnen omgaan.

Voor de focusgroepsgesprekken wordt een tijdsduur van 1 tot 1,5 uur geprogrammeerd, waarna een korte bespreking van de huidige literatuur over het probleem kan worden gegeven. De gecontacteerde LOK-verantwoordelijken hebben steeds het recht om niet deel te nemen aan de focusgroepsgesprekken. Ook de individuele leden hebben bij kennisgeving van het LOK-onderwerp de mogelijkheid niet deel te nemen aan deze LOK-bespreking. De gegevens verkregen tijdens de focusgroepsgesprekken worden anoniem verwerkt en er zullen geen namen of andere identificerende gegevens worden gevraagd.

Bijlage 2: Vragenlijst huisartsen

Vragenlijst Preventie van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten door de huisarts

Inleidende tekst

In de westerse wereld is het gebruik van alcohol een algemeen aanvaard gebruik, hoewel het een belangrijke risicofactor is. Niet alleen voor volwassen personen kan het drinken van alcohol nadelige gevolgen hebben, maar ook voor adolescenten kan het drinken van alcohol nadelige gevolgen hebben en dit zowel op korte als op lange termijn. Een belangrijk verschil tussen adolescenten en volwassenen is hun consumptiepatroon: volwassenen drinken frequenter maar kleinere hoeveelheden per keer terwijl adolescenten eerder weinig frequent alcohol drinken, maar per keer dat zijn alcohol drinken, drinken zij meteen grote hoeveelheden. Dit fenomeen staat bekend als binge drinken en kan leiden tot ziekenhuisopnames ten gevolge van een verminderd bewustzijn of traumata opgelopen na alcoholgebruik. In volgende vragenlijst peilen we naar het voorkomen van de problematiek van binge drinken in de huisartspraktijk en de wijze waarop u als huisarts hiermee omgaat. Uiteindelijk willen we een beeld krijgen over volgende vragen:
1/ Worden huisartsen geconfronteerd met het probleem van binge drinken bij adolescenten?
2/ Wordt er genoeg bijscholing omtrent het probleem georganiseerd?

Deel 1/ achtergrondgegevens

1. Wat is uw leeftijd? ….. Jaar

2. Wat is uw geslacht? O Man O Vrouw

3. Hoelang bent u al huisarts? …… jaar

4. In welke provincie bent u huisarts?
   O Antwerpen
   O Limburg
   O Oost-Vlaanderen
   O Vlaams-Brabant
   O West-Vlaanderen

5. Uw praktijk bevindt zich in een ... gebied.
   O Stedelijk gebied
   O Landelijk gebied
   O Gemengd stedelijk en landelijk gebied

6. In welk type praktijk bent u actief?
   O Soloprakijk
   O Duopraktijk
   O Groepspraktijk
   O Praktijk met forfaitair betalingssysteem (bijv. wijkgezondheidscentrum)

7. Hoeveel uren bijscholing heeft u in totaal ongeveer gekregen over het onderwerp alcohol en alcoholgerelateerde problemen?

   O Geen
   O Minder dan 4uur
   O 4-10 uur
   O 11 - 40 uur
   O Meer dan 40 uur
   O Weet het niet, kan het me niet herinneren

8. Is er tijdens deze trainingen ingegaan op het probleem van alcoholgebruik bij adolescenten?
   O Nee
   O Ja, maar onvoldoende
   O Ja, voldoende

Deel 2/ Inschatting probleem alcoholconsumptie bij adolescenten bij de huisarts

9. Bent U al eens geconfronteerd geweest met het probleem van overmatig alcoholgebruik (binge drinken) bij adolescenten?
   O Ja
   O Nee

10. In welke context werd u hiermee geconfronteerd? (Alle mogelijke antwoorden aanvinken)
   O Tijdens de consultatie
   O Tijdens de wachtdienst in de week
   O Tijdens de wachtdienst in het weekend
   O Patiënt werd terugverwezen na opname op spoedgevallen ter bespreking van de resultaten
   O U ontving enkel een opnameverslag van de spoedgevallen waar één van uw patiënten was opgenomen
   O Ik werd hier nog niet mee geconfronteerd

