

# Richtlijn Screening, assessment en behandeling van jongeren met alcoholmisbruik (herziening van finale versie)

Namens de ADAPTE-youth project groep

Auteurs: Trudy Bekkering, Karen Smets, Martine Goossens, Mieke Autrique, David Möbius, Marijs Geirnaert, Bert Aertgeerts, Paul Van Royen, Karin Hannes

## Inhoud

Schematisch overzicht van de richtlijn	2
A. Aanbevelingen	3
1.1 Inleiding	3
1.2. Screening	13
1.3 Assessment	15
1.4 Behandeling	19
Referenties	28
Bijlagen	
A1. screeningsinstrumenten	
AUDIT	31
CRAFFT	32
A2. Medicamenteuze behandeling van ontweningsverschijnselen	
B. Evidence review	33
2.1 Introduction	33
2.2 Screening	42
2.3 Assessment	46
2.4 Treatment	52
Appendix	
B1. Methods and results of literature update	
B2. Evidence with regard to treatment of withdrawal symptoms	



# **Richtlijn Screening, assessment en behandeling van jongeren met alcoholmisbruik (herziening van finale versie)**

## **Namens de ADAPTE-youth project groep**

Auteurs: Trudy Bekkering, Karen Smets, Martine Goossens, Mieke Autrique, David Möbius, Marijs Geirnaert, Bert Aertgeerts, Paul Van Royen, Karin Hannes

### **Inhoud**

Schematisch overzicht van de richtlijn	2
A. Aanbevelingen	3
1.1 Inleiding	3
1.2. Screening	13
1.3 Assessment	15
1.4 Behandeling	20
Referenties	25
Bijlagen	
A1. screeningsinstrumenten	
AUDIT	28
CRAFFT	29
A2. Medicamenteuze behandeling van ontwenningsverschijnselen	
B. Evidence review	33
2.1 Introduction	33
2.2 Screening	42
2.3 Assessment	46
2.4 Treatment	53
Appendix	70
B1. Methods and results of literature update	70
B2. Evidence with regard to treatment of withdrawal symptoms	72

## Jongeren van 12-18 jaar die (mogelijk) alcohol misbruiken

### Screening

- Naar aanleiding van lichamelijke of psychosociale signalen (AB1)
- Instrumenten: AUDIT of CRAFFT (AB 2)

### Assessment

- Labo onderzoek geen rol binnen diagnostiek, eventueel voor monitoring (AB 3)
- AUDIT voor duur en ernst misbruik, evalueer ook gerelateerde problemen (AB 5)
- Evalueer relevante domeinen in uitvoerig assessment (T-ASI) (AB6)
- Assessment 12-15 jarigen met bijkomende problemen in specialistisch centrum (AB7)
- **Bij trauma op spoed:** bepaal alcoholgehalte (AB 4)

### Verwijzen / opname

- Naar specialistisch centrum bij afhankelijkheid, onvoldoende effect van korte interventies, of bij ernstige stoornissen of comorbiditeit(AB8)
- Naar ziekenhuis voor acute fase van alcoholontwenning: bied opname aan indien jonger dan 16, (AB 9), - overweeg opname bij 16-17 jarige jongeren (AB 10)

Indicaties voor opname : acute alcoholintoxicatie, delirium, insulten, bij gebruik van meerdere middelen, bij onvoldoende toezicht (AB 11)

**In het zeldzame geval van ontwenningverschijnselen:** Zie Appendix voor medicamenteuze behandeling (AB 22-25)

### Behandeling jongeren

Geen afhankelijkheid



Volledige afhankelijkheid

### Ondersteun gezin / familie

- Betrek familie in behandeling (AB 12); Maak zorgen van gezinsleden bespreekbaar (AB 13); Bied begeleide zelf-hulp, geef informatie, stimuleer contact met steungroepen (AB 14); - Overweeg familie bijeenkomsten (AB 15)

### Voorwaarden efficiënte behandeling

- Werk samen met ouders en omgeving (AB 16)
- Pas motiverende gespreksvoering toe (AB 17)
- Maak zelfhulpmaterialen beschikbaar (AB 18)
- Geef uitleg over gevaar te snelle afbouw gebruik (AB 19)

### Niet-medicamenteuze behandelingen

- Korte interventie bij jongeren met risicovol of schadelijk gebruik (AB 20)
- Cognitief gedragsmatige therapie bij jongeren zonder comorbiditeit: (AB 21)
- Multidimensionele programma's bij jongeren met comorbiditeit (AB 21)

Legende: Dit schema geeft een overzicht van de aanbevelingen in deze richtlijn. Tussen haakjes staat het nummer van de aanbeveling (AB).

## A. Aanbevelingen

### 1.1 Inleiding

Belgische jongeren drinken vroeg, vaak en veel alcohol. Op 13 jarige leeftijd heeft 50% van de Vlaamse jongeren wel eens alcohol gedronken, op 16-jarige leeftijd is dit 89% (ESPAD, 2011). Van de 16 jarigen rapporteerde 69% in de afgelopen 30 dagen alcohol gedronken te hebben en 38% dronk meer dan 5 glazen per keer (ESPAD, 2011). Op 13 jarige leeftijd rapporteren 5% van de meisjes en 8% van de jongens in Wallonië wekelijks alcohol te gebruiken en voor 15 jarigen is dit respectievelijk 16 en 32% (Currie, 2012). Drieëntwintig procent van de meisjes en 32% van de jongens gaven aan dat ze op 15 jarige leeftijd ten minste 2 maal dronken waren geweest (Currie, 2012).

#### *Risico's en gevolgen*

Het drinken van alcohol kan negatieve gevolgen hebben voor jongeren. Zo kan alcoholmisbruik leiden tot hersenschade en resulteren in functionele achterstanden op het vlak van taal, aandacht, leren, geheugen en ruimtelijk inzicht, vooral indien jongeren zeer vroeg, langdurig of in grote hoeveelheden drinken. Het is nog niet bekend of en in hoeverre deze effecten blijvend zijn (Verdurmen et al., 2006; Boelema et al., 2009). Meisjes zijn waarschijnlijk kwetsbaarder dan jongens voor hersenschade door alcohol (Boelema et al., 2009). Ook hebben jongeren onder invloed van alcohol een groter risico op ongevallen en verwondingen en vertonen zij vaker agressief of risicovol seksueel gedrag (Verdurmen et al., 2006; Boelema et al., 2009).

Jongeren die al vroeg alcohol gebruiken hebben een hoger risico op alcoholproblemen op volwassen leeftijd (Verdurmen et al., 2006). Alcoholmisbruik op jonge leeftijd maakt deel uit van een complex kluwen aan factoren die kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van alcoholproblematiek op latere leeftijd (Boelema et al., 2009). Bovendien hebben jongeren die op hun 13e al drinken vaker problemen op school en vertonen zij vaker delinquent gedrag (Peleg-Oren et al., 2009).

#### *Motivatie voor de richtlijn*

Jongeren met alcoholgerelateerde problemen krijgen vaak niet de hulp die zij nodig hebben. Ze bereiken de hulpverlening niet, omdat zij hun drinkgedrag en de impact ervan op langere termijn onderschatten. Daarnaast stroken de ideeën die ze hebben over de hulpverlening niet met de realiteit (Van Hout, 2012) en blijkt er nood te zijn aan een betere afstemming tussen de vraag van de jongeren en het aanbod van de hulpverlening. Mogelijk wordt het gebruik van alcohol door jongeren ook onderschat door hun ouders en hulpverleners. Daarnaast is er behoefte aan de uitbouw van betere samenwerkingsverbanden tussen de voorzieningen, de overheid en hulpverleners werkzaam in het veld (Van Hout, 2012).

Deze richtlijn beoogt een eenduidige visie en een samenhangend beleid uit te tekenen over diverse disciplines heen, dat gebruikt kan worden door hulpverleners in de gezondheidszorg en in de integrale jeugdhulp en andere professionals die te maken hebben met jongeren met alcoholgerelateerde problemen.

### Doel van de richtlijn

De aanbevelingen in deze richtlijn zijn richtinggevend en bedoeld als ondersteuning en leidraad bij het nemen van beslissingen binnen de gezondheidszorg, de welzijnssector, scholen en de Belgische samenleving. We beogen hiermee wetenschappelijk onderbouwde informatie te geven over effectieve strategieën met betrekking tot screening, assessment en behandeling van jongeren die (mogelijk) alcohol misbruiken. Het te verwachten voordeel is dat met behulp van deze richtlijn de kwaliteit van de zorg voor deze jongeren verbeterd kan worden, onder andere door het terugdringen van onverklaarbare variatie en het beter op elkaar afstemmen van het hulpverleningsaanbod.

Deze richtlijn beschrijft de zorg die voor een gemiddelde jongere wetenschappelijk gezien het beste is. De jongere zelf, en zijn of haar ouders of verzorgers, zijn volwaardige partners bij het nemen van beslissingen omtrent zorg. De rol van de hulpverlener is het verduidelijken van de vraag van de jongere door een gepaste communicatie te voeren en het geven van informatie over alle aspecten van de mogelijke behandelopties. Daarna maakt de hulpverlener samen met de jongere de keuze voor een bepaald beleid. Het kan voorkomen dat de hulpverlener en jongere op basis van argumenten voor een ander beleid kiezen dan hier beschreven.

Een participatieve basishouding van de hulpverlener is van belang voor een goede omgang met jongeren en dus voor het uitvoeren van deze richtlijn. Jongeren waarderen de volgende kenmerken in de houding van een hulpverlener: authenticiteit, empathie, gelijkwaardigheid, openheid, onvoorwaardelijkheid, positieve ingesteldheid, professionele nabijheid, betrouwbaarheid en respect.

Deze richtlijn is gebaseerd op bestaande internationale richtlijnen en op wetenschappelijk onderzoek. Indien een bepaald onderwerp niet in de bestaande richtlijnen besproken werd, is het ook niet in deze richtlijn opgenomen zoals bijvoorbeeld cognitieve problemen bij adolescenten ten gevolge van alcoholmisbruik. Ook is het veld van wetenschappelijk onderzoek rondom alcoholmisbruik bij jongeren volop in ontwikkeling. Hierdoor zijn de richtlijn en de aanbevelingen voor een bepaalde klinische vraag niet exhaustief. Dit wil zeggen dat als een bepaald beleid niet in de richtlijn of in de aanbevelingen genoemd staat, dit niet betekent dat men dit niet zou moeten of mogen uitvoeren. De voorgestelde aanbevelingen dekken in de meeste gevallen niet de hele klinische vraag. Zo is het aanbod in de tweedelij breder dan de zorg beschreven in aanbevelingen 9, 10 en 11. Dit heeft te maken met een gebrek aan wetenschappelijke informatie. De richtlijn dient gelezen en geïnterpreteerd te worden als een 'werk in ontwikkeling' waarbij inzichten uit bijkomende, kwaliteitsvolle wetenschappelijke studies, reviews en richtlijnen systematisch geïntegreerd moeten worden. Voor meer informatie over de procedure van richtlijn ontwikkeling verwijzen we naar de onderbouwing van deze richtlijn (deel B).

### Setting

Deze richtlijn is relevant voor alle voorzieningen en personen die vanuit hun beroepsfunctie contact hebben met jongeren in België. Hieronder vallen de volgende groepen: eerstelijnsgezondheidszorg professionals, gezondheidswerkers in ambulante instellingen, gezondheidswerkers in residentiële instellingen, straathoekwerkers, preventie adviseurs, maatschappelijk welzijn werkers (JAC, OCMW), sociaal-culturele werkers (inclusief vrijwilligers van onder andere jongeren organisaties) en medewerkers van scholen (inclusief vrijwilligers). Daarnaast kan de richtlijn relevant zijn voor informele netwerken rondom jongeren die (mogelijk) alcohol misbruiken, onder andere ouders en familie. Echter, niet alle aanbevelingen zijn relevant voor iedere voorziening of persoon. Dit

betekent dat gebruikers van deze richtlijn een inschatting moeten maken van wat geldig, gepast en betekenisvol is voor de eigen beroepsfunctie en context.

De richtlijn beschrijft welke zorg het meest effectief is, maar niet welke hulpverlener dit zou moeten uitvoeren omdat dit afhankelijk is van veel lokale factoren. Gebruikers van deze richtlijn moeten een inschatting maken rond welke zorg zij zelf kunnen bieden en wanneer een jongere moet worden doorverwezen naar collega's.

### Doelpopulatie

Deze richtlijn betreft jongeren tussen 12 en 18 jaar met alle niveaus van alcoholmisbruik: occasioneel misbruik, binge drinken, langdurig misbruik en afhankelijkheid. De richtlijn is bedoeld voor jongeren zonder belangrijke comorbiditeit, vanwege een gebrek aan wetenschappelijke studies over jongeren met comorbiditeit. De hulpverlener dient de eventuele toepasbaarheid van de aanbevelingen in deze richtlijn voor jongeren met comorbiditeit na te gaan. Er bestaan 2 gerelateerde richtlijnen, één over screening, assessment en behandeling van drugmisbruik bij jongeren (ADAPTE-youth 2) en één over de preventie van alcohol en drugmisbruik bij jongeren (ADAPTE-youth 3).

Daar waar de aanbevelingen specifiek zijn voor een deel van deze groep, bijvoorbeeld jongeren tot 15 jaar of jongeren van 16 en 17, jaar zal dit worden vermeld. De hulpverlener dient de eventuele toepasbaarheid van een aanbeveling voor een andere doelgroep na te gaan.

Vanwege de minderjarigheid van de doelgroep, dienen hulpverleners de ouders en/of verzorgenden als wettelijke vertegenwoordigers onder bepaalde voorwaarden te informeren en/of om toestemming te vragen. Daarnaast hebben jongeren recht op privacy (zie rechten van de jongere).

### Ouders

Uitgangspunt van deze richtlijn is dat de opvoeding van het kind de taak is van de ouders en niet van de hulpverleners. Binnen de opvoeding zijn zowel steun als controle essentieel. Het gaat het om het vinden van evenwicht tussen dialoog en grenzen stellen, met als basis een positieve ouder-kindrelatie. Deze positieve relatie is een voorwaarde om grenzen te stellen en afspraken te maken. Het houdt in dat er openheid is in de communicatie tussen ouders en kinderen en dat de kinderen zich ondersteund weten door hun ouders. Enkel een ondersteunende relatie en open communicatie is echter niet voldoende: jongeren hebben nood aan structuur en grenzen. Het is belangrijk dat ze duidelijk weten welke grenzen gelden in hun gezin en wat het gevolg is als ze deze overschrijden.

### Klinische vragen

De richtlijn wil een antwoord geven op onderstaande vragen met betrekking tot alcoholmisbruik bij jongeren:

1. Bij welke signalen moet men gericht screenen om (risicovol) alcoholmisbruik vast te stellen?
2. Welke instrumenten zijn betrouwbaar en valide om te screenen? In welke setting dient dit te gebeuren?
3. Hoe kunnen hulpverleners de diagnose en de ernst van het alcoholmisbruik evalueren? Zijn er betrouwbare en valide instrumenten?
4. Welke technische onderzoeken moet men uitvoeren?
5. Aan welke voorwaarden moet een efficiënt behandelingsproces voldoen?
6. Welke medicijnen moet men voorschrijven, en wanneer?
7. Welke niet-medicamenteuze (psycho-sociale) interventies moet men toepassen, en wanneer?

8. Wanneer dient men deze jongeren te verwijzen naar de tweedelijns?

9. Welke interventies zijn doeltreffend om gezinsleden van deze jongeren te ondersteunen?

Het handelen bij acute alcoholintoxicificatie valt buiten het bestek van deze richtlijn. Dit is een indicatie voor opname in het ziekenhuis (zie aanbeveling 11).

De klinische vragen zijn opgesteld door een panel bestaande uit experts op het gebied van jongeren en middelenmisbruik (zie Kader 1). Het panel heeft ook andere vragen geformuleerd, die niet in deze richtlijn konden worden opgenomen omdat hierrond geen wetenschappelijke informatie werd gevonden in bestaande, internationale richtlijnen. Deze vragen waren:

- Welke anamnestiche vragen moet men stellen en welke lichamelijke onderzoeken moet men uitvoeren?
- Welke gecombineerde interventies (medicijnen en psychosociaal) zou men moeten gebruiken en wanneer?
- Wanneer is residentiële opname nodig?
- Hoe lang is follow-up minstens nodig? Waaruit dient deze follow-up te bestaan?

#### Opbouw van het document

Deze richtlijn richt zich primair op niet-urgente hulpverlening voor alcoholmisbruik. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen twee uitersten in het alcoholmisbruik: occasioneel misbruik versus totale afhankelijkheid. De hulpverlener dient in te schatten welke interventies bij welke jongere het best kunnen worden toegepast. Deze richtlijn bevat ook enkele aanbevelingen over het handelen bij ontweningsverschijnselen. Deze aanbevelingen zijn als bijlage opgenomen omdat ontweningsverschijnselen zeer zeldzaam zijn onder jongeren.

Onder iedere vraag staan de relevante aanbevelingen genoteerd. Per aanbeveling is de sterkte van het wetenschappelijk bewijs samengevat met behulp van de GRADE systematiek (GRADE, 2008). Dit bestaat uit het cijfer 1 of 2 en de letter A, B of C. Het cijfer 1 staat voor een sterke aanbeveling. Dit betekent dat de voordelen van deze aanbeveling zwaarder wegen dan de nadelen. Het cijfer 2 staat voor een zwakke aanbeveling. Dit betekent dat de voordelen en nadelen in balans zijn of dat er meer nadelen dan voordelen zijn. De letters staan voor de omvang en kwaliteit van de wetenschappelijke studies: A is goed, B matig en C zwak of onbekend. Onder elke aanbeveling staat een toelichting, met informatie over de praktische uitvoering ervan. Hierbij is de herkomst van de toelichting genoteerd; dit kan zijn de bronrichtlijn, het panel of de stakeholders die de richtlijn hebben gepiloteerd.

#### Methodiek

Deze richtlijn is ontwikkeld volgens de ADAPTE procedure (Fervers et al., 2006), een stapsgewijs proces voor het adapteren van (inter)nationale richtlijnen naar de lokale context. Voor deze procedure werd een panel met experts samengesteld. Deze experts hebben de klinische vragen geformuleerd en alle relevante aanbevelingen beoordeeld op relevantie en haalbaarheid voor de Belgische context. Wanneer een aanbeveling werd weerhouden, formuleerde het panel de graad van aanbeveling (zie boven). Meer details over de onderbouwing van de aanbevelingen en de methodiek zijn beschreven in deel B.

#### *Kader 1. Samenstelling van het panel*

Het panel bestond uit de volgende personen:

Inhoudelijk deskundigen:

- Cis Dewaele, Coördinator Vlastrov (koepelorganisatie straathoekwerk Vlaanderen) en stafmedewerker Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, Berchem
- Michel Vanhalewyn, huisarts Brussel; staflid en richtlijn ontwikkelaar SSMG
- Kris Van Gerwen, hoofdverpleegkundige / MDFT therapeut, Cannabis clinic UCV Brugmann, Brussel
- Hannelore Sanders, coördinator ambulante drugzorg, Drugzorg VZW Kompas, Roeselare/Kortrijk
- Koen Leysens, Pedagoog/psychotherapeut, CGG Vagga, Antwerpen
- Arlette Wertelaers, centrumarts Katarsis vzw ' Centrum voor verslaafdenzorg' te Genk; Logo arts bij de LOGO's Limburg
- Anja Schillebeeks, therapeutisch verantwoordelijke Katarsis vzw " Centrum voor verslaafdenzorg' te Genk
- Georges Vanderstraten, directeur, Therapeutische Gemeenschap Trampoline asbl, Châtelet
- Johan Sools, gedragstherapeut/klinisch psycholoog, Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen Tienen
- Twee vertegenwoorders van Alanon (wensen anoniem te blijven), Vereniging voor familie en vrienden van Alcoholisten, Antwerpen en Brussel
- Bert Mostien, beleidsmedewerker/drugcoördinator, Drugpreventie Provincie Oost-Vlaanderen, Gent
- Lore Willam, wetenschappelijk medewerker vakgroep Klinische Psychologie, KU Leuven, Leuven

Voorzitter, secretaris en co-moderator

- Paul van Royen, huisarts, diensthoofd, vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg, Universiteit Antwerpen, covoorzitter Commissie Aanbevelingen Domus Medica, voorzitter
- Trudy Bekkering, epidemioloog, Centrum voor Methodologie van Pedagogisch Onderzoek, KU Leuven, secretaris
- Karen Smets, huisarts, vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg, Universiteit Antwerpen, co-moderator
- Karin Hannes, agoog, Centrum voor Methodologie van Pedagogisch Onderzoek, KU Leuven, co-moderator

Alle panelleden verklaarden geen conflicterende belangen te hebben.



## Definities, begrippen en afkortingen

**Screening:** De activiteit waarbij men tracht een niet eerder gediagnosticeerd alcoholmisbruik bij een jongere of een groep jongeren te identificeren. Men maakt hierbij gebruik van testen of vragenlijsten die een onderscheid kunnen maken tussen jongeren die (waarschijnlijk) alcohol misbruiken en jongeren die dit niet doen (Van Driel, 2008).

**Alcoholmisbruik (problematisch alcoholgebruik)** kan evolueren naar alcoholafhankelijkheid. Problemen die gepaard gaan met het alcoholmisbruik kunnen van fysieke, psychische of sociale aard zijn. Deze worden beïnvloed door verschillende factoren, zoals de individuele gevoeligheid, de mate, duur en wijze van het alcoholmisbruik, de combinatie met andere producten, de eventueel aanwezige psychiatrische problematiek en directe en indirecte omgevingsfactoren. We spreken ook van alcoholmisbruik wanneer men alcohol drinkt in een verkeerde situatie (bijvoorbeeld in het verkeer) of op een verkeerd tijdstip (bijvoorbeeld bij het ontbijt). Vaak wordt bij alcoholmisbruik een onderscheid gemaakt tussen ‘occasioneel alcoholmisbruik’ en ‘langdurig alcoholmisbruik’ (Michels, 2011) (zie kader 2).

Kader 2. Overzicht van Nederlandse, Franse en Engelse termen om de toenemende mate van alcoholmisbruik te benoemen.

Toenemende mate van alcoholmisbruik en risico op schade								
→	→	→	→	→	→	→	→	→
Ocasioneel misbruik (incl. binge drinken)				Langdurig misbruik			Afhankelijkheid	
Usage a risque				Usage nocif			Alcoolodépendant	
Hazardous drinking				Harmful drinking			Dependence	

\* Er bestaan kleine verschillen tussen de classificaties. In deze richtlijn worden de Nederlandse definities gehanteerd. De Franse en de Engelse definities zijn opgenomen in deel B.

**Occasioneel alcoholmisbruik** is een drinkpatroon met een verhoogd risico op schadelijke gevolgen, echter zonder dat er alcoholgerelateerde problemen zijn Omdat duidelijk is dat alcohol schadelijk is voor jongeren en bij gebrek aan duidelijke normen, bevelen de auteurs de richtlijn van aanvaardbaar alcoholgebruik aan (zie Kader 3),.

### *Kader 3. Richtlijn voor aanvaardbaar alcoholgebruik*

Jongeren onder de 16 jaar: geen alcohol en jongeren onder de 18 jaar: geen sterke drank.  
 Bij 16 en 17-jarigen, niet meer dan 1-2 (voor meisjes) of 2 (voor jongens) standaard glazen per keer en niet meer dan 2 dagen/week en geen wekelijkse gewoonte (VAD, 2009)

**Langdurig alcoholmisbruik** is een drinkpatroon dat gezondheidsschade veroorzaakt op fysiek (bijvoorbeeld leverschade) of op psychisch vlak (bijvoorbeeld depressieve episode). Langdurig alcoholmisbruik kan ook nadelige gevolgen hebben op sociaal vlak (Michels, 2011).

**Bingedrinken** verwijst naar drinkgedrag (vaak bij jongeren) waarbij in één drinkgelegenheid een grote hoeveelheid alcohol wordt gedronken. Er bestaan verschillende definities van bingedrinken met telkens andere eenheden en tijdsperiodes. Ook factoren zoals geslacht, leeftijd en gewicht moeten in rekening worden gebracht. De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) opteert voor de definitie van Anderson en Baumberg (2006): ‘Bingedrinken is de consumptie van zes of meer (mannen) en vier of meer (vrouwen) standaardglazen alcohol in twee uur tijd’ (Michels, 2011).

**Standaardglas alcohol:** Een eenheid of standaardglas alcohol bevat steeds dezelfde hoeveelheid alcohol, ongeacht de grootte van het glas of het soort alcohol. In Europa bevat een standaardglas gemiddeld 10 g of

ongeveer 12,7 ml pure alcohol. Dit komt overeen met een glas bier van 250 ml met 5% alcohol, 100 ml wijn met 12% alcohol, 40 ml likeur (bijvoorbeeld jenever) met 25% alcohol, 30 ml sterke drank (bijvoorbeeld cognac) met 40% alcohol. Sommige dranken zijn beschikbaar in hoeveelheden die verschillen van een standaardglas, bijvoorbeeld een blikje bier van 33 cl, streekbieren met een hoger alcoholgehalte (tot 2,5 keer meer) en een groter standaardglas. Een glas geschonken in de privésfeer bevat meestal meer alcohol dan een standaardglas. Zo bevat een standaardglas wijn 100 ml, terwijl een gemiddeld geschonken glas wijn vaak 130 ml bevat (overgenomen uit: Michels, 2011).

Alcoholafhankelijkheid volgens de ICD-10 is: 'Een cluster van psychologische, gedragsmatige en cognitieve fenomenen waarbij alcoholgebruik voor het individu een belangrijkere plaats inneemt dan andere handelingen of gedrag waaraan hij/zij vroeger meer waarde hechtte' (ICD, 1992). Volgens de DSM-IV-TR is 'er afhankelijkheid in geval van een onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt zoals blijkt uit drie (of meer) criteria die zich op een willekeurig moment in dezelfde periode van twaalf maanden voordoen' (Michels, 2011) (zie ook Kader 4).

#### *Kader 4. Criteria voor afhankelijkheid*

##### **De criteria zijn:**

###### - Tolerantie:

- een behoefte aan duidelijk toenemende hoeveelheden van het middel om een intoxicatie of de gewenste werking te bereiken;
- een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid van het middel.

###### - Onthouding:

- het voor het middel karakteristieke onthoudingssyndroom;
- gebruik van hetzelfde middel om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te vermijden.

- Het middel wordt vaak in grotere hoeveelheden of gedurende een langere tijd gebruikt dan aanvankelijk gepland.

- Men is niet in staat het gebruik te stoppen of te minderen.

- Een groot deel van de tijd gaat op aan activiteiten die samenhangen met middelengebruik.

- Belangrijke sociale of beroepsmatige bezigheden of vrijetijdsbesteding worden opgegeven of verminderd vanwege het gebruik van het middel.

- Het gebruik van het middel wordt voortgezet ondanks besef van schade.

(Mobius, 2009)

Kortdurende interventies (Eng: 'brief interventions') is een verzamelnaam voor een heterogene groep van interventies die variëren in doelstelling, doelgroep, lengte, structuur en intensiteit. 'In deze richtlijn wordt een onderscheid gemaakt tussen kort advies en een korte interventie. Kort advies (Eng: 'simple brief intervention', 'brief advice') is een kort, gestructureerd adviesgesprek dat slechts enkele minuten duurt en het meest van toepassing is binnen de eerstelijnszorg, waaronder ook de huisartspraktijk valt. Korte interventie (Eng: 'extended brief intervention') maakt gebruik van een combinatie van op motiverende gespreksvoering geënte gesprekstechnieken, advies en vaak ook het geven van feedback over de fysieke conditie van de patiënt. De korte interventie duurt 20 à 30 minuten en houdt een reeks gesprekken in. Deze techniek vraagt een degelijke training en ervaring van de hulpverleners (overgenomen uit: Michels, 2011).

Motiverende gespreksvoering is gericht op het expliciteren en verhogen van de motivering tot gedragsverandering. Het is een manier om patiënten hun (mogelijke) problemen te laten herkennen en aanpakken en wordt vooral als nuttig gezien bij mensen die ambivalent of onwillig staan tegenover gedragsverandering. Motiverende gespreksvoering is ontwikkeld door Miller en Rollnick (1991 en 2002). Het is van belang een onderscheid te maken tussen 1) motiverende gespreksvoering als gesprekstijl en 2) geprotocolleerde interventies die gebaseerd zijn op deze stijl, maar die ook andere, meestal cognitief-gedragstherapeutische of psycho-educatieve elementen bevatten. Dergelijke interventies zijn gericht op het geven van feedback, het voorhouden van reële gedragsopties, het geven van neutraal advies en het versterken

van de eigen verantwoordelijkheid en de zelfeffectiviteit (het gevoel in staat te zijn eigen doelen te halen) (overgenomen uit: GGZ, 2009).

Multisysteem therapie (MST) is een intensieve, ambulante behandelingsmethode gericht op jongeren met ernstig antisociaal gedrag. MST richt zich op alle risicofactoren die samenhangen met dit probleemgedrag. De interventies die binnen MST worden ingezet richten zich vooral op ouders en andere sleutelfiguren uit de omgeving van de jongere, maar meestal wordt ook gewerkt aan het vergroten van vaardigheden van de jongere zelf, het functioneren op school en de omgang met prosociale leeftijdgenoten (databank Nederlands Jeugd Instituut). Prosociaal gedrag is helpend gedrag zonder dat dit een voordeel oplevert voor de helper (Zie ook: Henggeler et al., 1992).

Functionele gezinstherapie (FGT) is een psychologische interventie, bedoeld voor jongeren met gedragsproblemen (waaronder crimineel gedrag) en hun families. De therapie wil het functioneren van de jongere en het gezin verbeteren en de kans op herhaling van crimineel gedrag verkleinen. (databank Nederlands Jeugd Instituut) (Zie ook: <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/22/600.html> Gordon et al., 1995).

Multidimensionele gezinstherapie (MDFT) is een systeemtherapie aangevuld met bemoeizorg (bieden van (ongevraagde) hulp aan (zorgwekkende) zorgvermijders met een (vaak) complexe problematiek (Doedens, 2004). MDFT is bedoeld voor jongeren tussen de 12 en 18 jaar die overmatig drugs en/of alcohol gebruiken en daarnaast vaak gedrags- of psychische stoornissen vertonen. Zij zijn op meerdere leefgebieden vastgelopen of dreigen daarop vast te lopen. MDFT richt zich niet alleen op de jongere zelf, maar ook op het gezin en op de bredere sociale omgeving van de jongere. Het doel van MDFT is het realiseren van een verslavingsvrije leefstijl zonder delict- en ander probleemgedrag, en het verminderen van het risico op (strafrechtelijke) recidive (databank Nederlands Jeugd Instituut).

Korte strategische gezinstherapie (Brief Strategic Family Therapy, BSFT) is een systemische psychologische interventie, die is beïnvloed door andere benaderingen zoals structurele gezinstherapie. De belangrijkste elementen van deze interventie zijn het betrekken en ondersteunen van het gezin, het identificeren van onaangepaste gezinsinteracties en het zoeken naar meer gepaste gezinsinteracties (NICE, 2011) (zie ook: Szapocznik et al., 1989).

Medisch urgente situatie: Een plotseling optredende en/of snel progressieve situatie waarbij een snelle medische interventie noodzakelijk is. Een voorbeeld hiervan, gerelateerd aan alcoholmisbruik bij jongeren, is het optreden van ernstige ontwenningverschijnselen.

Ontwenningverschijnselen treden over het algemeen op bij personen die tolerant en/of fysiek afhankelijk zijn van alcohol en die na een periode van langdurig en intensief gebruik de inname van alcohol verminderen. De ontwenningverschijnselen worden veroorzaakt door autonome hyperactiviteit, beginnen enkele uren na het staken of verminderen van het alcoholgebruik en vertonen een piek 24 tot 36 uur na het stoppen. Lichte symptomen en klachten behorend tot een alcoholonthoudingssyndroom zijn levendige dromen en slapeloosheid. Matig ernstige symptomen zijn transpireren, misselijkheid, braken, lichtschuwheid, trillen, snelle hartactie en verhoogde bloeddruk. Daarnaast kunnen andere symptomen als angst, agitatie en hoofdpijn optreden. Ernstige ontwenningverschijnselen zijn tactiele en visuele hallucinaties, insulten en delirium met verwardheid en desoriëntatie. De behandeling van patiënten met een matige tot ernstige onthouding heeft als doel het verminderen van de prikkelbaarheid van het centraal zenuwstelsel en het herstellen van het fysiologisch evenwicht (overgenomen uit: NICE, 2010a). Ontwenningverschijnselen zijn echter zeldzaam bij jongeren. Bij wijze van volledigheid werden eventuele behandelingsprocedures – in de mate dat ze wetenschappelijk onderbouwd zijn- toch opgenomen in deze richtlijn.

Delirium tremens (DT): syndroom dat ontstaat bij 5% van de individuen (dus zowel volwassenen als jongeren) die ontwennen van alcohol. De symptomen beginnen ongeveer 48 tot 72 uren na het stoppen met drinken en kunnen zich als volgt manifesteren: een grove tremor, agitatie, koorts, tachycardie, visuele illusies en hallucinaties. Convulsies kunnen aan het syndroom voorafgaan, maar zijn geen deel van het complexe symptoom. Daarnaast kunnen hyperpyrexie, ketoacidose, en hartfalen optreden (overgenomen uit: NICE, 2010a).

#### Rechten van jongeren binnen de wettelijke kaders

Wettelijk gezien vallen jongeren onder het gezag van hun ouders, en zouden ouders beslissingen kunnen nemen voor hun kind. Volgens twee wettelijke regelingen kan de jongere bepaalde rechten zelf uitoefenen indien de hulpverlener van mening is dat de jongere bekwaam is. Bekwaamheid houdt in dat de jongere voldoende kan inschatten wat in zijn belang is en voldoende kan inschatten wat de gevolgen zijn van zijn beslissingen of daden. Welke wettelijke regeling van kracht is hangt af van de beroepsgroep en sector waarin de hulpverlener werkzaam is.

De **Wet Patiëntenrechten** betreft alle beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg. Deze wet bepaalt onder andere dat jongeren gehoord en betrokken moeten worden bij het nemen van beslissingen. Bij heel jonge kinderen zal de stem van de ouder het zwaarst doorwegen. Afhankelijk van factoren als de leeftijd en de ontwikkelingsfase van het kind, wordt de stem van de jongere sterker tot aan volledige zelfstandigheid. De invasiviteit van de beslissing dient hierbij in overweging te worden genomen door de hulpverlener. Deze wet voorziet niet in een specifieke leeftijd waarop de minderjarige bekwaam wordt geacht (Wet "Rechten van de patiënt, 2007).

Het Decreet '**Rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp**' (alleen geldig voor Vlaanderen) beschrijft de rechten van de jongere in de sectoren van de integrale jeugdhulp. Deze omvatten: algemeen welzijnswerk, centra voor leerlingenbegeleiding, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, Kind en Gezin, bijzondere jeugdbijstand, centra voor integrale gezinszorg. Dit Decreet hanteert als uitgangspunt dat jongeren zelf beslissingen kan nemen vanaf het ogenblik dat hij 'voldoende oordeelsvermogen' heeft, en dat wordt over het algemeen vermoed het geval te zijn vanaf 12 jaar. (Databank jeugdrecht: 2006-03)

Belangrijk bij de uitvoering van deze wetten is dat hulpverleners moeten proberen de jongere te motiveren om belangrijke beslissingen gezamenlijk te nemen met hun ouders. Indien de jongere echt niet wil, heeft deze – minstens vanaf een zekere leeftijd of rijpheid – wel de laatste stem.

Hulpverleners hebben **beroepsgeheim**. Dit beroepsgeheim geldt ook bij minderjarigen, zelfs ten aanzien van de ouders. Hulpverleners mogen dus niet zomaar de ouders van een jongere over alles en nog wat inlichten. Hiervoor is best de instemming van de jongere nodig. Onder bepaalde voorwaarden kan dit wel, bijvoorbeeld indien een kind onvoldoende onderscheidingsvermogen heeft, bij het nemen van werkelijk fundamentele beslissingen met betrekking tot bijvoorbeeld een ingrijpende medische behandeling, of wanneer afwijken van het beroepsgeheim in het belang is van het kind. Dit kan slechts voor zover de jongere zich daartegen niet uitdrukkelijk verzet of indien uit de gedragingen van de jongere de stilzwijgende instemming kan worden afgeleid. Belangrijk hierbij is dat de hulpverlener in de eerste plaats de jongere stimuleert om de desbetreffende informatie zelf bekend te maken aan zijn omgeving.

Het beroepsgeheim kan worden doorbroken indien het stilzwijgen van de hulpverlener ernstig of acuut gevaar kan opleveren voor de jongere of voor anderen. Het meedelen van een minimum aan gegevens aan de ouders wordt algemeen aanvaard op voorwaarde dat de jongere hiertegen geen bezwaar heeft.

Leerkrachten, ook vertrouwensleerkrachten, hebben geen beroepsgeheim. Zij kennen wel een ambtsgeheim of discretieplicht en moeten zorgvuldig omgaan met informatie. Medewerkers van het CLB hebben wel beroepsgeheim. Het nagaan of iemand al dan niet door het beroepsgeheim gebonden is, is belangrijk in het

bekijken welke informatie met wie gedeeld kan worden. Als hulpverlener is het dus belangrijk om hierover duidelijkheid te krijgen alvorens informatie uit te uitwisselen. Ook is het van belang transparant te zijn naar de jongere toe (Databank jeugdrecht: 2006-06 en 2011-09/10).

#### Afkortingen

ALAT	Alanine-aminotransferase, enzymen die onder meer in de lever voorkomen
ASAT	Aspartaat aminotransferase, enzymen die onder meer in de lever voorkomen
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BSFT	Brief Strategic Family Therapy
CDT	Carbohydrate Deficient Transferrin (koolhydraat deficiënt transferrine), eiwit dat in lichaam ontstaat na overmatig alcoholgebruik
CGG	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
CGT	Cognitieve Gedrags Therapie
CIWA-Ar	Clinical Institute of Withdrawal Assessment for Alcohol scale
CLB	Centrum voor leerlingenbegeleiding
CRAFFT	Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble. Screening instrument voor alcohol- en drugmisbruik
DT	Delirium Tremens
FGT	Functionele Gezins Therapie
Gamma GT	Gamma glutamyl transpeptidase, enzymen die onder meer in de lever voorkomen
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
iDA	Informatie over drugs en alcohol
JAC	Jongeren Advies Centrum
LOGO	Lokaal Gezondheidsoverleg
MCV	Mean Corpuscular Volume, het gemiddelde volume van rode bloedcellen (erythrocyten) in bloed
MDFT	Multi Dimensionele Familie therapie
MST	Multi Systeem Therapie
NIAAA	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (USA)
OCMW	Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn
ODD	Oppositional Defiant Disorder (Oppositieel Opstandig Gedrag)
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder
SEM-j	Individueel Screeningsinstrument Ervaringen met Middelengebruik – jongeren
SSMG	Société Scientifique de Médecine Générale
T-ASI	Teen Addiction Severity Index
VAD	Vereniging voor Alcohol en andere Drugs

## 1.2 Screening

Om de leesbaarheid van deze richtlijn te bevorderen is gekozen voor het volgende taalgebruik: Met het bezittelijk voornaamwoord 'zijn' worden beide geslachten bedoeld. Met de term 'ouders' worden ouders en/of verzorgenden en/of opvoedingsverantwoordelijken bedoeld en de term 'gezinsleden' betreft zowel ouders, broers en zussen, als ook anderen die deze rol invullen.

### Bij welke signalen moet men gericht screenen om (risicovol) alcoholmisbruik vast te stellen?

#### Aanbeveling 1

Vraag de jongere naar zijn alcoholgebruik bij aanwezigheid van één of meer van de volgende signalen:

- psychische of sociale problemen in combinatie met slaapproblemen;
- de aanwezigheid van een alcoholgeur of sterke geuren ter maskering;
- frequent gebruik van en verzoek om tranquillizers en hypnotica;
- klachten over moeheid, malaise, tremoren, palpitations, overmatig transpireren, maag-darmklachten, zoals refluxklachten en diarree;
- frequente spreekuurbezoeken of frequente bezoeken aan eerste hulp van een ziekenhuis.

(GRADE 1C)

#### Toelichting

*Bronrichtlijn:* De jongere presenteert overmatig alcoholgebruik meestal niet als een probleem. Soms komt de hulpverlener dit alcoholmisbruik op het spoor door directe signalen zoals een alcoholgeur vanuit de mond (eventueel 'gemaskeerd' door pepermunt of aftershave), alcoholintoxicatie of melding door derden van alcoholmisbruik.

Andere indirecte signalen kunnen het vermoeden op alcoholmisbruik versterken. Dit betreft bijvoorbeeld veelvuldig spreekuurbezoek en een wisselend, onduidelijk klachtenpatroon, regelmatig ongevallen en fracturen, jicht, seksuele problemen, spider naevi, een erythemateus en oedemateus gezicht, black-outs of verhoogde laboratoriumwaarden van bijvoorbeeld gamma-GT en ALAT.

Echter geen van de signalen is voldoende specifiek om daarop de diagnose alcoholmisbruik of -afhankelijkheid te stellen. Hooguit krijgt de hulpverlener een (sterker) vermoeden van alcoholmisbruik.

Een andere mogelijkheid is om bij onbegrepen klachten van de jongere een leefstijlanamnese af te nemen met vragen naar problemen op school en vrijetijdsbesteding, omgaan met ziekte en stress, lichaamsbeweging, roken, eetgewoonten, alcohol- en ander genotmiddelengebruik. De vragen over het alcoholgebruik worden in de leefstijlanamnese ingebed.

*Panel:* Voor jongeren kunnen ook andere signalen van belang zijn, zoals het gedrag van de jongeren in de familiale context en gedrag en prestaties op school.

Deze signalen kunnen ook vanuit het gezin komen, omdat alcoholmisbruik niet los kan worden gezien van de familiale context. Echter, dergelijke signalen zijn in een éénmalig contact met een hulpverlener niet altijd duidelijk.

*Stakeholders:* Een deel van de jongeren gaf aan dat ze niet zullen antwoorden op vragen over hun alcoholgebruik indien het verband met de hulpvraag voor hen niet duidelijk is.

#### *Bevestigen van een vermoeden en bewustwording*

Bij een vermoeden van alcoholmisbruik bespreekt de hulpverlener dit met de jongere. De hulpverlener gaat zo mogelijk uit van de gepresenteerde klacht en brengt deze in verband met alcoholmisbruik, bijvoorbeeld door de volgende vragen:

- 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?

Afhankelijk van de respons kan de hulpverlener de vragen van de AUDIT stellen, maar hij dient een normerende opstelling te vermijden.

**Welke instrumenten zijn betrouwbaar en valide om te screenen? In welke setting dient dit te gebeuren?**

### **Aanbeveling 2**

Screen jongeren van 16 en 17 jaar bij wie het vermoeden bestaat van alcoholmisbruik met behulp van de AUDIT. Indien de tijd beperkt is, kan men kiezen voor een korter instrument zoals de CRAFFT. GRADE 1B (betreft de keuze voor de AUDIT)

#### Toelichting:

##### *Screeningsinstrumenten*

*Bronrichtlijn:* De **'Alcohol-use disorders identification test' (AUDIT)** is een vragenlijst die de hoeveelheid en de frequentie van alcoholgebruik nagaat. Het kan ook gebruikt worden om alcohol gerelateerde problemen en tekenen van mogelijke afhankelijkheid te bevragen. De lijst bestaat uit 10 vragen en elke vraag heeft 5 antwoordmogelijkheden, die overeenkomen met scores van 0 tot 4. De som van de tien items geeft het risico op gevaarlijk of schadelijk drinken weer. Bij meer dan 4 punten is de screening voor jongeren tot 16 jaar positief (NICE, 2011). Bij deze jongeren is een verwijzing en/of nadere assessment van het alcoholgebruik aangewezen (zie aanbevelingen 4 t/m 7).

**CRAFFT (Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble)** is een instrument voor het opsporen van alcohol- en drugmisbruik onder jongeren. Het bestaat uit 6 vragen. Elke vraag die met 'ja' wordt beantwoord levert 1 punt op. Bij 2 of meer punten bestaat er een verhoogd risico op problemen door alcohol- of drugmisbruik.

Het *panel* is van mening dat twee andere vragenlijsten relevant zijn:

1. medewerkers van CLB, Bijzondere Jeugdzorg en JAC kunnen de **SEM-j (individueel Screeningsinstrument Ervaringen met Middelengebruik –jongeren)** gebruiken in het kader van een individuele begeleiding van een jongere. Met dit instrument kan een ernstinschatting worden gemaakt van het middelengebruik van een jongere en van de nood aan verdere alcohol- en drugspecifieke begeleiding. Randvoorwaarden voor het gebruik van de SEM-j zijn dat hulpverleners voldoende tijd kunnen maken en getraind zijn in het afnemen van dit instrument.

2. De NIAAA hebben specifiek voor jongeren een screening ontwikkeld, bestaande uit 2 vragen.

- Bij jongeren tot 14 jaar
  - Heb je vrienden die in het afgelopen jaar alcohol hebben gedronken?
  - Hoeveel dagen in het afgelopen jaar heb je meer dan een paar slokjes alcohol gedronken?