11. Hoe vaak wordt U met dit probleem geconfronteerd? (Nieuwe casussen)
   O Minder dan eenmaal per jaar
   O Eenmaal per jaar
   O Meerdere malen per jaar
   O Eenmaal per maand
   O meerdere malen per maand
   O Ik werd hier nog niet mee geconfronteerd

12. Wat was de reden dat een adolescent U consulteerde in verband met alcoholgebruik? (Gelieve alle mogelijke antwoorden aan te vinken)
   O Verminderd bewustzijn
   O Ongeval
   O Andere medische reden gerelateerd aan alcohol (kater, buikpijn ,braken, vasovagale reactie)
   O Bespreking resultaten
   O Preventie van recidieven (op eigen initiatief)
   O Preventie van recidieven (op aanraden van arts)
   O Preventie van recidieven (op aanraden van ouders)
   O Per toeval tijdens een consultatie om een andere reden
   O Ik werd hier nog niet mee geconfronteerd

13. Hoe gaat U met het probleem van alcohol bij adolescenten om?
   O Ik doe er niets mee
   O Enkel indien de patiënt er zelf over begint, ga ik erop door
   O Ik doe actief navraag bij patiënten waar ik een opnameverslag van krijg om zo recidieven te vermijden
   O Ik doe actief navraag naar alcoholgebruik bij al mijn patiënten (bijv. in kader van een preventief onderzoek)

14. Bevraagt U soms actief het alcoholgebruik van een adolescent indien deze hier niet zelf over begint?
    O Altijd
    O Meestal
    O Soms, enkel wanneer hier aanleiding toe is
    O Zelden of nooit

15. Wat zijn voor u typische klachten of ziektebeelden waarbij u naar alcoholgebruik vraagt bij uw patiënten (en in het bijzonder adolescenten)? (maximaal 5 in te vullen)

    ……

    ……

    ……

    ……

Deel 3/ Preventie van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten

16. Voelt u zich goed voorbereid om de juiste adviezen te geven aan adolescenten in verband met gematigd alcoholgebruik?
    O Heel goed voorbereid
    O Goed voorbereid
    O Weinig voorbereid
    O Niet voorbereid

17. Vindt u dat er genoeg opleidingen rond het probleem van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten worden georganiseerd?
    O Ja, ik heb er al enkele gevolgd
    O Ja, maar ik heb nog niet de kans gekregen om hiernaar toe te gaan
    O Nee, er worden er te weinig georganiseerd
    O Nee, ik heb geen kennis dat deze trainingen worden georganiseerd

18. Wie vindt u het best geschikt om het probleem van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten aan te pakken? (Gelieve alle mogelijke antwoorden aan te vinken)
    O De overheid
    O De media
    O De ziekenfondsen
    O De ouders
    O De scholen
    O De jeugdbewegingen en sportclubs
    O De artsen

19. Vindt u dat er een rol weggelegd is voor de huisarts in het voorkomen van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten?
    O Ja
    O nee

20. Gelieve uw antwoord kort te motiveren.

    ……

    ……

    ……

21. Hoe effectief vindt u motivationele gesprekstechnieken in het bereiken van een gedragsverandering bij adolescenten in verband met hun alcoholconsumptie?
    O Heel effectief
    O Effectief
    O Weinig effectief
    O Nutteloos

22. Wat zou u als bovengrens beschouwen voor het begrip binge drinken bij JONGENS? (in standaardglazen op een tijdsinterval van 2u)

O 1	O 5	O 9
O 2	O 6	O 10
O 3	O 7	O > 10
O 4	O 8	

23. Wat zou u als bovengrens beschouwen voor het begrip binge drinken bij MEISJES? (in standaardglazen op een tijdsinterval van 2u)

O 1	O 5	O 9
O 2	O 6	O 10
O 3	O 7	O > 10
O 4	O 8	

Deel 4/ stellingen

24. In hoeverre gaat u akkoord of niet akkoord met de volgende uitspraken over werken met adolescenten en hun alcoholgebruik