Jongeren tot 14 jaar hebben een verhoogd risico indien zij vrienden hebben die drinken of als zij zelf hebben gedronken.
- Bij jongeren tussen 15 en 18 jaar
  - Hoeveel dagen in het afgelopen jaar heb je gedronken?
  - Hoeveel drinken jouw vrienden meestal op 1 gelegenheid?

Jongeren tussen 15 en 18 jaar hebben een verhoogd risico als zijzelf drinken, waarbij het risico afhangt van de leeftijd en de hoeveelheid. Daarnaast is er een verhoogd risico indien zij vrienden hebben die bingedrinken.

#### *Aanleiding om te screenen*

*Bronrichtlijn:* Jongeren met een verhoogd risico op alcoholmisbruik komen in aanmerking voor screening. Dit zijn bijvoorbeeld die jongeren

- die een ongeluk of verwonding hebben
- die regelmatig op consultatie gaan bij de dienst gynaecologie of dienst urologie van het ziekenhuis of herhaaldelijk nood-anticontraceptie vragen
- die betrokken zijn bij crimineel of ander antisociaal gedrag
- die vaak spijbelen
- die risico lopen op zelfverminking/-verwonding
- die beschermd wonen en/of betrokken zijn bij de kindbescherming
- andere kwetsbare jongeren zoals diegenen van wie gezinsleden alcohol of drugs misbruiken, diegenen met gedrags- mentale of sociale problemen, diegenen die dakloos zijn, diegenen die werken in de prostitutie, en bepaalde etnische minderheidsgroepen.

Zorg tijdens de screening dat de gesprekken afgestemd zijn op de leeftijd van de jongere en zijn mogelijkheden om te begrijpen waarover het gaat, zijn emotionele volwassenheid, cultuur, geloof en overtuigingen. Houdt ook rekening met hun noden en behoeften (gezondheid en sociaal) .

Evalueer routinematig de bekwaamheid van de jongere om toestemming te geven voor alcohol-gerelateerde interventies en behandeling. Bij twijfel, stimuleer hen om hun ouders hierbij te betrekken.

*Panel:* . Bij jongeren die positief screenen dient de ernst van het alcoholmisbruik in kaart te worden gebracht (zie aanbevelingen 4 t/m 7)

*Stakeholders:* De meerderheid van de jongeren zou bereid zijn een schriftelijke vragenlijst in te vullen over hun alcoholgebruik.

## **1.3 Assessment**

### **Welke technische onderzoeken moet men uitvoeren?**

#### **Aanbeveling 3**

a. Laboratoriumonderzoek van gamma-GT, MCV, ALAT of CDT ( ) afzonderlijk of in combinatie is niet geïndiceerd om excessief alcoholgebruik op te sporen in de eerste lijn.

(GRADE 1B)

b. Wel kunnen afwijkende laboratoriumwaarden gebruikt worden voor het opvolgen van de effecten van het alcoholgebruik in de tijd.

(GRADE 2C)

#### Toelichting

*Bronrichtlijn:* Laboratoriumdiagnostiek komt in aanmerking als de arts een vermoeden heeft van alcoholmisbruik -bijvoorbeeld vanwege signalen genoemd onder aanbeveling 1- deze vervolgens met de jongere bespreekt en ter bevestiging aanvult met een vragenlijst. Het vervolg is dan laboratoriumonderzoek



om een uitgangswaarde vast te stellen en indien gewenst het drinkgedrag na een interventie verder op te volgen.

Voor acuut alcoholmisbruik kan een ademtest of een bloedprik (ethanolspiegel in het bloed) uitgevoerd worden. Voor chronisch alcoholmisbruik kunnen testen als gamma-GT, CDT en in mindere mate ALAT, ASAT en MCV overwogen worden. Daarbij is het van belang om bij de interpretatie van dergelijke testuitslagen altijd een overleg aan te gaan met een deskundige (een klinisch opgeleide chemicus).

*Panel:* Het gebruik van afwijkende laboratoriumwaarden voor het opvolgen van de effecten van het alcoholmisbruik is enkel zinvol wanneer de gezondheidswerker inschat een langdurige zorgrelatie te kunnen hebben met de jongere. Het gebruik van deze waarden kan motiverend zijn bij positieve behandelresultaten. Deze waarden kunnen ook belemmerend werken, omdat ze voor jongeren met een terugval de drempel om terug te komen naar de hulpverlener mogelijk verhogen. Potentiële nadelen zijn de hogere kosten en het risico tot medicaliseren van de problematiek.

#### **Aanbeveling 4**

We adviseren om bij traumapatiënten die een eerste hulppost bezoeken het alcoholgehalte in het bloed of de uitademingslucht te bepalen.

(GRADE 2C)

##### Toelichting

*Bronrichtlijn:* Rechtstreekse metingen van alcohol in de adem en/of het bloed kunnen nuttige markers zijn van recent gebruik en voor de beoordeling van intoxicatie.

*Panel:* Deze aanbeveling betreft alleen spoeddiensten in ziekenhuizen. Het zou goed zijn om dit in alle spoedsituaties te doen (inclusief de eerstelijns, - dus ook bijvoorbeeld op huisartsenwachtenposten) omdat alcoholgebruik vaak een rol speelt bij jongere trauma patiënten. Echter, op dit moment is dat niet realistisch door organisatorische belemmeringen. Zo zijn labo's voor bloedafname veelal extern, met als gevolg dat resultaten niet direct beschikbaar zijn. Ook spelen de beperkte beschikbaarheid en de hoge kosten van blaastesten een rol.

*Stakeholders:* Jongeren hebben over het algemeen geen problemen met het ondergaan van een bloedtest om het alcoholgehalte te bepalen. Jongeren zouden kunnen weigeren, maar dan eerder uit angst voor negatieve gevolgen (bijvoorbeeld problemen met een verzekering).

**Hoe kunnen hulpverleners de diagnose en de ernst van het alcoholmisbruik evalueren? Zijn er betrouwbare en valide instrumenten?**

#### **Aanbeveling 5**

Als alcoholmisbruik bij jongeren van 12 tot 17 jaar als potentieel probleem wordt geïdentificeerd bevraag:

- de duur en de ernst van het alcoholmisbruik aan de hand van de AUDIT
- eventuele gerelateerde lichamelijke, psychologische en sociale problemen
- de mogelijke behoefte aan ontwenning onder professionele begeleiding

(GRADE 1C)

##### Toelichting

*Bronrichtlijn:* Hoewel de identificatie van een alcoholprobleem een belangrijk deel is van de evaluatie, zou de focus niet alleen op diagnosticering moeten liggen maar zou deze zich ook moeten richten op het lichamelijke, psychologische en sociale functioneren. De inhoud en omvang van de evaluatie zal afhangen van de setting waarin deze assessment wordt gedaan en het doel van de assessment. Echter, in alle gevallen zou het identificeren van de noden van de jongeren voor behandeling en zorg centraal moeten staan en wat men wilt bereiken met de behandeling en/of zorg, bv verwijzing van de jongere of het aanbieden van behandel mogelijkheden.

Alle hulpverleners dienen getraind te zijn in het identificeren van jongeren met alcoholmisbruik en het uitvoeren van korte interventies. Deze training dient voldoende beschikbaar te zijn.

### **Aanbeveling 6**

Een uitvoerig assessment voor jongeren zou meerdere domeinen moeten beoordelen. De assessment wordt gestructureerd rondom een klinisch interview, gebruik makend van een gevalideerd klinisch instrument (zoals de T-ASI), en zou de volgende domeinen moeten bevragen:

- Alcoholgebruik (drinkpatroon, kenmerken van afhankelijkheid) en gerelateerde problemen
- Bijkomend middelenmisbruik (kenmerken van gebruik en afhankelijkheid) en gerelateerde problemen
- Psychische en lichamelijke gezondheids problemen
- Relaties met peers, sociaal en familiaal functioneren
- Ontwikkelings- en leerbehoeften, opleidingsniveau en aanwezigheid op school
- Verleden van misbruik of trauma
- Risico voor zichzelf en anderen
- Bereidheid om te veranderen en geloof in de eigen mogelijkheden om te veranderen
- Verkrijgen van toestemming tot behandeling
- Ontwikkelen van een plan met behandel doelen en risicomanagement

(GRADE 1C)

#### Toelichting

*Bronrichtlijn:* Het assessment dient plaats te vinden in de context van een uitgebreide, volledige evaluatie van mentale gezondheid, opleiding en sociale noden van jongeren. Gebruik specifieke maten om de aard en de omvang van het alcoholmisbruik en gerelateerde problemen te evalueren.

#### *Het betrekken van andere bronnen van informatie*

Om een gedetailleerd beeld te krijgen van de geschiedenis van gebruik, het niveau van gebruik en de waarheidgetrouwheid van deze informatie kan het nuttig zijn om de ouders of leerkachten op school te bevragen hierover. Ouders kunnen daarnaast een rol hebben als adviseurs en deelnemers in het assessment proces en het ontwikkelen van toekomstige behandelplannen.

De manier waarop het misbruik of de afhankelijkheid zich manifesteert bij jongeren is anders dan bij volwassenen. Bij jongeren wordt vaker een patroon van bingedrinken gezien, vaak samengaan met drugmisbruik. Het is daarom belangrijk om een gedetailleerd zicht te krijgen op het alcoholgebruik en het eventueel daarmee samenhangende drugmisbruik. Daarnaast is van belang te benadrukken dat jongeren minder vaak ontwenningssverschijnselen hebben, en ook een lagere tolerantie. Beide factoren kunnen ertoe bijdragen dat de jongere blijft drinken, vooral bingedrinken. Dit kan resulteren in serieuze implicaties voor lichamelijke en mentale gezondheid, maar zonder de waarschuwingssignalen van opkomende ontwenningssverschijnselen.

Lichamelijk misbruik komt (6 tot 12 keer) vaker voor bij jongeren met alcoholmisbruik. Ook hebben zij een sterk verhoogde kans op seksueel misbruik (Clark et al., 1997a). Omdat lichamelijk of seksueel misbruik een belangrijke rol kan spelen in de ontwikkeling van alcoholmisbruik, is het belangrijk om tijdens het assessment hiernaar te vragen. Een voorgeschiedenis met een trauma is waarschijnlijk gerelateerd aan mogelijke comorbiditeit, bijvoorbeeld de aanwezigheid van post-traumatische stress disorder (PTSD) (Clark et al., 2003). Bovendien kan het leiden tot een minder goed behandelresultaat en een noodzaak aan complexere interventies.

*Panel:* De T-ASI zou als standaard instrument aanbevolen moeten worden. Randvoorwaarden voor het gebruik van dit instrument zijn het getraind zijn van de hulpverleners en voldoende tijd krijgen om het instrument af te nemen.

*Stakeholders:* Hulpverleners gaven aan dat het betrekken van andere bronnen van informatie eerder niet van toepassing was. Ze vonden het wel waardevol om andere bronnen van informatie zoals de ouders te betrekken, maar dit werd niet standaard gedaan.

### **Aanbeveling 7**

Verwijs alle jongeren van 12-15 jaar naar een gespecialiseerde dienst voor een uitgebreide evaluatie van hun behoeften, wanneer hun alcoholmisbruik samengaat met lichamelijke, psychische, educatieve of sociale problemen en/of drugmisbruik.

(consensus)

#### Toelichting

*Panel:* Voor verwijzing kan men gebruik maken van iDA-web. Deze website geeft een overzicht van de alcohol- en drughulpverlening in Vlaanderen en Wallonië.

Vlaanderen: <http://www.ida-nl.be/> bij 'doorverwijsgids'

Wallonië: <http://www.ida-fr.be/accueil> knop 'je cherche une institution'

*Stakeholders:* De meerderheid van de jongeren zou akkoord gaan met een uitgebreide evaluatie van de alcoholproblematiek in een gespecialiseerde dienst.

### **Aanbeveling 8**

Overweeg een doorverwijzing naar een gespecialiseerde dienst bij jongeren:

- met signalen van matige of ernstige alcoholafhankelijkheid
- die geen baat hebben gehad bij kort advies en korte interventies, maar die wel verdere hulp wensen voor hun alcoholprobleem
- met tekenen van ernstige alcohol-gerelateerde stoornissen of comorbiditeit (bij voorbeeld leverziekte of alcohol-gerelateerde mentale gezondheidsproblemen)

(consensus)

#### Toelichting

*Bronrichtlijn:* De meeste jongeren met alcoholafhankelijkheid hebben psychiatrische comorbiditeit. In een groep jongeren met alcoholafhankelijkheid vertoonde 83% gedragsstoornissen en 50% depressie. ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), ODD (oppositieel opstandig gedrag) en PTSD werden gediagnosticeerd bij respectievelijk 29%, 20% en 15% (Clark et al., 1997b). Daarnaast waren 76% van de meisjes en 83% van de jongens ook afhankelijk van een ander middel, meestal cannabis (Perepletchokova et al., 2008).

*Panel:* Andere groepen jongeren zouden ook in aanmerking moeten komen voor verwijzing. De ernst van de problemen is hierbij bepalend. Voorbeelden van alcoholgerelateerde mentale gezondheidsproblemen bij jongeren zijn depressie, angst en leerstoornissen. De hulpverlener kijkt ook naar de sociale omkadering waardoor iemand met minder ernstige problemen maar beperkte sociale steun eerder in aanmerking kan

komen voor verwijzing dan iemand met een ernstigere problematiek maar met brede steun. De hulpverlener weegt de risicofactoren en beschermende factoren tegen elkaar af.

### **Wanneer dienen professionals uit de eerstelijnsgezondheidszorg jongeren met alcoholmisbruik, te verwijzen naar de tweedelijns?**

#### **Aanbeveling 9**

We adviseren om jongeren onder de 16 jaar in een acute fase van alcoholontwenning op te nemen in een ziekenhuis, voor een lichamelijk en psychosociaal assessment, als ook voor medische begeleiding bij de alcoholontwenning.

(consensus)

#### **Aanbeveling 10**

We adviseren om bij jongeren van 16 en 17 jaar ook opname in het ziekenhuis te overwegen om de alcoholontwenning in de acute fase medisch te ondersteunen. Dit geldt ook voor kwetsbare jongeren, bijvoorbeeld diegenen met cognitieve stoornissen of met multiple comorbiditeit, met gebrek aan sociale steun, met leerproblemen.

(consensus)

#### Toelichting

*Bronrichtlijn:* De beslissing of een jongere voor alcoholontwenning opname in een ziekenhuis nodig heeft, wordt bepaald door de ernst van het syndroom, de comorbiditeit en de hulpvraag. De ernst van het alcoholontwenningssyndroom kan beoordeeld worden door ervaren hulpverleners. Er zijn ook gevalideerde scoringsystemen ontwikkeld om de alcoholontwenning te beoordelen. De bekendste is de CIWA-Ar (Clinical Institute of Withdrawal Assessment for Alcohol scale- (Sullivan et al., 1989). Deze is beschikbaar via: ([http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuringinstruments/meetinstrumenten\\_33pdf.pdf](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuringinstruments/meetinstrumenten_33pdf.pdf))

#### **Aanbeveling 11**

Opname is geïndiceerd bij:

- jongeren met een ernstige, acute intoxicatie;
- een onthoudingsdelier;
- onthoudingsinsulten.

Bij jongeren speelt bij de overweging tot opname ook het gecombineerd gebruik met andere psychotrope middelen een rol.

Opname is zeker ook aan te bevelen als er in de onmiddellijke omgeving van de jongere geen of onvoldoende toezicht aanwezig is om contact op te nemen bij verslechtering van het klinische beeld.

(consensus)

#### Toelichting

*Panel:* Het panel gaat akkoord met de verwijscriteria voor residentiële ontwenning, zoals opgesteld in de Australische richtlijnen voor de behandeling van alcoholproblemen. Deze richtlijn beschrijft dat residentiële ontwenning is aangewezen voor personen bij wie men middelmatige tot ernstige ontwenningssymptomen verwacht, met een geschiedenis van ernstige complicaties bij de ontwenning, bij ontwenning van meerdere middelen, bij gebrek aan een veilige omgeving of sociale ondersteuning, bij herhaalde mislukte ambulante ontwenningsopties en een ernstige medische of psychiatrische comorbiditeit (Haber et al., 2009).

## 1.4 Behandeling

### Welke interventies zijn doeltreffend om gezinsleden van jongeren met alcoholmisbruik te ondersteunen?

Voor multicomponent behandeling, waarbij het gezin wordt betrokken bij de behandeling, wordt verwezen naar aanbeveling 20.

*Stakeholders:* Alle bevroagde ouders zouden het op prijs stellen betrokken te worden bij de behandeling van hun kind. Ook stellen ze het op prijs dat hulpverleners hen bevragen over de impact van het misbruik op henzelf, en hulp en advies. De meerderheid van de jongeren zou het betrekken van de familie niet op prijs stellen. Hulpverleners dienen zich van deze discrepantie bewust te zijn.

#### **Aanbevelingen 12**

Moedig gezinsleden aan om betrokken te zijn bij de behandeling van jongeren met alcoholmisbruik, om positieve veranderingen te ondersteunen en vol te houden.

(GRADE 1C)

#### **Aanbevelingen 13**

Bespreek met gezinsleden van jongeren met alcoholmisbruik de impact van alcoholmisbruik op henzelf en op andere gezinsleden. En:

- Geef schriftelijk en mondeling informatie over alcoholmisbruik en de behandeling, inclusief over hoe gezinsleden de jongere kunnen steunen.
- Bied een assessment aan voor de gezinsleden.
- Onderhandel met de jongere en zijn familie over het betrekken van het gezin in de behandeling en het delen van informatie.
- Respecteer het recht op privacy van de jongeren en de gezinsleden.

(GRADE 1C)

#### **Aanbevelingen 14**

Als de noden van de gezinsleden van jongeren met alcoholmisbruik zijn geïdentificeerd:

- Bied begeleide zelfhulp, meestal bestaande uit een enkele sessie met het verstrekken van schriftelijke materialen.
- Geef informatie over en stimuleer contact met ondersteuningsgroepen zoals zelfhulpgroepen, speciaal gericht op de noden van gezinsleden.

(GRADE 1C)

#### **Aanbevelingen 15**

Overweeg gezinsgesprekken voor gezinsleden die geen baat hadden, of die waarschijnlijk geen baat zullen hebben bij begeleide zelfhulp en ondersteuningsgroepen.

Gezinsgesprekken zouden:

- Informatie moeten bevatten over alcoholmisbruik.

- Moeten bijdragen tot het identificeren van bronnen van stress gerelateerd aan alcoholmisbruik.
  - Effectief copinggedrag moeten onderzoeken en stimuleren.
- (GRADE 1C)

#### Toelichting

*Panel:* In België zijn er ondersteuningsgroepen voor gezinsleden (Al-Anon Familiegroepen: [www.al-anonvl.be](http://www.al-anonvl.be)). Al-Anon Familie Groepen vormen een gemeenschap van verwanten en vrienden van alcoholisten. Hun doel is om familie en vrienden van alcoholisten te helpen. Zij doen dat door familieleden en vrienden van alcoholisten op te vangen en te troosten en door begrip op te brengen voor de alcoholist en hem of haar te stimuleren. Ervaringen worden onderling besproken. De groepen geven elkaar kracht en hoop bij het oplossen van problemen.

Daarnaast organiseren bepaalde verslavingsbehandelcentra praatgroepen voor ouders.

<b>Aan welke voorwaarden moet een efficiënt behandelingsproces voldoen?</b>
---

#### **Aanbeveling 16**

Werk samen met ouders, onderwijsvoorzieningen, vertrouwenspersonen van jongeren, geestelijke gezondheidszorg voor jongeren en andere specialisten om:

- De jongeren te ondersteunen.
- De jongeren in voorkomend geval te verwijzen naar andere diensten (zoals OCMW, huisvesting of werkgelegenheid), gebaseerd op een wederzijds overeengekomen plan. Het plan moet rekening houden met de noden van de jongere en afspraken bevatten over regelmatig evaluatiemomenten. (consensus)

#### Toelichting

*Stakeholders:* Alle betrokkenen kunnen de jongere ondersteunen binnen de eigen taakopvatting. Zo kan de school bijdragen door de schoolresultaten van de jongere te monitoren.

#### **Aanbeveling 17**

Motiverende gespreksvoering dient te worden ingezet bij alle psychosociale behandelingen van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid, ongeacht de ernst van de afhankelijkheid.

(GRADE 1B)

#### Toelichting

*Bronrichtlijn:* De belangrijkste kenmerken van motiverende gespreksvoering zijn:

- Zoekt en mobiliseert intrinsieke waarden en doelen bij de jongere om gedragsverandering te stimuleren, zonder normen, waarden of daarop gebaseerde gedragsverandering op te dringen.
- Is een directieve, cliëntgerichte manier van hulpverlening, met als doel om gedragsverandering mogelijk te maken, door patiënten te helpen bij het exploreren en oplossen van ambivalentie.
- Maakt daarbij gebruik van een inventarisatie van voor- en nadelen van de status quo en van verandering, zoals door de jongere ervaren, waarbij vertrouwen en optimisme ten aanzien van mogelijkheden tot verandering worden gevoed en bekrachtigd.
- Ziet 'weerstand' en 'ontkenning' niet als persoonskenmerken maar als een signaal om de hulpverleningsstrategieën bij te stellen.

- Behelst bij uitstek een hulpverlenersrelatie waarin samengewerkt wordt. Het is een stijl van benaderen vanuit een empathische, cliëntgerichte houding, die respect behelst en uitgaat van de autonomie van de jongere.

Motiverende gespreksvoering benadrukt de keuzevrijheid en de eigen verantwoordelijkheid van de jongere waar het gaat om het besluit tot en de gevolgen van gedragsverandering. Tegelijkertijd is het een directieve benadering omdat deze stuurt naar een oplossing voor de ambivalentie.

*Panel:* Hulpverleners dienen getraind te zijn in het uitvoeren van motiverende gespreksvoering en deze training zou voldoende beschikbaar moeten zijn.

### **Aanbeveling 18**

Zelfhulpmaterialen dienen ruim beschikbaar te worden gesteld.  
(GRADE 1B)

#### Toelichting

*Bronrichtlijn:* Zelfhulpmaterialen bestaan uit boeken, brochures en dergelijke die gericht zijn op het motiveren tot en begeleiden van verandering van het drinkgedrag. Deze materialen dienen ter beschikking te worden gesteld van jongeren en hun omgeving (ouders etc).

*Panel:* Voorbeelden van bruikbare materialen kunnen gevonden worden op het internet. Er bestaan sensibiliseringsmaterialen zoals affiches en brochures die worden gepresenteerd in jeugdhuizen, op fuiven en festivals. Deze zijn te verkrijgen in pakketten via [www.dedruglijn.be](http://www.dedruglijn.be). Naast deze algemene materialen bestaan er ook specifieke zelfhulpboeken en video's die de jongeren op weg helpen. Voorbeelden hiervan zijn het boek en de televisie cursus 'minder drinken, doe het zelf'. Als laatste zijn er de online zelfhulpmaterialen die bestaan uit zelftests en informatieforums, zoals [www.alcoholhulp.be](http://www.alcoholhulp.be) en [www.dedruglijn.be](http://www.dedruglijn.be). Tevens kan er ook gedacht worden aan spel materiaal zoals 'rock zero', bedoeld als peer-led zelfhulpmateriaal. Een uitgebreide lijst van mogelijke zelfhulpmaterialen is te vinden op de volgende website: [www.dedruglijn.be](http://www.dedruglijn.be)

Franstalige zelfhulpmaterialen zijn te vinden op de site: [www.infordrogues.be](http://www.infordrogues.be). Deze bevat sensibiliseringsaffiches voor scholen, feesten of festivals. Daarnaast bieden zij ook vormingen aan om te sensibiliseren in een aangepaste context. Ze bieden ook telehulp en online chatsessies met een medewerker. Daarnaast zijn er op de site: [www.jarretquandjeveux.com](http://www.jarretquandjeveux.com) enkele klasvoorstellingen en zelfhulpvideo's te vinden. Als laatste zijn er ook zelftesten en e-permanentie beschikbaar via de site: [www.stopouencore.be](http://www.stopouencore.be). Al deze sites worden verenigd op de hoofdsite [www.infordrogues.be](http://www.infordrogues.be).

*Stakeholders:* De meerderheid van de jongeren gaf aan dat zij Internet raadpleegden voor informatie en advies over alcohol (problematiek). Een enkeling krijgt liever informatie via de school.

### **Aanbeveling 19**

Geef jongeren die alcoholafhankelijk zijn maar niet zijn opgenomen in het ziekenhuis het advies om een plotse vermindering van alcoholinname te vermijden. Geef ook informatie over hoe in contact te komen met lokale alcohol- en drughulpverleningscentra.

(consensus)

#### Toelichting

*Bronrichtlijn:* Een abrupte vermindering van de alcoholinname kan resulteren in ernstige ontwenningverschijnselen bij alcoholafhankelijke personen. De jongere (en zijn ouders) dienen geïnformeerd te worden over het doel van dit advies, ofwel over de risico's van abrupte vermindering van de alcoholinname.

Deze aanbeveling heeft betrekking op alcoholafhankelijke jongeren, maar het evalueren en beheersen van de acute ontwenningfase is prioritair. Als opname van de jongere niet is geïndiceerd, zal het advies meestal inhouden dat de jongere doorgaat met drinken en vervolgens langzaam de alcohol inname reduceert of dat een medisch-geassisteerde alcohol ontwenning wordt ingepland.

*Panel:* Deze aanbeveling zou onderdeel moeten zijn van een bredere, psychosociale aanpak. Dit advies zou in tijd beperkt moeten worden, omdat dit anders door de jongere kan worden opgevat als vrijgeleide om door te gaan met drinken.

*Stakeholders:* Alle bevroegde ouders gaven aan het moeilijk te hebben met dit advies omdat het nut/noodzaak hiervan hen niet duidelijk was en omdat ze het idee hadden dat dit contraproductief zou kunnen zijn. Hulpverleners gaven aan dat ondersteuning, bijvoorbeeld door een arts, bij dit advies gewenst is.

## Welke niet-medicamenteuze (psycho-sociale) interventies moet men toepassen?

### Aanbeveling 20

Korte interventies bij jongeren van 16 en 17 jaar met gevaarlijk of schadelijk alcoholmisbruik (en geïdentificeerd via screening):

- Bied de jongere een korte interventie aan en vraag hiervoor zijn toestemming.
- Geef informatie over lokale, gespecialiseerde alcohol- en drughulpverleningscentra aan jongeren die niet goed reageren op een korte interventie/advies, maar die wel verdere hulp willen. Verwijs hen naar deze hulpverlening als ze dat willen. Verwijs naar specifieke hulpverlening voor jongeren.
- Geef jongeren die actief hulp zoeken voor hun alcoholprobleem een lichamelijk en psychisch onderzoek en bied hen, of verwijs hen naar, passende behandeling en zorg.

(GRADE 1C)

#### Toelichting:

*Bronrichtlijn:* Het doel van de interventie is om jongeren te motiveren om hun gedrag te veranderen door samen te onderzoeken waarom ze zich op een bepaalde wijze gedragen en het vinden van goede redenen om de verandering door te voeren. De interventie moet worden aangeboden door voldoende getrainde medewerkers.

*Stakeholders:* De meerderheid van de jongeren gaven aan mee te werken met een dergelijk korte programma's. Jongeren gaven het liefst informatie en advies te ontvangen van een hulpverlener die niet is gebonden aan hun school zoals een psycholoog.

### Aanbeveling 21

We adviseren de volgende mogelijkheden voor niet-medicamenteuze behandeling van jongeren die alcohol misbruiken:

- In het geval van weinig comorbiditeit en voldoende sociale steun: individuele cognitieve gedragstherapie.
- In het geval van belangrijke comorbiditeit en/of beperkte sociale steun: multicomponent behandelingen (zoals multidimensionele gezinstherapie, korte strategische gezinstherapie, functionele gezinstherapie of multisystemische therapie).

(GRADE 2C)

#### Toelichting



*Bronrichtlijn:* Vergeleken met volwassenen, hebben jongeren die alcohol misbruiken vaker en meer ernstige comorbiditeit (Perepletchikova et al., 2008). Aandoeningen zoals conduct disorder en ADHD bemoeilijken het behandelen van alcoholmisbruik in ernstige zin en men moet overwegen dergelijke aandoeningen tegelijkertijd te behandelen. In die gevallen is het betrekken van het gezin via een multicomponent behandeling de aangewezen strategie.

Het betrekken van het gezin heeft positieve effecten op de mate van betrokkenheid/inzet van de jongere (Dakof et al., 2001). Deze betrokkenheid is meervoudig en beoogt:

- Het verkrijgen van toestemming voor behandeling.
- Het betrekken van gezinsleden ter ondersteuning van het behandelproces.
- Het verkrijgen van meer informatie over het alcohol gebruik en het algemene functioneren van de jongere.
- Het betrekken van het gezin bij ouder training, coping vaardigheden en probleem oplossende vaardigheden met betrekking tot ouderschap en het meer formeel betrekken van deze doelgroep in specifieke gezinsprogramma's.

Alhoewel er veel verschillende benaderingen zijn voor het uitvoeren van een multidimensionele behandeling van alcoholmisbruik, hebben ze vergelijkbare doelen: het geven van informatie over alcoholmisbruik, het verbeteren van de motivatie en de betrokkenheid, het bieden van hulp om abtinent te worden en te blijven, het stellen van consistente grenzen en structuur, het verbeteren van de communicatie en het geven van steun. Voorbeelden van gezinsgerichte interventies zijn: functionele gezinstherapie (Alexander et al., 1990), korte strategische gezinstherapie (Szapocznik et al., 1988), multisystemische therapie (Henggeler et al., 1992) en multidimensionele gezinstherapie (Liddle et al., 1999). Zie begrippenlijst voor meer informatie.

#### *Behandelduur*

Vanwege het gebrek aan wetenschappelijke studies over multidimensionele behandelingen bij jongeren is het niet mogelijk uitspraken te doen over de behandelduur. De richtlijn waaruit de bovenstaande aanbeveling is overgenomen, adviseert een behandelduur van 12 weken. Multidimensionele behandelingen geëvalueerd in recente trials (over cannabismisbruik), duren echter om en bij de 6 maanden (Hendricks et al., 2011; INCANT trial).

*Panel:* De genoemde interventies in de aanbeveling zijn niet exhaustief. Voor jongeren zonder comorbiditeit zijn meer mogelijkheden dan alleen individuele cognitieve gedragstherapie (CGT). Ook bij deze gevallen zou men systemisch moeten kunnen werken. Het protocol/de richtlijn 'Middelenonafhankelijke CGT-behandeling voor jongeren' van Resultaten Scoren (2012) bevat bruikbare informatie over het toepassen van CGT bij jongeren.

*Stakeholders:* Hulpverleners geven aan dat abtinentie voor jongeren wel het eerste, maar niet het enige behandeldoel zou mogen zijn. Indien een jongere niet abtinent kan of wil worden, dienen andere behandeldoelen bespreekbaar te zijn. Hulpverleners geven ook aan dat voor bepaalde jongeren het aanklappend werken/ het blijven ondersteunen een reële en redelijke mogelijkheid is.

## Financiering

Deze richtlijn is ontwikkeld met behulp van financiering door de Federale Overheid - Cel Drugs (BELSPO). De financierder heeft geen invloed gehad op de inhoud van de ontwikkelde richtlijn.

## Referenties

- ADAPTE-youth 2. Trudy Bekkering, Karen Smets, Martine Goossens, Mieke Autrique, David Möbius, Marijs Geirnaert, Bert Aertgeerts, Paul Van Royen, Karin Hannes. Richtlijn Screening, assessment en behandeling van jongeren met drugmisbruik. Leuven, 2013.
- ADAPTE-youth 3. Trudy Bekkering, Mieke Autrique, David Mobius, Karen Smets, Martine Goossens, Bert Aertgeerts, Paul van Royen, Marijs Geirnaert, Karin Hannes. Richtlijn voor de preventie van alcohol en drugmisbruik bij adolescenten. Leuven,, 2013.
- Alexander JF, Waldron HB, Newberry A et al. The functional family therapy model. In Family Therapy for Adolescent Drug Abuse (eds A. S. Friedman & S. Granick), pp. 183–200. Lexington, MA: Lexington Books. 1990. (Geciteerd in: NICE, 2011)
- Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. A report for the European Commission. Londen: Institute of Alcohol Studies, 2006 (Geciteerd in: Michels et al., 2011).
- Boelema S, Ter Bogt T, Van den Eijnden R, Verdurmen J. Fysieke, functionele en gedragsmatige effecten van alcoholgebruik op de ontwikkeling van 16-18 jarigen. Utrecht: Trimbos Instituut/ Universiteit van Utrecht, 2009.
- Clark DB, Lesnick L, Hegedus AM. Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997a Dec;36(12):1744-51 (Geciteerd in: NICE, 2011).
- Clark DB, Pollock N, Bukstein OG, et al. Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1997b, 36, 1195–1203 (Geciteerd in: NICE, 2011).
- Clark DB, De Bellis MD, Lynch KG, et al. Physical and sexual abuse, depression and alcohol use disorders in adolescents: onsets and outcomes. Drugs and Alcohol Dependence 2003, 69, 51–60 (Geciteerd in: NICE, 2011).
- Currie C et al. eds. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6). <http://www.hbsc.org/publications/international/>.
- Dakof GA, Tejada M, Liddle HA. Predictors of engagement in adolescent drug abuse treatment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001 Mar;40(3):274-81 (Geciteerd in: NICE, 2011)
- Databank jeugdrecht: 2006-03 Decreet betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp ([http://www.jeugdrecht.be/?action=artikel\\_detail&artikel=66](http://www.jeugdrecht.be/?action=artikel_detail&artikel=66))
- Databank jeugdrecht: 2006-06 Beroepsgeheim van een hulpverlener bij minderjarige cliënten ([http://www.jeugdrecht.be/?action=artikel\\_detail&artikel=63](http://www.jeugdrecht.be/?action=artikel_detail&artikel=63))
- Databank jeugdrecht: 2011-09/10 De school en de hulpverlener in gesprek: beroepsgeheim en ambtsgeheim ([http://www.jeugdrecht.be/?action=artikel\\_detail&artikel=336](http://www.jeugdrecht.be/?action=artikel_detail&artikel=336))
- Databank Nederlands Jeugd Instituut:  
Multisysteem therapie (<http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/22/638.html>);  
functionele gezinstherapie (<http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/22/600.html>);  
multidimensionele gezinstherapie (<http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/22/637.html>)

- Doedens P, Meulders WAJ, Knibbe RA. Bemoiezorg. Uitkomsten van literatuuronderzoek en praktijkonderzoek in de verslavingszorg. Maastricht: Resultaten Scoren, 2004.  
[http://www.psychiatrieweb.mywebhome.nl/pw.oggz/files/docs/0409\\_ggzn\\_rapport\\_bemoiezorg.pdf](http://www.psychiatrieweb.mywebhome.nl/pw.oggz/files/docs/0409_ggzn_rapport_bemoiezorg.pdf)
- ESPAD. The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries.  
[www.espad.org](http://www.espad.org)
- Fervers B, Burgers JS, Haugh MC, et al. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. *Int J Qual Health Care* 2006;18:167-76.
- GGZ. Multidisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en Trimbos-instituut, 2009.
- Gordon D A, Graves K, Arbuthnot J. The effect of functional family therapy for delinquents on adult criminal behavior. *Criminal Justice and Behavior* 1995, 22, 60–73. (Geciteerd in: NICE, 2011)
- GRADE. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008; 336:924. Zie ook: [www.gradeworkinggroup.org](http://www.gradeworkinggroup.org)
- Haber P, Lintzeris N, Proude E and Lopatko O. Guidelines for the treatment of alcohol problems. 2009 Prepared for the Australian Government Department of Health and Ageing.
- Henggeler SW, Melton GB and Smith LA. Family preservation using multisystematic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992, 60, 953–961. (Geciteerd in: NICE, 2011)
- Hendricks V, Van der Schee E, Blanken P. Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug and alcohol dependence* 2011; 119: 64-71.
- ICD, 1992. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992. (Geciteerd in: Michels et al., 2011)
- INCANT trial. Five-Countries Action Plan for Cannabis Research. <http://www.incant.eu/>
- Liddle HA. A Multidimensional Model for Treating the Adolescent Drug Abuser. In *Empowering Families, Helping Adolescents: Family-Centered Treatment of Adolescents with Mental Health and Substance Abuse Problems*; Snyder, W., Ooms, T., Eds.; U.S. Government Printing Office: Washington, DC, 1999; 91–100. (Geciteerd in: NICE, 2011)
- 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.
- Möbius D. Dossier alcohol. Brussel: Vereniging voor Alcohol en andere Drugs, 2009.
- NICE clinical guideline 100. Alcohol-use disorders: Diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications, London: National Institute for Clinical Excellence, 2010a.
- NICE clinical guideline 115. Alcohol-use disorders. Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. London: National Institute for Clinical Excellence, 2011.
- Peleg-Oren N, Saint-Jean G, Cardenas, GA, Tammarra H. & Pierre C. Drinking alcohol before age 13 and negative outcomes in late adolescence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2009, 33(11), 1966-1972.
- Perepletchikova F, Krystal JH, Kaufman J. Practitioner review: adolescent alcohol use disorders: assessment and treatment issues. *J Child Psychol Psychiatry* 2008 Nov;49(11):1131-54.
- Resultaten Scoren. Richtlijn 'Middelenonafhankelijke CGT-behandeling voor jongeren'. Amersfoort: Resultaten Scoren, 2012.
- Szapocznik J, Rio A, Murray E. et al. Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989, 57, 571–578. (Geciteerd in: NICE, 2011)
- Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J et al. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction* 1989; 84(11):1353-1357.

- VAD. Richtlijnen voor aanvaardbaar alcoholgebruik & definitie bingedrinken. Brussel: Vereniging voor Alcohol en Andere Drugproblemen (VAD), 2009.
- Van Driel M en Chevalier P. Verklarende woordenlijst Evidence-Based Medicine. Gent; Minerva vzw, 2008.
- Van Hout, K. Verslaafd! En dan? Kwalitatief onderzoek bij begeleiders van jongeren met een drug- en/of alcoholprobleem. Masterproef aangeboden tot het verkrijgen van de graad van Master of science in de Psychologie. KU Leuven, 2011/2012.
- Verdurmen J, Abraham M, Planije M, Monshouwer K, Van Dorsselaer S, Schulten I, Bevers J, Vollebergh W. Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar. Schadelijke effecten en effectiviteit van alcoholinterventies. Utrecht: Trimbos Instituut, 2006.
- Wet Rechten van de patiënt. Een uitnodiging tot dialoog. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Uitgever: Cuypers, Brussel. Wettelijk depot: D/2007/2196/6.

**AUDIT**

Instructie: De volgende vragen gaan over uw gebruik van alcoholische dranken zoals bier, wijn, jenever en dergelijke in het afgelopen jaar.

In vraag 2 en 3 worden de glazen bedoeld waaruit drank normaal gedronken wordt. Die worden ook wel standaardglazen genoemd. Een pijpje bier is iets meer, namelijk 1,2 standaardglas, een halve liter bier is 2 standaardglazen. Een hele fles wijn is 8 standaardglazen.

Uw antwoorden blijven vertrouwelijk, dus weest u alstublieft eerlijk.

Omcirkel de tekst in het vak dat het meest overeenkomt met uw antwoord op de vraag.

	Vragen	0	1	2	3	4
1	Hoe vaak drinkt u alcohol?	Nooit	1 keer per maand of minder	2 tot 4 keer per maand	3 tot 5 keer per week	4 of meer keer per week
2	Op een dag dat u alcohol drinkt, hoeveel glazen drinkt u dan gewoonlijk?	1 of 2	3 of 4	5 of 6	7 tot 9	10 of meer
3	Hoe vaak zijn er gelegenheden dat u 6 of meer glazen alcohol drinkt?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
4	Hoe vaak heeft u het afgelopen jaar gemerkt dat u niet kon stoppen met drinken als u eenmaal begonnen was?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
5	Hoe vaak was u in het afgelopen jaar vanwege drankgebruik niet in staat om de dingen te doen die normaal van u verwacht worden?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
6	Hoe vaak heeft u het afgelopen jaar 's ochtends alcohol nodig gehad om weer op gang te komen nadat u teveel had gedronken?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
7	Hoe vaak heeft u zich het afgelopen jaar schuldig gevoeld of spijt gehad nadat u gedronken had?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
8	Hoe vaak kon u zich het afgelopen jaar niet herinneren wat de vorige avond gebeurd was doordat u gedronken had?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
9	Bent uzelf, of is iemand anders ooit gewond geraakt doordat u gedronken had?	Nee		Ja, maar niet in het afgelopen jaar		Ja, in het afgelopen jaar
10	Heeft een familielid, een vriend, een dokter of een andere hulpverlener zich ooit zorgen gemaakt over uw drankgebruik of u aangeraden om minder te drinken?	Nee		Ja, maar niet in het afgelopen jaar		Ja, in het afgelopen jaar

**CRAFFT**

1. Have you ever ridden in a CAR driven by someone (including yourself) who was “high” or had been using alcohol or drugs?
2. Do you ever use alcohol or drugs to RELAX, feel better about yourself, or fit in?
3. Do you ever use alcohol or drugs while you are by yourself, or ALONE?
4. Do you ever FORGET things you did while using alcohol or drugs?
5. Do your FAMILY or FRIENDS ever tell you that you should cut down on your drinking or drug use?
6. Have you ever gotten into TROUBLE while you were using alcohol or drugs?

Each positive question counts for 1 point. A sum score of 2 or more reflects an increased risk of drug problems.

## A2. Medicamenteuze behandeling van ontwenningsverschijnselen

### Welke medicijnen moet men voorschrijven bij ontwenningsverschijnselen?

#### Aanbeveling 22

We adviseren behandeling op basis van het beloop van de ontwenningsverschijnselen\*. Voor het opvolgen van die verschijnselen adviseren we de CIWA-Ar te gebruiken.  
(consensus)

#### Toelichting

*Bronrichtlijn:* De Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar) is een vragenlijst waarmee de ontwenningsverschijnselen in kaart worden gebracht (Sullivan, 1989). Deze lijst inventariseert tien veel voorkomende symptomen: misselijkheid en braken; trillen; zweten; angst; agitatie; tactiele stoornissen; auditieve stoornissen; visuele stoornissen; hoofdpijn; desoriëntatie. Bij een score tussen de 0-9 is er sprake van minimale of geen ontwenningsverschijnselen, bij een score tussen 10-19 is er sprake van milde tot gemiddelde ontwenningsverschijnselen. Bij een score van 20 of hoger is er sprake van ernstige ontwenningsverschijnselen.

Deze vragenlijst is beschikbaar via:

([http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuringinstruments/meetinstrumenten\\_33pdf.pdf](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuringinstruments/meetinstrumenten_33pdf.pdf))

*Panel:* Het behandelen van het beloop van de ontwenningsverschijnselen volgens een vast schema is een goed alternatief. Beoordelingsschalen voor alcoholontwenning (zoals de CIWA-Ar) kunnen worden gebruikt om de ernst van de ontwenningsverschijnselen te beoordelen, de behandeling te sturen (bijvoorbeeld “symptom-triggered” (van de symptomen afhankelijke) medicatieregimes) of bij te sturen en de communicatie tussen klinici te ondersteunen. Ze mogen echter niet als diagnostische instrumenten worden gebruikt.

\* Ontwenningsverschijnselen door een fysieke verslaving bij jongeren zijn zeldzaam.

#### Aanbeveling 23

Langwerkende benzodiazepines worden aanbevolen als middel van eerste keuze bij alcohol detoxificatie.

(GRADE 1B)

#### Toelichting

*Bronrichtlijn:* Alle benzodiazepines zijn veilig en effectief in het voorkomen van alcoholontwenningsverschijnselen. Hoewel langwerkende benzodiazepines effectiever zijn in het voorkomen van insulden en een delirium kunnen ze een risico opleveren voor het ontstaan van extreme sedatie bij risicogroepen.

Benzodiazepines met een kortere werkingstijd (lorazepam, oxazepam, midazolam) kunnen aangewezen zijn wanneer de clinicus zich zorgen maakt over de accumulatie en de te sederende werking van diazepam, bijvoorbeeld bij ernstige leverziekten, een recente hoofdwonde, ademhalingsinsufficiëntie, patiënten met obesitas of als de diagnose onduidelijk is. Kortwerkende benzodiazepines zoals oxazepam en lorazepam hebben dan de voorkeur, omdat deze middelen sneller worden gemetaboliseerd. Lorazepam heeft als bijkomend voordeel dat het voorspelbaar wordt geabsorbeerd bij intramusculaire toediening. Een nadeel is dat het koel bewaard moet worden, wat problematisch kan zijn in de huisartsenpraktijk. Het is niet bekend wat het optimale doseringsschema is van benzodiazepines bij een alcoholonthoudingssyndroom. Het doseringsschema berust op klinische ervaring en consensus. In een gespecialiseerde klinische setting met getraind personeel kunnen eventueel benzodiazepines toegediend worden op basis van identificeerbare symptomen.

Carbamazepine lijkt net als benzodiazepinen effectief bij het verminderen van alcoholonthoudingsverschijnselen. Het voordeel van carbamazepine is dat de kans op misbruik gering is en dat het geen invloed heeft op het leervermogen. De gegevens over dit middel zijn echter nog beperkt en verschillende studies spreken elkaar tegen. Het wordt daarom niet als middel van eerste keuze geadviseerd.

De  $\alpha$ 2-agonist clonidine is ook effectief in verminderen van onthoudingssymptomen. Vanwege de mogelijk ernstige bijwerkingen als hypotensie en sedatie wordt het ontraden om dit middel te gebruiken bij de behandeling van het alcoholonthoudingssyndroom.

#### **Aanbeveling 24**

a. Bij delirium tremens is orale lorazepam de eerste keuze. Dien parenteraal lorazepam, haloperidol of olanzapine toe als de symptomen aanhouden of als de jongere orale medicatie weigert.

(consensus)

b. Herbekijk de ontwenningmedicatie als een delirium tremens zich ontwikkelt bij een jongere die voor acute alcoholontwenning wordt behandeld.

(consensus)

#### Toelichting:

*Bronrichtlijn:* Jongeren die een delirium doormaken zijn vaak gestresseerd. Het is daarom belangrijk om snel te handelen. Omdat het onduidelijk is wanneer de initiële behandeling aanslaat, dient de clinicus een middel toe te dienen dat zal werken totdat de initiële behandeling werkzaam is. Er was geen klinisch bewijs dat het ene middel beter zou zijn dan het andere. Daarom is de aanbeveling om als eerste keuze orale lorazepam te geven gebaseerd op consensus. Bij sterke symptomen of als lorazepam wordt geweigerd, zou parenterale lorazepam, haloperidol of olanzapine gegeven moeten worden. Olanzapine zou minder bijwerkingen hebben dan lorazepam en haloperidol, vooral in hoge doseringen, wat in deze situatie het geval zal zijn. Ondanks het feit dat parenterale olanzapine duurder is, vergeleken met lorazepam en haloperidol, zal de totale impact van de kosten waarschijnlijk gering zijn, omdat voor deze indicatie vaak een enkele dosis nodig is en omdat het aantal patiënten dat dit nodig heeft beperkt is.

*Panel:* Omwille van de risico's voor de jongere is bij delirium tremens een intensieve behandeling nodig, waarvoor opname op intensieve zorgen aangewezen is.

#### **Aanbeveling 25**

a. Overweeg een snelwerkend benzodiazepine (zoals lorazepam) bij jongeren met insulten (of epileptische aanvallen) door alcoholonthouding, om de kans op nieuwe insulten te verminderen.

(GRADE 1C)

b. Als insulten door alcoholonthouding ontstaan bij een jongere die in behandeling is voor acute alcoholontwenning, herbekijk dan het medicatie schema / de ontwenningmedicatie.

(consensus)

c. Geef geen fenytoïne ter behandeling van insulten door alcoholonthouding.

(GRADE 1B)

#### Toelichting



*Bronrichtlijn:* Een goede behandeling zal de incidentie van insulten reduceren, maar kan ze niet altijd voorkomen. Insulten kunnen optreden tijdens een geplande of ongeplande medisch ondersteunde alcoholontwenning, met een prevalentie van ongeveer 8%. Insulten kunnen ook een kenmerk zijn van alcoholontwenning wanneer een afhankelijke drinker minder drinkt.

Het primaire doel is de insulten te stoppen. Insulten zijn in de meeste gevallen zelflimiterend en meestal presenteren mensen zich na het insult. In dit geval is het doel om nieuwe insulten te voorkomen en de andere symptomen van alcoholontwenning op te volgen en te behandelen. Dit is het meest waarschijnlijke klinische scenario.

Er bestaat sterke evidentie dat lorazepam vergeleken met placebo effectief is in de behandeling van onthoudingsinsulten. Fenytoïne vergeleken met placebo bleek niet effectief. Voor meer informatie zie de onderbouwing van deze richtlijn.

## B. Evidence review

### 2.1 Introduction

#### Basic attitude of a caregiver

The caregivers' attitude is essential for the way young persons experience the given care. Based on the principles of integrated youth care, literature and interviews with minors, a study group composed a list with nine characteristics of ideal care givers (Integrale jeugdhulp, 2008).

According to young people, the ideal caregiver:

- Is real and sincere and is not afraid to show his personality to the young person. At the same time he pays attention to the impact of his own behaviour and appearance on the young person (authenticity).
- Has empathy. He is sympathetic and shows understanding as the young person tells something (empathy).
- Is willing to engage the young person in dialogue and give him/her full partnership (equivalence).
- Accepts the young person in his individuality, with his beliefs, norms and values. He acts from an open look for and to other persons and situations (openness).
- Supports the young person unconditionally (unconditionality).
- Maps strengths and possibilities, in addition to problems (positive attitude).
- Exhibits a clear and involved commitment to the young person. In function of the growth of the young person he can be near and far in the relationship at the same time (professional proximity).
- Is discreet in function of the privacy of the young person (reliability)
- Has respect for the pace of the young person (respect).

#### Role of parents

Several reviews reported an association between a poor parent-child relationship and an increased use of alcohol (Foxcroft et al., 1991; Vakalahi, 2001; Ryan et al., 2010). These reviews included predominantly cross-sectional studies or studies that did not control for previous alcohol use. A recent systematic review of longitudinal studies reported a weak association between a negative parent-child relationship and an increase of alcohol use by the child (Visser et al., 2012), possibly due to differences between cross-sectional and longitudinal studies. This needs further investigation.

#### Guideline to acceptable alcohol use

The guideline states that young people of 16 and 17 years should drink no more than 2 drinks of alcohol, and no strong liquor. This is based on guidelines to acceptable alcohol use, issued by VAD, which acknowledges that there are no absolute guidelines on the amount of alcohol that is safe or without any risks, due to the range of risk factors across the population of young people. Two documents were used for these guidelines: The Belgian 'Hoge Gezondheidsraad' (2006) states that alcohol is an important threat for the health and well-being of youngsters. However, from the population viewpoint, there is no scientific evidence for what intake of alcohol is still safe, especially for young people who are extra vulnerable.

The Australian National Health and Medical Research Council (2009) states that for young people under 18 years of age, not drinking alcohol is the safest option. They recommend that children under 15 years of age are at the greatest risk of harm from drinking and that for this age group, not drinking alcohol is especially important. They further recommend that for young people aged 15-17 years, the safest option is to delay the initiation of drinking for as long as possible.

The Australian guideline is based “on evidence showing that the risks of accidents, injuries, violence and self-harm are high among drinkers aged under 18 years. Drinkers under 15 years of age are much more likely than older drinkers to experience risky or antisocial behaviour connected with their drinking, with the rates also somewhat elevated among drinkers aged 15-17 years. In addition, the evidence suggests that earlier initiation of drinking is related to more frequent and higher quantity alcohol consumption in adolescence, and these patterns are in turn related to the development of alcohol-related harms in adolescence and adulthood.”

Table 1. French and English terms for alcohol misuse

<b>The SSMG supports classification of La Société Française d'Alcoologie (SFA) (for adults)*</b>	<b>NICE guidelines support the classification of WHO**</b>
<p><i>Usage à risque (consommateur à risque)</i> Toute conduite d'alcoolisation où la consommation supérieure aux seuils définis par l'OMS et non encore associée à un quelconque dommage d'ordre médical, psychique ou social (dépendance incluse), mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme. Cette catégorie inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS quand elles sont associées à une situation à risque et/ou un risque individuel particulier.</p> <p>L'OMS : moins de 3 unités par jour pour un homme et moins de 2 unités par jour pour une femme</p>	<p><i>Hazardous drinking</i> A pattern of alcohol consumption that increases someone's risk of harm. Some would limit this definition to the physical or mental health consequences (as in harmful use). Others would include the social consequences. The term is currently used by WHO to describe this pattern of alcohol consumption. It is not a diagnostic term.</p>
<p><i>Usage nocif (consommateur à problèmes)</i> Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par : 1) l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool, quels que soient la fréquence et le niveau de consommation, et par : 2) l'absence de dépendance à l'alcool.</p>	<p><i>Harmful drinking</i> is defined in the International Classification of Diseases (ICD-10) as a pattern of drinking that is causing damage to physical (eg to the liver) or mental health (eg episodes of depression secondary to heavy consumption of alcohol). The diagnosis requires that actual damage should have been caused to the mental or physical health of the user.</p>
<p><i>Usage avec dépendance (consommateur dépendant ou alcoolodépendant)</i> Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par la perte de la maîtrise de la consommation. L'usage avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui néanmoins sont souvent associés.</p>	<p><i>Alcohol dependence</i> A cluster of behavioural, cognitive and physiological factors that typically include a strong desire to drink alcohol and difficulties in controlling its use. Someone who is alcohol-dependent may persist in drinking, despite harmful consequences. They will also give alcohol a higher priority than other activities and obligations.</p>

\*La Société Française d'Alcoologie (SFA). Recommandations pour la pratique clinique. *Alcoologie et Addictologie* 2001; 23 (4 Suppl.) : 1S-76S

\*\* WHO. Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization ([http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_lexicon/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/))

## Methodology

This guideline was developed using the ADAPTE procedure (Fervers et al., 2006), a stepwise process to adapt (inter)national guidelines to a local context (Manual, 2009). This procedure has been developed by the ADAPTE Working Group and is regarded as a valid framework for guideline development by several large guideline developing organizations.

The first step of the ADAPTE process is the search for relevant guidelines and to assess the methodological quality of these guidelines using AGREE II (Brouwers et al., 2010). The following steps include the assessment of the relevance of the content of the guidelines with respect to our health questions, the methodological and clinical consistence between the evidence and the recommendation, and whether the recommendations are applicable and acceptable for the Belgian setting. Remaining steps (selection of health questions, updating literature and external review by target users and experts) are conducted similar to developing de novo guidelines.

A panel was established, consisting of experts of several important stakeholders for this guideline, including representation of family members of alcohol misusers. In a first meeting, the panel determined health questions for which they were seeking an answer based on experience and the self-rated expectations of the targeted health professionals and the young people.

### *Searching for guidelines*

A sensitive search was performed aiming to identify all relevant international and national guidelines.\* In June 2011, we searched the following electronic databases: Medline, Embase, Cinahl, PsychInfo, and ERIC using the following search terms:

1. guidelines [MeSH] OR guideline [publication type] OR practice guideline [publication type] OR guideline [title or abstract] OR guidelines [title or abstract]
2. substance-related disorders [MeSH] OR alcohol drinking [MeSH] OR street drugs [MeSH] OR designer drugs [MeSH] OR cannabis [MeSH] OR marijuana smoking [MeSH] OR heroin [MeSH] OR opium [MeSH] OR cocaine [MESH] OR amphetamines [MeSH] OR cannabis OR marijuana OR heroin OR opium OR cocaine OR amphetamine\$ OR speed OR ecstasy
3. drug abuse\$ OR drug use\$ OR drug misuse\$ OR drug dependenc\$ OR substance abuse\$ OR substance use\$ OR substance misuse\$ OR substance dependenc\$
4. #1 AND #2 AND #3

\* One search was performed for three guidelines: assessment and treatment of alcohol misuse, assessment and treatment of drug misuse and prevention of alcohol and drug misuse.

In addition, we searched for guidelines in the following databases using the search terms above: Guidelines International Network; The National Guideline Clearinghouse; The New Zealand Guidelines Group; the Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); Domus Medica; Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG); Dutch Institute of Healthcare Improvement CBO; Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG); National Institute of Clinical Excellence (NICE); Database 'evidence-based guidelines' van Duodecim (Finland, als onderdeel van de Digitale Bibliotheek van het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (CEBAM); WHO.

The Association for Alcohol and Other Drugproblems [Vereniging voor Alcohol en andere Drugsproblemen (VAD) and the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

(EMCDDA) provide an overview of (European) guidelines for alcohol and drug misuse and these were all screened (<http://www.vad.be/evidence-based-werken/richtlijnen.aspx>; <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/standards>) In addition, we searched the internet sites of the following organizations: 'National Drug and Alcohol Research Center' (USA), 'Australian Drug Information Network', 'Alcohol Studies Database' (USA). We searched Google using the search terms described above. Selected guidelines were screened for references to other potentially relevant guidelines and national experts in addiction research were contacted for other guidelines that may have been missed in our search.

#### *Inclusion criteria*

We included evidence-based practice guidelines on the prevention, screening, assessment or treatment of alcohol or illicit drug misuse in adolescents aged 12 to 18 years. Guidelines on alcohol or drug misuse adjacent to other problems, including psychological comorbidity, and guidelines on misuse of caffeine and tobacco were excluded. Guidelines had to be published from January 2006 onwards in the Dutch, English, French or German language.

The first selection was based on title and abstract. Potential relevant documents were downloaded or retrieved and screened in full. All titles and abstracts were screened by 1 reviewer with a second reviewer screening a random sample of 10% in duplicate. The agreement between the reviewers was substantial.

Two independent reviewers assessed the quality of the relevant guidelines using the AGREE II instrument (Brouwers et al., 2010). 32 guidelines were assessed and only the guidelines that scored over 50% of the subscale methodology were selected for the ADAPTE procedure for one of three guidelines. Nine guidelines remained. The content of these nine guidelines was assessed whether they answered one of our health questions. The relevant recommendations were listed together with a summary of the evidence for that recommendation. The evidence was graded using the GRADE system (GRADE working group)

#### GRADE

The GRADE system classifies the quality of evidence in three levels—high (A), moderate (B), low (C). Evidence based on randomised controlled trials begins as high quality evidence, but our confidence in the evidence may be decreased for several reasons, including:

- Study limitations: important (-1) or very important (-2) problems with study quality
- Inconsistency of results: important (-1) or very important (-2) inconsistency
- Indirectness of evidence: some (-1) or major (-2) concerns about directness of evidence
- Imprecision: important (-1) or very important (-2) imprecision.
- Reporting bias: high (-1) or very high (-2) risk of publication bias.

Observational studies (for example, cohort and case-control studies) start with a “low quality” rating. Upgrading may be warranted if there is

- Strong evidence of an association (significant  $RR > 2$  ( $< 0.5$ )), based on consistent evidence of at least 2 observational studies without plausible confounders (+1)
- Very strong evidence of association (significant  $RR > 5$  ( $< 0.2$ )) based on consistent evidence without major threats of validity (+2)
- Evidence of a dose-response association (+1)

- All plausible biases would decrease the magnitude of an apparent treatment effect (+1)

For a number of recommendations, the source guideline states that the recommendation is based on inference derived from literature (IDE). Because it is not clear which literature was used and therefore it is not possible to assess its quality, no GRADE level was assigned. .

The levels can be interpreted as follows:

A: further research will probably NOT change our confidence in the estimation of the effect.

B: further research will probably have an important impact on our confidence in the estimation of the effect.

C: further research will most likely have a major influence on our confidence in the estimation of the effect and will probably change this estimate or any estimate of the effect is very uncertain

#### How recommendations were made

During the 2nd en 3rd meeting (and one skype meeting) all selected recommendations were discussed using the following questions:

1. Is the recommendation clear?

2. Does the recommendation answer our question well?

3. Is the recommendation relevant?

Do we have the required expertise?

Are there organization barriers?

Are there economic barriers?

Can the recommendation be extrapolated to our patient population?

4. What to do with the recommendation?

Adopt; Adapt (why and how?); Reject (why?)

5. How strong do we recommend the recommendation?

Strong (advantages outweigh disadvantages); Weak (advantages are smaller or equal to disadvantages)

The selected recommendations were included in the guideline. If applicable the panel formulated other considerations, which is the result on an interdisciplinary group discussion. Scientific evidence was searched for these considerations. Where this was not found, we stated that the consideration was an opinion of the panel.

For each selected recommendation we added, if available, an explanation about how to implement the recommendation. This information was derived from the source guideline. This was shortened if needed, for example if information was not relevant to our population of young people. The contents of this explanatory section was checked with the panel in a last meeting

During the 2 meetings we discussed 140 recommendations (on alcohol and drug misuse). From these, 24 were included in this guideline on alcohol misuse.

Table 2. Source guidelines for this guideline

Guideline	Title	Recommendation
NL001	Multidisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol (GGZ, 2009)	1, 3, 4, 11, 17, 18, 22, 23
UK003	Alcohol use disorders: diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications (NICE, 2010a)	9, 10, 19, 24, 25
UK004	Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking (NICE, 2010b)	2, 8, 20
UK005	Alcohol use disorders. Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (NICE, 2011)	5, 6, 7, 12-15, 21
UK009	Interventions to reduce substance misuse among vulnerable young people (NICE, 2007)	16

The strengths and weakness of the scientific evidence for each recommendation was evaluated by assessing the validity and coherence of the evidence for each selected recommendation. This was performed in line with the manual (ADAPTE manual, 2009) but with some modifications to make this process feasible within our limited time and budgets. The evidence for a certain recommendation was considered valid if:

- the method of searching for studies is adequate; and
- the protocol of these studies fits the research question; and
- the quality of studies was reported.

The evidence for a certain recommendation was considered coherent if:

- the patients and treatment in the studies are comparable to the patients and treatments in the recommendation; and
- the conclusions of the several studies point in the same direction (are consistent); and
- the results of the studies are important (clinically relevant); and if applicable
- is explained why an intervention is recommended despite limited evidence.

This this assessment, we used documentation of the guidelines only. This included evidence reviews, however no original publications were retrieved for this purpose.

Benefits for health and complications and risk were weighted if this was done by the source guideline.

#### Perspective of target population

The perspective of the target population was investigated by piloting this guideline among two groups of adolescents: 1. students of a secondary school and 2. adolescents who misused drugs. Both groups were asked how they felt about a selection of recommendations of this guideline.

For this purpose, recommendations from all ADAPTE guidelines were screened and recommendations that directly affected young people or recommendations for which cooperation of young people was needed to be implemented were selected. For this reason, recommendations on laboratory tests (recommendation 3) and types of medication (recommendations 22-24) were, among others, not selected. Recommendations for very specific populations i.e. opiate dependent young people (from the guideline on drug misuse) or recommendations with a low level of detail were excluded. The selection was performed by one person and checked by a second person.

The participants were asked whether they would or would not agree/ comply with the recommendations. We also asked to explain the answers. 27 adolescents from a secondary school, aged 16 years, were interviewed at school. This interview took place in one large group. Four adolescents aged between 15 and 18 years who followed an obligatory drugeducation course were interviewed one-by-one. The following recommendations were questioned: 1, 2, 4, 5, 7, 12, 18 and 20.

The guideline was also piloted among eight parents of children who have misused drugs. These parents were member of a self-help group for parents and during one of their meetings they were interviewed in a similar way as the group of adolescents. Only a few recommendations were selected as parents were less often involved in the implementation of the recommendations. The following recommendations were questioned: 12, 13, 14, 15 and 19. Both groups of adolescents and parents were convenient samples.

The results of the interviews were added to the guideline in the section ‘toelichting’ together with any reasons they gave to clarify their views.

#### External review

The draft guideline ‘screening, assessment and treatment on alcohol misuse among young people’ was externally reviewed by clinical experts and methodological experts.

*Clinical experts:* Three clinical experts (two from Flanders and one from Wallonia) have assessed the applicability of the draft guidelines. All worked in the primary care setting or ambulant care.

First, the clinical experts were asked to assess the guideline as a whole. They could answer with ‘completely not, mostly not, mostly, completely’. We converted this to a score from 1 to 4 and calculated the mean score across the experts (see table 3 below).

Table 3. Assessment of clinical experts on the guideline on alcohol misuse (mean score on a 4-p scale from ‘completely not’ to ‘completely’)

	<b>Mean score</b>
1. Is this guideline valuable for you?	3.5
2. Is the treatment approach in this guideline consistent to the approach used in your setting?	3
3. Is the treatment approach in this guideline consistent with your approach?	3
4 Is the approach in this guideline, according to you, consistent with the expectations from young people?	3
5. Can you envisage yourself applying this guideline in your practice?	3
6. Would you recommend the use of this guideline to your colleagues?	3
7. Do you think it is feasible to implement this guideline in your sector in Belgium?	3.5

The scores represent as follows: 1= completely not, 2=mostly not, 3=mostly, 4=completely

Second, the experts were also asked to assess each recommendation whether or not it was applicable in practice and provide comments or other feedback. All comments were listed and for each comment a reply was given by the authors together with potential changes to the guideline. This is available on the following website



[<https://ppw.kuleuven.be/home/english/research/mesrg/publications-of-research-projects>]. Sixty percent of the remarks resulted in changes to the text of the guideline. The majority of changes concerned explanation of the topics discussed in the introduction of the guideline, ie. target group, the attitude of care givers, the role of parents and topics that are relevant for our population but not covered in this guideline.

*Methodological experts:* Two persons with ample research experience in the field of adolescent alcohol and drug misuse evaluated the methodological quality of the draft guidelines using the AGREE II instrument (Brouwers et al., 2010). All 23 items were rated on a 7-item Likert scale from 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree). One AGREE form was completed for the three ADAPTE-youth guidelines as the same methodology was used.

Seventeen AGREE-items received a mean score of five or higher. The mean score for overall quality of the guidelines was 6. The following items received a score below 5: The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought; the views of the funding body have not influenced the content of the guideline; competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed; and a procedure for updating the guideline is provided. All but one item were amended for the final version of this guideline. One remaining issue could not be addressed within the timeframe of this project, which is 'The guideline presents monitoring and/or auditing criteria'.

Any comments of these experts were added to the list of comments (see above) and a reply was formulated.

#### Update literature

A systematic literature search was performed in November 2013 to search for recent evidence that may have an impact on the recommendations adapted from existing guidelines. We searched PubMed, Cochrane Library of Systematic Reviews and the DARE database. Included were systematic reviews on screening, diagnosing or treating alcohol misuse in adolescents, published from 2007 onwards. Reviews with less than half of included studies on participants older than 18 or reviews that did not assess and report the methodological quality of the studies were excluded. The search identified 380 records of which 5 were considered relevant for this guideline. Details on the methods and results are reported in appendix B1. None of the reviews changed a recommendation however one review changed a level of evidence of recommendation 16. The results are included in the Evidence Review.

#### Updating the guideline

Consistent with the procedure of KCE for updating Domus Medica guidelines (Dirven et al., 2006), we recommend that these guidelines are checked between 2016 and 2018 to determine whether an update is needed. This guideline was financed by the Federal Government as part of a fixed-term research project. New funding need to be sought for the update of this guideline.

#### References

- Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna S, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L. for the AGREE Next Steps Consortium. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. Canadian Medical Association Journal, 182, e839-e842. The instrument is available from: [www.agreetrust.org](http://www.agreetrust.org)

- Dirven K, De Sutter A, Van Royen P, Mambourg, F, Van den Bruel A. Herziening bestaande praktijkrichtlijnen. KCE reports vol. 43A, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg / Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2006.
- Fervers B, Burgers JS, Haugh MC, et al. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. *Int J Qual Health Care* 2006; 18:167-76.
- Foxcroft DR, Lowe G. Adolescent drinking behaviour and family socialization factors: a meta-analysis. *J Adolesc* 1991, 14(3):255–273.
- GRADE Collaboration. [www.gradeworkinggroup.org/index.htm](http://www.gradeworkinggroup.org/index.htm)
- Hoge Gezondheidsraad (2006). Rapport van de Hoge Gezondheidsraad. Jongeren en alcohol. Brussel: Hoge Gezondheidsraad.
- Integrale jeugdhulp. Advies participatieve basishouding. De basishouding van de hulpverlener: van visie tot plan van aanpak. 20 oktober 2008 – ontwerp. Beschikbaar via: [http://wvg.vlaanderen.be/jeugdhulp/14\\_west-vlaanderen/databank\\_rsg/Advies%20participatieve%20basishouding.pdf](http://wvg.vlaanderen.be/jeugdhulp/14_west-vlaanderen/databank_rsg/Advies%20participatieve%20basishouding.pdf)
- Manual for Guideline Adaptation Version 2.0 - 2009. [www.adapte.org](http://www.adapte.org)
- National Health and Medical Research Council. Australian alcohol guidelines for low-risk drinking. Draft for public consultation. Australia: Australian government, 2009.
- Ryan SM, Jorm AF, Lubman DI. Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Aust N Z J Psychiatry* 2010, 44(9):774–783.
- Vakalahi HF. Adolescent substance use and family-based risk and protective factors: a literature review. *J Drug Educ* 2001, 31(1):29–46.
- Visser L, De Winter AF and Reijneveld SA. The parent–child relationship and adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health* 2012, 12:886

## 2.2 Screening

(Note from authors: in this Evidence Review we included the original recommendation as this makes it easier to assess the summary of evidence and to see any differences to the adapted recommendations. Original recommendations are stated in Italics in the original language).

### Recommendation 1

*Zowel in de eerste als in de tweede lijn verdient het aanbeveling om bij aanwezigheid van een of meer van de volgende signalen de patiënt te vragen naar zijn alcoholgebruik:*

- *psychische of sociale problemen vaak gecombineerd met slaapproblemen;*
- *de aanwezigheid van een alcoholgeur of sterke geuren ter maskering;*
- *frequent gebruik van en verzoek om tranquillizers en hypnotica;*
- *klachten over moeheid, malaise, tremoren, palpitations of overmatig transpireren, maag-darmklachten, zoals refluxklachten en diarree;*
- *frequente spreekuurbezoeken of frequente bezoeken aan eerste hulp van een ziekenhuis.*

### GRADE 1C

The source guideline (NL001) found moderate evidence to suggest that no symptoms or signs are usable in history taking or clinical assessment to detect alcohol misuse or dependence. (Poppelier, 2002; Van Limbeek, 1992). This would match GRADE B. We downgraded it to C as there was no evidence that these studies included adolescents (indirectness of evidence).

The evidence is not valid because the quality of the studies is not reported and not coherent because a clear link between evidence and recommendation is lacking (it is not clear why the recommended signs were selected from the longer list)

### Summary of evidence

The in literature described signals of excessive alcohol use are largely obtained from studies with serious alcohol problems. The extent to which these signals can also be used for the detection of the less severe problems is not known. Literature presents many signs related to alcohol misuse (see table 4).

Table 4. Indicators of risk of suspicion of harmful alcohol use (from: NL001). Although these signs and symptoms may suggest alcohol abuse and dependence, they are not probative. Conversely, the absence of such signs does not exclude alcohol abuse and dependence.

<p><u>Social problems</u>: relationship problems, abuse, criminal activities, financial problems, workrelated problems such as absenteeism and accidents</p> <p><u>Psychological problems</u>: memory loss and dementia, mood complaints, alcoholic hallucinations, auto mutilation</p> <p><u>Physical problems</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• General: fatigue, malaise, hyperventilation, excessive sweating, change of weight, 'foetor alcoholicus'</li> <li>• <u>Digestive system</u>: reflux complaints, gastritis, ulcer,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Musculoskeletal system</u>: gout, fractures</li> <li>• <u>Urogenital system</u>: sexual dysfunction, male infertility, menstrual disorders</li> <li>• <u>Skin</u>: scars, burns, spider naevi, erythematous and conjunctival redness, swollen, oedematous face, erythema palmare</li> <li>• Laboratory values: increased MCV, increased gamma-GT, increased ASAT(SGOT) and ALAT(SGPT), increased uric acid</li> </ul>
---	---

diarrhea, malabsorption, palpabele liver, pancreatitis • <u>Cardio circulatory system</u> : hypertension, cardiomyopathy, cardiac dysrhythmia, lung infections • <u>Nervous system</u> : headache, tremors, peripheral neuropathy, muscle aches, weakness and atrophy, hyperreflexia, insults, epilepsy, alcohol intoxication, impairments in memory	Other signs: frequent consultations, variable and unexplained complaints, no or unexpected response to treatment, drug interaction, frequent accidents, - excessive use of and request for hypnotics and tranquilizers, notification of alcohol use by third parties, excessive nicotine use, excessive smell of aftershave and other smells
--	--

Basically, every social problem and every mental or somatic complaint for which no good explanation is to be found may be a signal for alcohol problems (Van Rens, 1989; Cornel, 1994). The signs listed in the table may be reason to suspect alcohol misuse or strengthen any previous suspicion (Poppelier, 2002). Unfortunately, none of the signals is specific enough to estimate to what extent the prior chance on problematic alcohol use is increased. That makes the diagnostic pathway for the detection of problematic alcohol use more complicated than the exclusion of alcohol problems (Van Limbeek, 1992)

#### *Other considerations*

The SIGN-guideline (2003) presents a summary of clinical symptoms that may be considered with respect to a potential role of alcohol. The NHG-standard (2005) indicates that there are no specific symptoms or complaints for the diagnosis problematic alcohol use, but that some signals may give rise to a suspicion or strengthen a suspicion. When the NHG-standard was developed, an extended search was performed to identify specific signals, but the signs that were described by Cornel (1994) in his thesis have not maintained. On the other hand, is the question of whether it makes sense to have a moderate validated list of groups at risk, because a patient that is not in the risk group falls has no licence for excessive alcohol use and vice versa. Based on these results, the authors of the source guideline based the recommendation on the SIGN guideline (2003), supplemented with signs from the NHG standard (2005).

#### References (cited from: NL001)

- Cornel M. Detection of problem drinkers in general practice. Proefschrift Rijksuniversiteit Limburg. Amsterdam: Thesis, 1994.
- Van Limbeek J, Van Alem V, Wouters, L. Vroege signalering van alcoholproblematiek in de huisartspraktijk. Huisarts & Wetenschap 1992, 35:72-7,82.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. Standaard Problematisch Alcoholgebruik. Huisarts & Wetenschap 2005, 48(6): 284-295.
- Poppelier A, Van de Wiel A, Van de Mheen D. Overdaad schaadt: een inventarisatie van de lichamelijke gevolgen van sociaal geaccepteerd alcoholgebruik en bingedrinken. Rotterdam: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving, 2002.
- Van Rens HAJ, Cornel M, Van Zutphen WM. Herkenning van problematisch alcoholgebruik in de huisartspraktijk. Huisarts & Wetenschap 1989, 32:48-50.
- SIGN. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. A national clinical guideline. September 2003.

## **Recommendation 2**

Screening young people aged 16 and 17 years who are thought to be at risk from their use of alcohol  
 Complete a validated alcohol screening questionnaire with these young people. Alternatively, if they are judged to be competent enough, ask them to fill one in themselves. In most cases, AUDIT\* (alcohol use disorders identification test) should be used. If time is limited, use an abbreviated version

(such as AUDIT-C, AUDIT-PC, CRAFFT, SASQ or FAST). Screening tools should be appropriate to the setting.

#### **GRADE 1B**

The source guideline (UK004) refers to 2 evidence statements and IDE. However these were considered as partly relevant. For example no evidence was given with respect to the effectiveness of screening. no GRADE level was assigned for the recommendation overall.

However, there is moderate evidence that the AUDIT is a useful instrument to detect alcohol misuse in young people. Therefore we assigned **GRADE 1B** for the use of AUDIT as screening instrument. Only the CRAFFT was selected as short instrument as none of the others were validated in adolescents. This evidence is valid and coherent.

#### Summary of evidence

AUDIT (Babor et al., 2001) was shown to perform more effectively in the identification of alcohol abuse or dependence (when used at a cut-off of greater than or equal to 10) than CAGE, CRAFFT (car, relax, alone, forget, friends, trouble) or RAPS-QF (rapid alcohol problems screen) questionnaires among young people (median age of 19 years) (one high quality cross-sectional diagnostic evaluation, Kelly et al., 2004). AUDIT was also demonstrated to have higher sensitivity (when used at an optimal cut-off of greater than or equal to three) than CAGE, CRAFFT or POSIT (problem oriented screening instrument for teenagers) in the detection of problem use (that is, hazardous or harmful consumption not reaching the diagnostic threshold for an alcohol-related disorder, abuse and dependence) in a sample aged between 14 and 18 years (one high quality cross-sectional diagnostic evaluation, Knight et al., 2003).

The guideline UK005 (NICE, 2011) recommends the standard adult threshold on the AUDIT for referral and intervention to be lowered for young people aged 10–16 years because of the more harmful effects of a given level of alcohol consumption in this population. Two studies using representative populations suggest a cut off score of 4 or more (Chung et al., 2000; Santis et al., 2009).

#### *Other instruments*

**CRAFFT** (Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble) is a short screening instrument to identify alcohol and drug misuse in young people (Knight, 1999). Dhalla et al. (2011) performed a systematic review and concluded that CRAFFT has adequate psychometric properties for detecting alcohol use disorders and substance use disorders in adolescents. At optimal cut-points, sensitivities of the CRAFFT ranged from 0.61 to 1.00, and specificities ranged from 0.33 to 0.97. The CRAFFT showed modest to adequate internal consistency values ranging from 0.65 to 0.86, and high test-retest reliability.

#### **NIAAA-questions**

The screening questions were empirically derived through analyses of data from (1) an 8-year span (2000–2007) of a nationally representative survey, which included more than 166,000 youth ages 12 to 18 (Smith et al., 2010) and (2) multiple longitudinal studies that collected information about young people as they grew up (Brown et al., 2010). While the two recommended questions have not yet been clinically tested, the analyses indicate that they are very effective predictors of adverse alcohol outcomes, both current and future. In addition, the questions are consistent with accepted standards of care in which youth are queried about friends' activities and personal health choices (NIAAA, 2011)

#### **SEM-j (individueel Screeningsinstrument Ervaringen met Middelengebruik –jongeren)**

This questionnaire is more extensive compared to the previous instruments. It aims to assess the severity of substance misuse by adolescents as well as the need for further treatment. The assessment requires more time

and some expertise from the professional. The instrument is based on the Personal Experience Screening Questionnaire (PESQ), which is one of the most usable, reliable and valid screening instruments for substance misuse in young people (Lecresse and Waldron, 1994; Weinberg et al., 1998, Winters 1992; Winters et al., 2002). The PESQ was translated and adapted to the Flemish context. A Dutch manual (Baeten et al., 2009) can be found via: (<http://www.vad.be/media/30366/handleiding%20-%20def.pdf>)

#### Evidence update

One recent systematic review summarized evidence on screening instruments that can assist emergency care clinicians in identifying substance misuse in pediatric patients (Newton et al, 2011). The review included 6 articles evaluating 11 instruments. The AUDIT was consistently used and other instruments were compared to this. Based on the evidence of this review, two 2 measures for emergency care clinicians at this time are recommended: a 2-question instrument derived from DSM-IV criteria for detecting probable alcohol misuse (sensitivity 0.88 95%CI not reported, specificity 0.90, 95%CI not reported) and a 1-question instrument (DISC) for detecting probable cannabis misuse (sensitivity 0.96 95%CI 0.88 to 0.99, specificity 0.86, 95%CI 0.82 to 0.89). Both of these recommended instruments can be used as a “quick screen” in the emergency department to identify those youth who have a high likelihood of having an alcohol- or cannabis-use disorder and who require further comprehensive diagnostic/ clinical workup for diagnosis in a non-emergency department setting. On the basis of the current evidence, the authors recommend that emergency care clinicians use a 2-question instrument for detecting youth alcohol misuse and a 1-question instrument for detecting cannabis misuse. It’s currently unclear whether these tools should be used as targeted or universal screening approaches. The authors highlight methodological problems which may have overestimated instrument accuracy, also among the recommended instruments.

This review presents new instruments to screen for alcohol and cannabis misuse in emergency departments. However the presented evidence is not strong enough to warrant changes to the recommendation.

#### References

- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB. The alcohol use disorders identification test – guidelines for use in primary care. Geneva: World Health Organization, 2001.
- Baeten I, Bernaert I, Claessens J, De Paepe N, Raskin K (redactie). HANDLEIDING SEM-J - individueel Screeningsinstrument Ervaringen met Middelengebruik voor Jongeren. Brussel: VAD, 2009.
- Brown SA, Donovan JE, McGue MK, Shulenberg JE, Zucker RA, & Goldman MA. Youth alcohol screening workgroup II: Determining optimal secondary screening questions. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research* 2010, 34 (Supplement s2), 267A.
- Chung T, Colby N, Barnett D et al. Screening adolescents for problem drinking and performance of brief screens against DSM–IV alcohol diagnoses. *Journal of Studies on Alcohol* 2000; 61: 579–587 (cited from: NICE, 2011)
- Dhalla S, Zumbo BD, Poole G. A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999-2010. *Curr Drug Abuse Rev* 2011 Mar;4(1):57-64.
- Kelly TM, Donovan JE, Chung T, Cook RL, Delbridge TR. Alcohol use disorders among emergency department-treated older adolescents: a new brief screen (RUFT-Cut) using the AUDIT, CAGE, CRAFFT, and RAPS-QF. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research* 2004; 28 (5): 746-753.
- Knight JR, Sherritt L, Harris SK, Gates EC, Chang G. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research* 2003, 27 (1): 67-73.
- Knight JR, Shrier L, Bravender T, Farrell M, Vander Bilt J, Shaffer H. A new brief screen for adolescent substance abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:591- 596

- Newton AS, Gokiert R, Mabood N et al. Instruments to detect alcohol and other drug misuse in the emergency department: a systematic review. *Pediatrics* 2011; 128 (1): e180.
- NIAAA. Alcohol screening and brief intervention for youth. A practitioners guide. 2011. This guide can be found via: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/YouthGuide/YouthGuidePocket.pdf>
- Lecesse M, and Waldron H. Assessing adolescent substance use: a critique of current measurement instruments. Review. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1994; 11 (6), 553-563 (cited from: Baeten et al., 2009).
- Santis R, Garmendia M, Acuña G, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening instrument for adolescents. *Drug and Alcohol Dependence* 2009; 103, 155–157 (cited from: NICE, 2011)
- Smith GT, Chung T, Martin CS, Donovan JE and Windle M. Youth alcohol screening workgroup I: Measuring consumption of alcohol as a screener in children and adolescents. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research* 2010, 34 (Supplement s2), 276A.
- Weinberg N, Rahdert E, Colliver J and Glantz M. Adolescent substance abuse: review of the past 10 years. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 37 (3), 252-261 (cited from: Baeten et al., 2009).
- Winters KC. Development of an Adolescent Alcohol and Other Drug Abuse Screening Scale: Personal Experience Questionnaire. *Addict Behav* 1992; Sep-Oct;17(5):479-90 (cited from: Baeten et al., 2009).
- Winters K, Latimer W and Stinchfield R. Clinical issues in the assessment of adolescent alcohol and other drug use. *Behavioral Research and Therapy* 2002; 40: 1443-1456 (cited from: Baeten et al., 2009).

## 2.3 Assessment

### Recommendation 3a

*Laboratoriumonderzoek van gamma-GT, MCV, ALAT of CDT (koolhydraat deficiënt transferrine) afzonderlijk of in combinatie is niet geïndiceerd om excessief alcoholgebruik op te sporen in de eerste lijn.*

#### GRADE 1B

The source guideline (NL001) found strong evidence that laboratory tests of gamma-GT, MCV and CDT (koolhydraat deficiënt transferrine) are not better compared to the AUDIT to detect hazardous alcohol use in general practice. Combining CDT with gamma-GT produces the highest predictive value. (Koch, 2004; Aertgeerts, 2001; Alte, 2004 Chen, 2003; Diagnostiek van alcoholisme in het kader van CBR-keuringen). This would match GRADE A. We downgraded to B as there was no evidence that these studies included adolescents (indirectness of evidence).

This evidence is valid and coherent.

### Recommendation 3b

*Wel kunnen afwijkende laboratoriumwaarden gebruikt worden voor het vervolgen van de effecten van het alcoholgebruik in de tijd.*

#### GRADE 2C

The source guideline (NL001) found some evidence that a different value of CDT, if possible combined with

gamma-GT can be used to monitor reducing or stopping of alcohol use. (Conceptrichtlijn Opsporing en diagnostiek van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid in het kader van CBR-keuringen). This matched GRADE C.

This evidence is valid and coherent.

### Summary of evidence

#### *Diagnosing chronic misuse*

Laboratory research, such as gamma-GT, ASAT, ALAT, CDT, uric acid or MCV, has limited value in diagnosis of harmful or hazardous alcohol use or alcohol dependence. A cross-section survey of 1992 patients in 69 general practices showed that none of MCV, gamma-GT, ASAT, ALAT, uric acid and the CDT-percentage was suitable as a screening test for alcohol misuse or dependence compared to the Composite International Diagnostic Interview. The properties were worse for women than for men (Aertgeerts, 2001).

In a study of 4310 persons from an open population, the predictive values of gamma-GT, MCV en CDT to detect hazardous alcohol use appeared less than 50% (Alte, 2004). A systematic review showed variation in the sensitivity of several CDT tests, with consistent good specificity: CDTect sensitivity 20-85%, specificity 77-95%; CDTTriTIA sensitivity 50-67%, specificity 90-100%. As alcohol consumption increases, the sensitivity of the CDT-provision increases as well up to 70-80% (Koch, 2004).

Another study among 1684 persons from the open population, teetotalers and for men in rehabilitation clinics showed the combination of CDT and gamma-GT the greatest accuracy (plotted as AUC of ROC curves) for detecting alcohol use of more than 6 units per day in the past month. For women, gamma-GT was the most valid. However the sensitivity did not reach above 75% (Chen, 2003).

#### *Monitoring alcohol use*

If a deviant laboratory value is found, the effect of reducing alcohol consumption may be visible when tests are repeated. Cessation of alcohol consumption results in a declined increased gamma-GT value in two weeks to half and normalizes after about five weeks. If an elevated gamma-GT is found, a repeated test can be useful to monitor the effect of reduction of alcohol stop. In particular, the CDT-test is useful to monitor alcohol use. This is increasingly used for monitoring heavy users (see also NVVP, 2007 chapter 7).

#### *Other considerations*

In primary care, laboratory tests (gamma-GT, MCV, ALAT or CDT) do not generate more reliable results compared to questionnaires. Also, laboratory tests are often not directly available in the contact with patients and the use of questionnaires takes only a little extra time. However, in populations with high prevalence (see NVVP, 2007)) or for a follow-up or to increase persuasion, laboratory tests (mainly CDT and GGT) have added value. The costs of laboratory tests are higher compared to costs of questionnaires.

### References (cited from: NL001)

- Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *Br J Gen Practice* 2001; 51:206-17.
- Alte D, Luedemann J, Rose HJ, John U. Laboratory markers carbohydrate-deficient transferrin, gamma-glutamyltransferase, and mean corpuscular volume are not useful as screening tools for high risk drinking in de general population: results from the Study of Health in Pomerania (SHIP). *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28:931-40.
- Koch H, Meerkerk GJ, Zaat JOM, Ham MF, Scholten RJPM, Assendelft WJJ. The accuracy of carbohydrate deficient transferrin in the detection of excessive alcohol consumption. A systematic review. *Alcohol Alcohol* 2004; 39:75-85.



- Chen J, Conigrave KM, Macaskill P, Whitfield JB, Irwig L. Combining carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyltransferase to increase diagnostic accuracy for problem drinking. *Alcohol & Alcoholism* 2003; 38:574-82.
- NVVP. Conceptrichtlijn opsporing en diagnostiek van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid in het kader van CBR-keuringen, 2007.

#### **Recommendation 4**

*We adviseren om bij traumapatiënten die een eerste hulp bezoeken het alcoholgehalte in bloed of uitademingslucht te bepalen.*

#### **GRADE 2C**

The source guideline (NL001) found some evidence that alcohol use is an important factor in about 25% of patients visiting emergency rooms. Alcohol use is easy to detect by assessing the alcohol level in breath of blood (Cherpitel, 2005; Savola, 2004; Kurzthaler, 2005.) This would match GRADE B. We downgraded to C because there is no evidence that these studies were conducted in adolescents (indirect evidence).

The evidence is valid and coherent.

#### Evidence summary

##### *Diagnosis of harmful alcohol use in emergency medicine*

A pooled study among 44 emergency medicine departments in 16 countries (n=11536) found excessive alcohol use to be present in 24% of patients based on alcohol levels in breath., and 30% of patients based on results of questionnaires (Cherpitel, 2005). The criterion for alcohol use was strict: any use within 6 hours of the accident. A prospective study in 349 visitors of emergency medicine (16-49 years of age) showed an increased alcohol level in blood or breath in 68% of people (the criterion was harmful drinking). This test also gave the most reliable results compared to gamma-GT, MCV and CDT. The sensitivity of measuring alcohol levels was 68% (95%CI 61-73%), specificity 94% (95%CI 87-97%) and the PPV was 96% (95%CI 92-98%). Based on this high percentage, the authors conclude to measure alcohol levels in blood or breathe in trauma patients (Savola, 2004). A possible explanation of the relative poor score of alcohol markers may be that accidents due to alcohol use happen more often in inexperienced and occasional drinkers.

Among 1611 patients who visited the emergency medicine department because of trauma in one year, 27% of men and 8% of women had increased alcohol blood levels. Broken down by type of accident, considerable alcohol use especially played a role in trauma due to violence (57%), traffic (29%) and falls (22%)(Kurzthaler, 2005).

#### Evidence update

One systematic review was found that aimed to evaluate adolescent alcohol screening after injury (Kelleher et al, 2013). The review included 26 studies, of which two studies were of low quality (at least non-experimental descriptive studies) and the remaining were expert committee reports, opinions or experiences.

The authors conclude that injured adolescent trauma patients should be universally screened for alcohol misuse during their hospital visit. To maximize the number of at-risk adolescents targeted for interventions, screening should begin at minimum at 12 years. As no screen identifies all at-risk adolescents, a serial screening method using both biochemical tests and standardized questionnaires may increase screening efficacy. This review does not necessitate changes to the recommendation.

#### References

- Cherpitel CJ, Yu Ye, Bond J, Rehm J, Poznyak V, Macdonald S, et al. Multi-level analysis of alcohol-related injury among emergency department patients: a cross-national study. *Addiction* 2005; 100:1840-50 (cited from: NL001).

- Kelleher DC, Renaud EJ, Ehrlich PF et al. Guidelines for alcohol screening in adolescent trauma patients: A report from the Pediatric Trauma Society Guidelines Committee. *J Trauma Acute Care Surg* 2013; 74: 671-82.
- Kurzthaler I, Wambacher M, Golser K, Sperner G, Sperner-Unterweger B, Haidekker A, et al. Alcohol and/or benzodiazepine use: different accidents-different impacts? *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2005; 20: 583-9 (cited from: NL001).
- Savola O, Niemela O, Hillbom M. Blood alcohol is the best indicator of hazardous alcohol drinking in young adults and working-age patients with trauma. *Alcohol & Alcoholism* 2004; 39:340-5 (cited from: NL001).

### **Recommendation 5**

*If alcohol misuse is identified as a potential problem, with potential physical, psychological, educational or social consequences, in children and young people aged 10–17 years, conduct an initial brief assessment to assess:*

- *the duration and severity of the alcohol misuse (the standard adult threshold on the AUDIT for referral and intervention should be lowered for young people aged 10–16 years because of the more harmful effects of a given level of alcohol consumption in this population)*
- *any associated health and social problems*
- *the potential need for assisted withdrawal.*

#### **GRADE 1C**

The source guideline (UK005) found some evidence for the AUDIT questionnaire to be appropriate and suitable for use as a diagnostic instrument . This matches with GRADE C.

The evidence is valid but not coherent as the recommendation is broader than the evidence.

#### Evidence summary

The authors of the source guideline (UK005) conducted a systematic review of diagnostic and assessment tools for alcohol dependence and harmful alcohol use, specifically for children and young people up to 18 years. Literature was searched up to March 2010.

The original intention was to conduct a quantitative review assessing the sensitivity, specificity and positive predictive value of the instruments for case identification, diagnosis, assessment and alcohol related problems in children and young people. However, the search failed to identify sufficient data to allow for a quantitative review. As a result, a narrative synthesis of the tools was undertaken and the conclusions are presented below. The identification and subsequent criteria necessary for inclusion in the narrative review of assessment tools were that:

- the tool assesses primarily alcohol and not drugs
- the tool has either been developed for use in children and young people or has been validated in this population
- the tool has established and satisfactory psychometric data (for example, validity/reliability and sensitivity/specificity)
- the tool assesses a wide range of problem domains (for example, dependence, quantity/frequency of alcohol consumed, alcohol-related problems and so on)
- the tool has favourable administrative properties (for example, copyright, cost, time to administer and so on).

### *Case identification/diagnosis*

From the review of the literature, using the stipulated inclusion and exclusion criteria and properties outlined above, the authors of the source guideline identified three tools for case identification in children and young people. These were the AAIS (Mayer & Filstead, 1979), the ADI (Harrell & Wirtz, 1985) and AUDIT (Babor et al., 2001). The AUDIT questionnaire was found to be the most appropriate and suitable for use as a case identification/diagnostic instrument. We also evaluated the need for a revised cut-off in young people using the AUDIT questionnaire. Chung and colleagues (2000) recommends modification of the AUDIT to be more appropriate to young people. Two studies using representative populations suggest a cut off score of 4 or more (Chung et al., 2000; Santis et al., 2009).

### References (cited from: UK005)

- Mayer J & Filstead WJ. The Adolescent Alcohol Involvement Scale: An instrument for measuring adolescents' use and misuse of alcohol. *Journal of Studies on Alcohol* 1979, 40, 291–300.
- Harrell AV & Wirtz PW. The Adolescent Drinking Index Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1985.
- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, et al. AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (2nd edn). Geneva: WHO, 2001.
- Chung T, Colby N, Barnett D, et al. Screening adolescents for problem drinking and performance of brief screens against DSM–IV alcohol diagnoses. *Journal of Studies on Alcohol* 2000, 61, 579–587.
- Santis R, Garmendia M, Acuña, G, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening instrument for adolescents. *Drug and Alcohol Dependence* 2009, 103, 155–157.

### **Recommendation 6**

*A comprehensive assessment for children and young people (supported if possible by additional information from a parent or carer) should assess multiple areas of need, be structured around a clinical interview using a validated clinical tool (the Teen Addiction Severity Index [T-ASI]), and cover the following areas:*

- *consumption, dependence features and patterns of drinking*
- *comorbid substance misuse (consumption and dependence features) and associated problems*
- *mental and physical health problems*
- *peer relationships and social and family functioning*
- *developmental and cognitive needs, and educational attainment and attendance*
- *history of abuse and trauma*
- *risk to self and others*
- *readiness to change and belief in the ability to change*
- *obtaining consent to treatment*
- *developing a care plan and risk management plan.*

#### **GRADE 1C**

The source guideline (UK 005) found some evidence that the T-ASI is a useful instrument to assess alcohol misuse and related problems in adolescents. This matches with GRADE C.

The evidence is not valid because the quality of the studies is not reported and not coherent as the recommendation is broader than the evidence.

### Evidence summary

The authors of the source guideline performed a systematic review (see recommendation 4).

A number of clinical interview tools which provide a comprehensive assessment of alcohol misuse in children and young people specifically were identified. These are: the ADI (Winters & Henly, 1993); the CASI-A (Meyers et al., 1995); the CDDR (Brown et al., 1998); the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC; Piacentini et al., 1993); the SCID SUDM (Martin et al., 1995a); the SUDDS-IV (Hoffman & Harrison, 1995); and the Teen Addiction Severity Index (T-ASI; Kaminer et al., 1991).

The working group of the source guideline made a consensus-based decision to exclude the CASI-A, CDDR, SCID SUDM and SUDDS-IV from the narrative review because these tools have been developed for the use in adolescents over the age of 16 years old population only, and hence may be inappropriate for use with children under that age. Based on the previous outlined criteria (see recommendation 4) the clinical interview tools which met inclusion criteria and are included in this narrative review are the ADI, DISC and T-ASI.

The review identified some problems with the DISC including population in which it was standardised, its duration and its cost. The ADI and the T-ASI both could be used as part of a comprehensive assessment of alcohol misuse. However, although the T-ASI is free to use, the ADI can only be obtained at a monetary cost. Furthermore, the T-ASI has utility as an outcome monitoring tool and, although perhaps too long for routine use (30 minutes), it may have value as an outcome measure for periodic reviews. These tools should be used and interpreted by trained staff. The comprehensive interview should not only assess the presence of an alcohol use disorder, but also other comorbid and social problems, development needs, educational and social progress, motivation and self-efficacy, and risk.

The panel feels that the T-ASI should be recommended in Belgium as standard instrument

#### *Teen Addiction Severity Index*

The T-ASI is a semi-structured clinical interview designed to provide a reliable and valid measure in the evaluation of substance abuse in adolescents. It has 126 items that provide severity ratings for psychoactive substance use, school or employment status, family function, peer-social relationships, legal status and psychiatric status.

The T-ASI has satisfactory inter-rater reliability ( $R = 0.78$ ) and has been found to have utility in both the clinical identification of alcohol dependence or harmful alcohol use, as well as in the assessment of changes of severity over time as a response to treatment, and hence may be applicable as an outcome monitoring tool (Kaminer et al., 1991). Kaminer and colleagues (1993) also established that the T-ASI could adequately distinguish between 12- to 17-year-olds with and without substance-use disorders as defined by the DSM-III-R. The T-ASI has an added benefit as it can be administered in less than 30 minutes, it is free to use and not copyrighted.

#### References (cited from : UK005)

- Brown SA, Meyer MG, Lippke L, et al. Psychometric evaluation of the customary drinking and drug use record (CDDR): a measure of adolescent alcohol and drug involvement. *Journal of Studies on Alcohol* 1998; 59, 427–438.
- Hoffmann NG and Harrison PA. SUDDS-IV: Substance Use Disorder Diagnostic Schedule-IV. St Paul, MN: New Standards, Inc, 1995.
- Kaminer Y, Burkstein OG and Tarter RE. The Teen Addiction Severity Index: rationale and reliability. *The International Journal of the Addictions* 1991; 26, 219–226.
- Kaminer Y, Wagner E, Plummer B, et al. Validation of the Teen Addiction Severity Index (T-ASI): preliminary findings. *American Journal on Addictions* 1993; 2, 250– 254.
- Martin C, Kaczynski N, Maisto S, et al. Patterns of DSM-IV alcohol abuse and dependence symptoms in adolescent drinkers. *Journal of Studies on Alcohol* 1995a, 56, 672–680.

- Meyers K, McLellan AT, Jaeger JL, et al. The development of the Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents (CASI-A): an interview for assessing the multiple problems of adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1995; 12: 181–193.
- Piacentini J, Shaffer D, Fisher P, et al. The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised version (DISC-R): III. Concurrent criterion validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1993; 32: 658–665.
- Winters KC and Henly GA. *Personal Experience Inventory (PEI) Test and Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 1989.

### **Recommendation 7**

*Refer all children and young people aged 10–15 years to a specialist child and adolescent mental health service (CAMHS) for a comprehensive assessment of their needs, if their alcohol misuse is associated with physical, psychological, educational and social problems and/or comorbid drug misuse.*

The source guideline (UK005) does not report any evidence for this recommendation. Therefore we assumed this was based on consensus.

### **Recommendation 8**

*Consider making a referral for specialist treatment if one or more of the following has occurred. They:*

- *show signs of moderate or severe alcohol-dependence (see definition on p 48)*
- *have failed to benefit from structured brief advice and an extended brief intervention and wish to receive further help for an alcohol problem*
- *show signs of severe alcohol-related impairment or have a related co-morbid condition (for example, liver disease or alcohol-related mental health problems).*

The source guideline (UK004) does not report any evidence for this recommendation. Therefore we assumed this was based on consensus.

### **Recommendation 9**

*For young people under 16 years who are in acute alcohol withdrawal, offer admission to hospital for physical and psychosocial assessment, in addition to medically assisted alcohol withdrawal.*

A systematic search by the authors of the source guideline (UK003) did not reveal any studies for young people under 16.

### **Recommendation 10**

*For certain vulnerable people who are in acute alcohol withdrawal (for example, those who are frail, have cognitive impairment or multiple comorbidities, lack social support, have learning difficulties or are 16 or 17 years), consider a lower threshold for admission to hospital for medically assisted alcohol withdrawal.*

A systematic search by the authors of the source guideline (UK003) did not reveal any relevant studies.

### Summary of evidence

A systematic review was undertaken for the following questions:

- 'What are the benefits and risks of unplanned 'emergency' withdrawal from alcohol in acute medical settings versus discharge?
- What criteria (e.g. previous treatment, homelessness, levels of home support, age group) should be used to admit a patient with acute alcohol withdrawal for unplanned emergency withdrawal from alcohol?

All of the studies reviewed were in adult populations although age was not restricted when undertaking the literature search. As such, the authors of the source guideline agreed that while the presentation of a young person with alcohol withdrawal is rare it is associated with a unique set of problems and management should always include addressing any underlying long-term psychosocial issues. The authors of the source guideline agreed that this population is particularly vulnerable and that admission should be considered at a lower threshold in those under 18 and advised in those under 16. The authors of the source guideline recognise that intoxication is a more common problem than withdrawal in this age group.

No correlation was found between age and the severity of withdrawal: however, it was noted that frail people may be more susceptible to post-discharge injury from falls, slips and the like. The authors of the source guideline agreed there should be a lower threshold for admission for the medical management of alcohol withdrawal in this population. They recognised that biological is more important than chronological age.

The authors of the source guideline noted that a person's level of social support outside the hospital setting can make a considerable difference to the outcome and may impact upon the decision as to whether they will require admission or not.

### **Recommendation 11**

*Opname is geïndiceerd bij:*

- *mensen met een ernstige acute intoxicatie;*
- *een onthoudingsdelier;*
- *onthoudingsinsulten*

*Bij jongeren speelt eventueel een combinatie met andere psychotrope middelen een rol.*

*Opname is zeker te aan te bevelen als er in de onmiddellijke omgeving van de patiënt geen personen of onvoldoende toezicht aanwezig zijn om contact op te nemen bij verslechtering van het klinische beeld.*

The source guideline (NL001) does not report evidence for this recommendation. Therefore we assumed this was based on consensus.

## **2.4 Treatment**

### **Recommendation 12**

*Encourage families and carers to be involved in the treatment and care of people who misuse alcohol to help support and maintain positive change.*

**GRADE 1C**

The source guideline (UK005) states that there is some evidence that family and friends can have an important role in supporting a person with an alcohol problem to promote and maintain change, but in order to do this they require information and support from healthcare professionals. This matches with GRADE C.

The evidence is coherent but not valid because the quality of the studies was not reported.

Evidence summary

See below (recommendation 13)

**Recommendation 13**

*When families and carers are involved in supporting a person who misuses alcohol, discuss concerns about the impact of alcohol misuse on themselves and other family members, and:*

- *provide written and verbal information on alcohol misuse and its management, including how families and carers can support the service user offer a carer's assessment where necessary*
- *negotiate with the service user and their family or carer about the family or carer's involvement in their care and the sharing of information; make sure the service user's, family's and carer's right to confidentiality is respected.*

**GRADE 1C**

The source guideline (UK005) states that there is some evidence that family and friends can have an important role in supporting a person with an alcohol problem to promote and maintain change, but in order to do this they require information and support from healthcare professionals. This matches with GRADE C.

Evidence not valid because the quality of the studies was not reported and not coherent because there is no clear link between evidence and recommendation

Evidence summary

The authors of the source guideline (UK005) performed a systematic search for published reviews of relevant qualitative studies of people who misuse alcohol. The aim of the review was to explore the experience of care for people who misuse alcohol and their families and carers in terms of the broad topics of receiving a diagnosis, accessing services and having treatment. 33 studies were found and two studies reported on experience of support from family and voluntary organisations.

Orford and colleagues (2005) also found that the influence of family and friends helped in promoting change in alcohol consumption. Treatment seemed to assist participants in finding non-drink related activities and friends, and seeking out more support from their social networks to deal with problematic situations involving alcohol. Supportive networks provided by AA and the 12-step programme facilitated recovery for participants in the Dyson (2007) study as well, because they were able to be with others who genuinely understood their experiences and fostered a sense of acceptance: 'Here was a bunch of people who really understood where I was coming from'.

In summary, family and friends can have an important role in supporting a person with an alcohol problem to promote and maintain change, but in order to do this they require information and support from healthcare professionals. But the strain on carers can be challenging and they may require a carer's assessment.

*From evidence to recommendations*

The authors of the source guideline (UK005) conclude that given the challenges of caring for someone with an alcohol problem, as described in the review of the literature, more information and support should be available

to carers and there should be an emphasis on including them in the treatment process, if this is appropriate and the service user agrees. Furthermore, with the understanding of how important positive social support networks are in maintaining positive change, helping carers supporting their supportive role is crucial in order to promote change.

References (cited from: UK005)

- Orford J, Natera G, Copello A, et al. Coping with Alcohol and Drug Problems: The Experiences of Family Members in Three Contrasting Cultures. London: Taylor and Francis, 2005.
- Dyson J. Experience of alcohol dependence: a qualitative study. Journal of Family Health Care 2007, 17, 211 214.

**Recommendation 14**

*When the needs of families and carers of people who misuse alcohol have been identified: offer guided self-help, usually consisting of a single session, with the provision of written materials provide information about, and facilitate contact with, support groups (such as self-help groups specifically focused on addressing the needs of families and carers).*

**GRADE 1C**

The source guideline (UK005) found some evidence that self-help interventions are as effective as more intensive psychological interventions in reducing stress and improving psychological functioning for carers and families of people who misuse drugs and alcohol. The authors found several RCTs, which would match GRADE B. However, these are very detailed while the recommendation is very broad. Therefore we downgraded to C (indirectness of evidence)

The evidence is not valid as the quality was not reported and not coherent because it refers to substance misuse and not specific for young people.

Evidence summary

See below (recommendation 15)

**Recommendation 15**

*If the families and carers of people who misuse alcohol have not benefited, or are not likely to benefit, from guided self-help and/or support groups and continue to have significant problems, consider offering family meetings. These should: provide information and education about alcohol misuse help to identify sources of stress related to alcohol misuse explore and promote effective coping behaviours usually consist of at least five weekly sessions.*

**GRADE 1C**

The source guideline (UK005) found some evidence that self-help interventions are as effective as more intensive psychological interventions in reducing stress and improving psychological functioning for carers and families of people who misuse drugs and alcohol. The authors found several RCTs, which would match GRADE B. However, these are very detailed while the recommendation is very broad. Therefore we downgraded to C (indirectness of evidence).

The evidence is not valid as the quality was not reported and not coherent because it refers to substance



misuse and not specific for young people.

### Evidence summary

In developing the source guideline the authors drew on a previous review of psychological interventions for carers which had been undertaken for the NICE guideline on Psychosocial Interventions for Drug Misuse (NCCMH, 2008). This was a pragmatic decision as the previous review had drawn on literature covering both drug misuse and alcohol misuse and searches conducted for this guideline had failed to find any substantial new evidence from interventions to support family members and carers.

The outcome of the NCCMH (2008) review is summarised below in narrative form. The NCCMH (2008) guideline identified a number of interventions in the drug and alcohol field that had been developed and tested in formal trials. They are listed below

#### *5-step intervention*

The 5-Step intervention seeks to help families and carers in their own right, independent of relatives who misuse drugs or alcohol. It focuses on three key areas: stress experienced by relatives, their coping responses and the social support available to them. Step 1 consists of listening and reassuring the carer, Step 2 involves providing relevant information, Step 3 counselling about coping, Step 4 counselling about social support and Step 5 discussion of the need for other sources of specialist help. This intervention consists of up to five sessions.

#### *Community reinforcement and family training*

Community reinforcement and family training is a manualised treatment programme that includes training in domestic violence precautions, motivational strategies, positive reinforcement training for carers and their significant other, and communication training. However, the primary aim of the treatment appears to be encouraging the person who misuses drugs or alcohol to enter treatment. This intervention again consists of up to five sessions.

#### *Self-help support groups*

A group of families and carers of people who misuse drugs meets regularly to provide help and support for one another.

#### *Guided self-help*

A professional offers a self-help manual (for example, based on the 5-step intervention), provides a brief introduction to the main sections of the manual and encourages the families and/or carers of people who misuse drugs to work through it in their own time at home.

#### *Summary of the 2008 review*

The review identified a total of three RCTs including two trials (Kirby et al., 1999; Meyers et al., 2002) for community reinforcement and family training (CRFT) compared with 12-step self-help groups and one trial (Copello et al., 2009) of the 5-Step intervention in which 5-Step interventions of various intensities were compared.

Neither Kirby and colleagues 1999, or Meyers and colleagues found any significant difference between CRFT and 12-step self-help groups for reported levels of drug or alcohol use<sup>40</sup>. However, Kirby and colleagues (1999) found statistically significant changes from baseline for both groups in relation to carer problems and psychological functioning. In contrast, Meyers and colleagues (2002) found no statistically significant differences (after Bonferroni corrections for multiple testing) in changes from baseline at 12-month follow-up. In the case of the 5-step intervention Copello and colleagues (2009) on two primary outcomes related to physical and psychological health and coping, no statistically significant differences were found between the

full intervention and the guided self-help conditions for both physical and psychological health (WMD - 0.23; 95% CI, -4.11 to 3.65) and coping (WMD -0.12; 95% CI, -5.42 to 5.19).

#### *Clinical summary*

For both community reinforcement and family training and 5-step intervention, there were no statistically significant differences found between these more intensive interventions and self-help (that is, 12-step self-help groups and guided self-help). It appears that self-help interventions are as effective as more intensive psychological interventions in reducing stress and improving psychological functioning for carers and families of people who misuse drugs and alcohol.

GRADE table for self-help vs self-help intervention (from:

<http://guidance.nice.org.uk/CG115/Guidance/Appendices/18c/pdf/English>)

Amount of alcohol consumed at 7 to 12-month follow-up – number of standard drinks per week at 9-month follow-up (Better indicated by lower values)		
SMD 0.54 lower (95%CI 1.06 to 0.02 lower)	High quality of evidence	1 RCT
Amount of alcohol consumed at 7 to 12-month follow-up - number of DDD at 9-month follow-up (Better indicated by lower values)		
SMD 0.19 lower (95%CI 0.7 lower to 0.32 higher)	Moderate quality of evidence	1 RCT
Amount of alcohol consumed >12-month follow-up - number of standard drinks per week at 23-month follow-up (Better indicated by lower values)		
SMD 0.45 lower (95%CI 0.97 lower to 0.07 higher)	Moderate quality of evidence	1 RCT
Amount of alcohol consumed >12-month follow-up - number of DDD at 23-month follow-up (Better indicated by lower values)		
SMD 0.1 lower (95%CI 0.61 lower to 0.41 higher)	Moderate quality of evidence	1 RCT
Attrition at 23-month follow-up		
RR 0.91 (95%CI 0.53 to 1.55); 34 fewer per 1000 (95%CI from 180 fewer to 211 more)	Moderate quality of evidence	1 RCT

#### References (cited from : NCCMH, 2008)

- NCCMH. Drug misuse. Psychosocial interventions. CG 51. London: National Institute of Clinical Excellence, 2008.
- Kirby KC, Marlowe DB, Festinger DS, et al. Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: a unilateral intervention to increase treatment entry of drug users. *Drug and Alcohol Dependence* 1999; 56: 85–96.
- Meyers RJ, Miller WR, Smith JE, et al. A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned significant others. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002; 70: 1182–1185.
- Copello AG, Templeton L, Orford J, et al. The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative: a randomized trial. *Addiction* 2009; 104: 49–58.

#### **Recommendation 16**

*Work with parents or carers, education welfare services, children’s trusts, child and adolescent mental health services, school drug advisers or other specialists to:*

- provide support (schools may provide direct support)
- refer the children and young people, as appropriate, to other services (such as social care, housing or employment), based on a mutually agreed plan. The plan should take account of the child or young person's needs and include review arrangements.

The source guideline (UK009) states that this recommendation is based on IDE (inference derived of the evidence).

### **Recommendation 17**

*Motiverende gespreksvoering dient te worden ingezet bij alle psychosociale behandelingen van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid, ongeacht de ernst van de afhankelijkheid.*

#### **GRADE 1B**

The source guideline (NL001) found strong evidence to support that, in non-clinical populations, motivational interviewing is more effective compared to no treatment. Motivational interviewing is as effective as other brief interventions and extended active psychological interventions (Miller, 2002; Burke, 2003; Rubak, 2005; Vasilaki, Hosier & Cox, 2006). This would match GRADE A. However we downgraded it to GRADE B as there are no indications that these studies were conducted in adolescents. A recent review found evidence that motivational interviewing is effective to treat adolescent alcohol misuse (Barnett et al 2012). Although this is direct evidence, the lack of information on methodological quality prohibits an upgrade.

The evidence is valid and coherent.

#### Evidence summary

##### *Effectiveness of motivational interviewing compared to other or no intervention*

Note: Most studies reported here lack information on setting and participants with respect to age, sex and ethnicity.

Burke et al. (2003) performed a meta-analysis of interventions based on motivational interviewing, for which they also compared effect sizes between motivational interviewing interventions and no intervention and other interventions, respectively. Their analysis includes all available studies on alcohol and other addictive behavior. Many of these studies were conducted in the addiction care, but some studies were performed in general hospitals and in primary care. Their conclusions on the basis of the sixteen selected studies on alcohol misuse was that these interventions have a small impact compared to no treatment ( $d^1 = .25$  vs.  $d = .09$ ) (this is smaller than drugs, and larger than with tobacco), and no greater effect (but also no smaller) than other treatments. The comparison did show that the duration of motivational interviewing interventions was significantly shorter than the alternatives and also that effects faded less quickly in time. Therefore the authors concluded that motivational interviewing is considerable cost effective.

Burke found that a longer (over one hour) motivational interviewing interventions were more effective compared to shorter versions ( $d = 0.84$  VS  $d = 0.14$ ; p. 855). In contrast to previous assumptions, the severity of

---

<sup>1</sup> d represents difference in terms of standard deviations of the outcome (number of days abstinent, number of glasses per week, etc). 0,25-0,75 is a moderate effect and > 0,75 is large. For a moderate effect, about 60% of patients score above the median and 40% scores below. For a small size, the numbers are close to 50%, for a large effect, the numbers increase. See Lipsey, M.W. & Wilson, D.B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181-1209; Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

dependency was not associated with the size of the effects. Outcome measures included a reduction in alcohol use, and abstinence which should last for at least 3 months (most studies have longer follow-up).

Rubak et al. (2005) performed a meta-analysis of all available RCTs on the effectiveness of motivational interviewing in brief interventions compared to traditional advice, for example to stop harmful alcohol use. 28 of 72 studies handled alcohol misuse, mostly conducted in a research setting. Results for motivational interviewing which should last for at least 3 months were significantly better in 80% compared to traditional advice. The mean difference was 14 glasses per week. No studies showed iatrogenic effects of motivational interviewing. Remarkable finding was that academic professionals such as doctors and psychologists had a higher success rate (about 80%) compared to nurses and other non-academic professionals (about 46%).

Vasilaki et al. (2006) conclude in their meta-analysis of 22 studies about the use of motivational interviewing as brief intervention (50-90 minutes) for harmful drinking that the total effect on long term was small ( $d=0,18$ ) but that the effect size at short term (<3 months) was 0.60. The effects are larger in subgroups of serious addicted drinkers. Motivational interviewing is effective for drinkers who are seeking treatment but also as opportunistic intervention. Motivational interviewing is effective compared to no treatment as well as compared to other brief interventions.

These conclusions are similar to those of Miller and Wilbourne (2002) who ranked 17 methodological sound RCTs on the effectiveness of motivational interviewing for alcohol misuse. Motivational interviewing was ranked second based on effect size. It was ranked after brief interventions. If one looks at the subgroup of clinical populations, brief interventions were ranked number one, and motivational interviewing came on number eleven. Dunn et al. (2001) found motivational interviewing based interventions effective for substance misuse and dependence in their meta-analysis of 29 studies. Effects were highest if the motivational interview interventions were performed before a more intensive treatment. The increase in reduction in alcohol use was 56%.

There is evidence that motivational interviewing is more effective than other psychosocial interventions (Holder, 1998).

#### *Effectiveness of motivational interviewing prior to a treatment*

Although 2 RCTs (Bien et al., 1993; Brown & Miller, 1993) showed that one session of motivational interviewing prior to a clinical treatment of alcohol dependent persons substantially increased the effectiveness with respect to quantity and number of days drinking ( $d=0,99$ ), this result was maintained during following in one of two studies only (Brown & Miller, 1993).

Conclusion: There is some evidence that motivational interviewing prior to a clinical treatment increases its effectiveness (Brown & Miller, 1993; Bien et al., 1993b).

#### Update of evidence review

One systematic review summarized the effects of motivational interviewing (MI) interventions for substance misuse in adolescents (Barnett et al, 2012). 39 studies were included of which 9 targeted alcohol use, 10 tobacco use, 9 marijuana use and 13 substance use. All studies on alcohol misuse were RCTs but quality differed between these studies. The authors used a continuous measure of quality, summing the presence of reported use of a manual, MI training/supervision, and coding for fidelity. One study reported no criteria, 6 studies reported 1, 1 study reported 2 and 1 study reported 3. More details on study quality were not reported specifically for the studies on alcohol misuse, therefore the level of evidence was classified as 'low'.

Overall 67% of studies reported statistically significant improved substance use outcomes (alcohol  $n=7$ , tobacco  $n=6$ , marijuana  $n=7$ , substance use  $n=8$ ). Chi square results show no significant difference between interventions using feedback or not, or interventions combined with other treatment versus MI alone. Comparisons of different modalities suggest that 1) involving parents may improve results, 2) there is no

difference between telephone or in-person follow-ups, and 3) providing feedback face-to-face is superior to computerized feedback.

### References

- Barnett E, Sussman S, Smith C et al. Motivational interviewing for adolescent substance use: A review of the literature. *Addictive Behav* 2012; 37: 1325-34.

Cited from NL001:

- Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993b; 88: 315–336.
- Brown JM, Miller WR. Impact of motivational interviewing on participation in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviours* 1993; 7: 211–218.
- Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71(5): 843-61.
- Dunn Ch, Deroo L, Rivara F. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: a systematic review. *Addiction* 2001; 96: 1725–1742.
- Holder HD. Cost benefits of substance abuse treatment: an overview of results from alcohol and drug abuse. *J Ment Health Policy Econ* 1998; Mar;1(1):23-29.
- Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction* 2002, 97, 265–277.
- Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, and Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice* 2005; 305-312.
- Vasilaki EI, Hosier SG, Miles Cox W. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking. *A Meta-analytic review. Alcohol & Alcoholism* 2006; 41 (3): 328–335.

### **Recommendation 18**

*Zelfhulp materialen dienen ruim beschikbaar te worden gesteld.*

#### **GRADE 1B**

The source guideline (NL001) found strong evidence that disseminating self-help materials result in an important reduction of harmful alcohol use. The size is about several glasses a day and remains at least several months (Apodaca & Miller, 2003). This would match GRADE level A. We downgraded to B as there was no evidence that these studies included adolescents (indirectness of evidence).

The evidence is valid and coherent.

#### Evidence summary

Apodaca and Miller included 22 studies in their meta-analysis in which they compared dissemination of self-help materials compared to no intervention of other interventions. In almost all cases this refers to the dissemination of materials in clinical settings. The weighted pre and post effect size was 0.80 for individuals who sought the intervention by themselves and 0.65 for opportunistically identified individuals. Comparing self-help interventions to no treatment results in a weighted mean effect size of 0.31 for individuals who sought the intervention themselves. The effect was not measurable in opportunistically identified individuals. Comparing self-help material to a more intensive intervention results in no differences or a slight negative effect.

#### References (cited from: NL001)

- Apodaca RT, Miller WR. A meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. *Journal of Clinical Psychology* 2003; 59 (3): 289-304.

### **Recommendation 19**

*For people who are alcohol dependent but not admitted to hospital, offer advice to avoid a sudden reduction in alcohol intake (While abstinence is the goal, a sudden reduction in alcohol intake can result in severe withdrawal in dependent drinkers) and information about how to contact local alcohol support services.*

The source guideline (UK003) did not present clear evidence for this recommendation. Therefore we assumed this was based on consensus.

### **Recommendation 20**

*Extended brief interventions with young people aged 16 and 17 years*

- *Ask the young person's permission to arrange an extended brief intervention for them.*
- *Appropriately trained staff should offer the young person an extended brief intervention.*
- *Provide information on local specialist addiction services to those who do not respond well to discussion but who want further help. Refer them to these services if this is what they want. Referral must be made to services that deal with young people.*
- *Give those who are actively seeking treatment for an alcohol problem a physical and mental assessment and offer, or refer them for, appropriate treatment and care.*

### **GRADE 1C**

The source guideline (UK 004) found some evidence for the effectiveness of brief interventions . This matches with GRADE C.

The evidence is valid but not coherent as the conclusions of the studies were inconsistent.

### Evidence summary

The source guideline states that the following evidence statements were used for this recommendation: 5.1, 5.2, 5.5, 5.6, 5.7, 5.9, 5.10, 5.11, 7.3, 7.4, 7.5, 7.7, e5.1; modelling statements M2, M3. However, these were not judged to be relevant. Statement 6.5 was considered relevant and is presented instead.

### Evidence statement 6.5

Three systematic reviews were identified (D'Onofrio & Degutis, 2002; Hunter et al., 2004; Tait and Hulse, 2003) that presented limited evidence for the effectiveness of brief interventions in young people (aged up to 25 years). Of eight identified RCTs of the effectiveness of alcohol brief interventions in young people (delivered in non-educational settings), four studies showed some statistically significant beneficial outcomes (Bailey et al., 2004; Spirito et al., 2004; Monti et al., 1999 and 2004). However, a further study reported increased alcohol consumption among adolescents as a consequence of brief intervention (Boekeloo et al., 2004). The remaining RCTs did not present any statistically significant differences between treatment groups. The evidence base for the effectiveness of alcohol brief interventions among young people was therefore inconclusive.

### Evidence update

One recent systematic review determined the effectiveness of emergency department (ED)-based brief interventions (BI) for adolescents (Newton et al, 2013). Nine trials were included. RCTs were assessed for risk of bias in 6 domains: sequence generation, allocation concealment, blinding, completeness of outcome data,

outcome reporting and other sources of bias. Two trials with low risk of bias, 2 trials with unclear risk of bias, and 5 trials with high risk of bias were included.

Four studies evaluated targeted BIs for alcohol-positive (n = 3) and alcohol/other drug-positive youth (n = 1) and 5 assessed universal BIs for youth reporting recent alcohol (n = 4) or cannabis use (n = 1). Few differences were found in favor of ED-based BIs, and variation in outcome measurement and poor study quality precluded firm conclusions for many comparisons. Universal and targeted BIs did not significantly reduce alcohol use more than other care. In one targeted BI trial with high risk of bias, motivational interviewing (MI) that involved parents reduced drinking quantity per occasion and high-volume alcohol use compared with MI that was delivered to youth only. Another trial with high risk of bias reported an increase in abstinence and reduction in physical altercations when youth received peer-delivered universal MI for cannabis use. In 2 trials with unclear risk of bias, MI reduced drinking and driving and alcohol-related injuries after the ED visit. Computer-based MI delivered universally in 1 trial with low risk of bias reduced alcohol-related consequences 6 months after the ED visit.

The authors conclude that clear benefits of using ED-based BI to reduce alcohol and other drug use and associated injuries or high-risk behaviours remain inconclusive because of variation in assessing outcomes and poor study quality. This review does not necessitate changes to the recommendation as there is no reason to recommend brief interventions in emergency departments.

### References

- Newton AS, Dong K, Mabood N et al. Brief emergency department interventions for youth who use alcohol and other drugs. *Pediatric Emergency Care* 2013; 29 (5): 673-84.

(cited from UK004)

- D'Onofrio G and Degutis LC. Preventive care in the emergency department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Academic Emergency Medicine* 2002; 9(6):627-38. (Systematic review, +)
- Hunter Fager J and Mazurek Melnyk B. The effectiveness of intervention studies to decrease alcohol use in college undergraduate students: an integrative analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2004; 1(2): 102-119. (Systematic review, +)
- Tait RJ and Hulse GK. A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug. *Drug and Alcohol Review* 2003; 22 (3): 337-346. (Systematic review, ++)
- Bailey KA, Baker AL, Webster RA, Lewin TJ. Pilot randomized controlled trial of a brief alcohol intervention group for adolescents. *Drug & Alcohol Review* 2004; 23 (2): 157-166. (RCT, +)
- Spirito A, Monti PM, Barnett NP, Colby SM, Sindelar H, Rohsenow DJ, Lewander W, Myers M, Spirito A. A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *Journal of Pediatrics* 2004; 145 (3): 396-402. (RCT, ++)
- Monti PM, Colby SM, Barnett NP, Spirito A, Rohsenow DJ, Myers M, Woolard R, Lewander W. Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol.* 1999 Dec; 67(6):989-94. (RCT, ++)
- Monti PM, Barnett NP, Colby SM, Gwaltney CJ, Spirito A, Rohsenow DJ and Woolard R. Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking. *Addiction* 2007; 102 (8): 1234-1243. (RCT, ++)
- Boekeloo BO, Jerry J, Lee-Ougo WI, Worrell KD, Hamburger EK, Russek-Cohen E, Snyder MH. Randomized trial of brief office-based interventions to reduce adolescent alcohol use. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2004; 158 (7): 635-642. (RCT, ++)

### **Recommendation 21**

*For children and young people aged 10–17 years who misuse alcohol offer:*

- *individual cognitive behavioural therapy for those with limited comorbidities and good social support*
- *multicomponent programmes (such as multidimensional family therapy, brief strategic family therapy, functional family therapy or multisystemic therapy) for those with significant comorbidities and/or limited social support.*

## **GRADE 2C**

The source guideline (UK 005) states that there is weak evidence that supports the effectiveness of individual therapy for alcohol misuse in young people. This matched GRADE C.

The evidence is valid but not coherent because the participant population in the majority of these studies did not reach inclusion criteria for drinking severity and could not be classified dependent/harmful while this is the target group of the recommendation. Also, the majority handles drug misuse (of a combination of alcohol and drug misuse) and less often alcohol misuse.

The authors of the source guideline (UK005) stated that there was some evidence for individual interventions such as CBT and less so for MET. There was stronger evidence for the use of multi-component interventions such as MST, FFT, SBSFT, and MDFT but little evidence to determine whether one of other of the interventions had any advantage over the other.

### Evidence summary

As part of the overall search for effective individual, group and multi-component psychosocial interventions for children and young people, the authors of the source guideline (UK005) conducted a systematic review of published systematic reviews (in part to take account of the complex comorbidity) of interventions for young people who misuse drugs and alcohol and also RCTs of psychosocial interventions for children and young people for alcohol misuse specifically. The literature search identified a number of primary studies investigating the efficacy of psychological therapies for children and young people. However, the participant population in the majority of these studies did not reach inclusion criteria for drinking severity and could not be classified dependent/ harmful. Studies were searched up to March 2010

### *Narrative review*

This review of the effective psychosocial interventions for children and young people should be read in conjunction with the review of brief interventions contained in the NICE public health guidance (NICE, 2010a; <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=49007>; review 6) and the review of psychological interventions for adults contained in within this guideline (<http://guidance.nice.org.uk/CG115/Guidance/pdf/English>; chapter 6). A limited number of studies, specifically on alcohol focused interventions, have been undertaken for children and young people. However, a number of studies have considered the treatment of conduct disorder in the presence of drug or alcohol misuse. In light of this significant comorbidity, in addition to the two guidelines referred to above, the authors of the source guideline (UK005) also drew on other recent NICE guidelines, specifically the review of conduct disorders for adolescents contained within the NICE guideline on ASPD (NICE 2008) and three other systematic reviews (Waldron and Kaminer, 2004); Perepletchikova et al., 2008; Tripodi et al., 2010). Individual and group based therapies and multi-component interventions used in the treatment of alcohol dependence and harmful alcohol use in children and young people were considered in the review of the evidence.

### *Individual and group psychological interventions*

The public health guidelines on the prevention of alcohol related problems in adults and young people (NICE 2010a) and also the NICE public health guidance on community interventions for vulnerable young adults (NICE, 2007b) , recognise the value of individual and/or group cognitive behavioral therapy (CBT). A number of



studies which assess the use of individual or group based psychological therapies have been identified and reviewed (Waldron and Kaminer, 2004; Perepletchikova et al., 2008; Tripodi et al., 2010).

In a recent systematic review, Tripodi and colleagues (2010) conducted a metaanalysis of experimental studies (including RCTs) evaluating both individual/group based interventions collectively (brief interventions, motivational enhancement therapy (MET) and CBT) as well as family-based therapies with a focus on reducing alcohol misuse. However, of these studies, only a limited number of trials evaluated the use of CBT (with an emphasis on relapse prevention) and MET in a sample of children or young people identified with harmful or dependent drinking, the specific focal point of this guideline. The review consisted of 16 studies (14 RCTs, 2 were quasi-experimental) assessing both individual/ group treatment and multi-component therapies. Ten of these included studies assessed individual/group treatment. However, of the studies included in the meta-analysis, the main issues encountered were that the included studies are concerned with individuals who did not meet criteria for harmful drinking or alcohol dependence (n=1); were with a participant population with a significant comorbid psychiatric disorder (n=2); and in the majority of cases, the focus was not specifically on alcohol misuse, but rather on substance misuse more generally (n=7).

The results of this meta-analysis showed a significantly large effect in drinking reduction for individual interventions (Effect Size = -0.75; 95% CI, -1.10 to -0.40) However, the meta-analysis did not distinguish between different types of individual interventions in pooled analyses therefore other reviews which focused on specific interventions were considered.

#### *Motivational interviewing*

Both the NICE prevention of alcohol related problems in adults and young people (NICE 2010a) and also the NICE public health guidance on community interventions for vulnerable young adults consider the evidence for brief motivational techniques (motivational interviewing and motivational enhancing techniques). Motivational interviewing and other brief interventions may serve to heighten motivation, increase self-efficacy, and provide personalised feedback and education tailored to specific substances and comorbid problems such as psychiatric disorders. The evidence for this is mainly from the adult literature though there is an emerging albeit still limited literature for adolescents where modifications of motivational interviewing or motivational enhancement techniques for adolescents have shown promise for both evaluation and treatment (Colby et al., 1998; Monti et al., 1999).

However, a more recent review by Perepletchikova and colleagues (2008) reported uncertain outcomes for MET when used alone for alcohol use disorders (this is consistent with the approach to harmful and dependent alcohol misuse identified for adults in this guideline). There is some evidence to suggest that motivational techniques when combined with CBT may be effective, for example in the Cannabis Youth Trial (CYT; Dennis et al., 2004), although this population were predominately diagnosed as dependent on cannabis.

#### *Cognitive behavioural therapy*

Waldron and Kaminer (2004) in a review of CBT approaches to substance use disorders (more broad than just alcohol misuse) concluded that individual CBT treatment may be effective in reducing substance misuse as well as other related problems. They also made a number of suggestions about the adaptation of CBT approaches to young people, addressing developmental stages and levels of maturity. This review reported that CBT in group format was as effective as individual therapy. CBT has been applied both in individual and group modalities in combination with family approaches and MET. Interventions with the adolescent alone (for example, CBT or CBT plus MET) have been reported as effective (Dennis et al., 2004; Kaminer and Burleson, 1999; Kaminer et al., 1998). However, much of the evidence base is from approaches dealing with comorbidity such as conduct disorders, and anxiety and affective disorders where information on the extent and severity of alcohol misuse specifically is lacking. Perepletchikova and colleagues (2008) in a subsequent review considered 5 studies looking at the effectiveness of CBT in the reduction of alcohol use disorders, three of which were of CBT alone, one evaluated an integrated family and group CBT approach and one looked at efficacy of CBT on reduction of substance use in those with comorbid conduct disorder.

Again it appears that the data is primarily concerned with children and young people who did not have a high severity of alcohol misuse.

Kaminer and colleagues (2002) in one of the few studies that had a more substantial proportion of participants with alcohol dependence randomised participants to CBT or a psychoeducational therapy. Of 88 included participants, 12.5% (n=11) had an alcohol use disorder only and 60% (n=53) had an alcohol disorder as well as marijuana use disorder. Of these 64 participants with an alcohol use disorder, 58% met criteria for abuse and 42% for dependence (DSM III-R; American Psychiatric Association, 1987). The authors reported that there were reductions across both therapies in alcohol use. At three months alcohol use had improved significantly and to 9 months showed continued improvement. Substance use also showed a positive trend towards improvement. Kaminer and colleagues (2008) only included participants who meet DSM-IV criteria for alcohol dependence, although 81.8% of the sample also used marijuana. However, all participants received CBT and the focus on the study was on aftercare.

Although the primary focus of comorbidity has been on individuals with conduct disorder, a few studies have also examined the problems presented by co-occurring common mental health disorders, such as depression and anxiety. One study evaluated the efficacy of an integrated 20-week programme of CBT with case management in a population of substance abusing young people (aged between 15 and 25 years). Sixty-three percent of the sample met criteria for alcohol dependence.

Treatment resulted in a significant improvement in abstinence rates as well as a reduction in the number of participants meeting diagnostic thresholds for dependence. These positive effects were also observed at 44 week follow-up. This study (like others) evaluates the effectiveness of psychological interventions for young people include participants whom are over the age of 18 years. However, this age-range makes interpretation of data sets such as this difficult.

*Evidence summary individual and group psychological interventions:* The evidence reviewed using these systematic reviews and primary studies suggests that although there has been recent progress in the development of individual or group psychological treatment of alcohol dependence and harmful alcohol use in children and young people no individual treatment has a convincing evidence base for harmful use of dependence. In some respect is in line with the adult literature and findings of our own meta-analyses where a number of structured treatments including CBT, behaviour therapy and social network behaviour therapy had some benefits for harmful and mildly dependent drinkers but it was not possible to distinguish between them on the basis of the current available evidence. The issue is further complicated by the fact that many of the trials evaluating the efficacy of these intervention, and representative of this population, involved participants with comorbid substance misuse.

#### Evidence update

One recent systematic review evaluated interventions delivered outside educational settings, designed for young people with existing alcohol use problems, or who participate in behaviour that places them at high risk of alcohol-related harm. The review included nine studies. The methodological quality of existing studies is variable. Particular problems include the lack of blinding outcome assessors, a reliance solely on self-report measures, highly variable consent and follow-up rates, infrequent use of intention-to-treat analyses and the absence of any economic or cost analyses.

Due to the generally weak methodological quality of the included studies, especially