	Helemaal mee eens	Eerder mee eens	Weet ik niet	Eerder niet mee eens	Helemaal niet mee eens
Ik denk dat ik genoeg weet van de oorzaken van alcoholgebruik bij adolescenten	◯	◯	◯	◯	◯
Ik denk dat ik voldoende en goede adviezen kan geven aan adolescenten in verband met alcoholgebruik en de gevolgen hiervan	◯	◯	◯	◯	◯
Ik vind mijn werk rond alcoholgebruik bij adolescenten ondermaats	◯	◯	◯	◯	◯
Ik wil met adolescenten werken rond alcoholgebruik en de gevolgen hiervan	◯	◯	◯	◯	◯
Om adolescenten te waarschuwen voor de gevaren van alcohol kan best een negatief beeld over alcohol gemaakt worden	◯	◯	◯	◯	◯
Ik heb het recht naar alcoholgebruik te vragen bij adolescenten als ik dit nodig acht	◯	◯	◯	◯	◯
Mijn patiënten geloven dat ik het recht heb om te vragen naar alcoholgebruik als ik dat nodig acht	◯	◯	◯	◯	◯
De huisarts kan een belangrijke rol spelen in het voorkomen van overmatig alcoholgebruik bij adolescenten.	◯	◯	◯	◯	◯

25. In hoeverre gaat u akkoord of niet akkoord met de volgende stellingen over alcohol en zijn gevaren.

	Helemaal mee eens	Eerder mee eens	Weet ik niet	Eerder niet mee eens	Helemaal niet mee eens
Ik ken de gevaren van alcohol	◯	◯	◯	◯	◯
Alcohol heeft dezelfde gevolgen bij adolescenten als bij volwassenen	◯	◯	◯	◯	◯
Alcohol verbetert de sociale vaardigheden	◯	◯	◯	◯	◯
Alcohol zorgt ervoor dat je minder goede schoolresultaten hebt	◯	◯	◯	◯	◯
Alcohol is slecht voor de ontwikkeling van de hersenen	◯	◯	◯	◯	◯
Hoe jonger je alcohol begint te drinken, hoe meer risico dat je verslaafd raakt aan alcohol	◯	◯	◯	◯	◯
Drinken van alcohol leidt tot meer seksueel risicogedrag	◯	◯	◯	◯	◯
Alcohol behoort tot de categorie van de drugs	◯	◯	◯	◯	◯
Alcohol zou verboden moeten zijn voor jongeren onder 18 jaar	◯	◯	◯	◯	◯
Als minderjarige kan je gemakkelijk aan alcohol geraken	◯	◯	◯	◯	◯

Bijlage 3: Goedkeuring ethisch comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
COMITE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Prof. dr. G. VAN HAL

UA / Medische sociologie en gezondheidsbeleid

Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Overmatig alcoholgebruik bij adolescenten: Kan de eerstelijns gezondheidszorg een rol spelen in de preventie van binge drinken?
(manama huisartsgeneeskunde Geert Van Laecke)

Belgisch Registratienummer: B300201524980

datum	ons kenmerk	contactpersoon
15/06/2015	15/14/138	Annelies Van Looy / Kim Vernimmen ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies d.d. 15/06/2015 .

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker dr. Van Laecke
- Protocol versie 3 versie 10/03/2015
- Informatiebrief - adolescenten, versie 3 versie 10/03/2015
- Vragenlijst - spoedartsen, versie 6 d.d. 08/01/2015
  - huisartsen, versie 4 d.d. 19/01/2015
- Diverse - kwalitatief onderzoek bij huisartsen (LOK groepen), versie 2 d.d. 19/01/2015

De volgende opmerkingen werden nog gemaakt:

1) Informatiebrief: hierin dient vermeld te worden dat patiënten dit onderzoek kunnen weigeren.
2) Protocol: de verwerking van deze gegevens dient zo vlug mogelijk na het verzamelen geanonimiseerd te worden.

Tenslotte verzoeken wij u ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. G. IEVEN
Ondervoorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Dr. G. VAN LAECKE, NVT, Palmstraat 51 - 2950 Kapellen
Dr. S. COENEN, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk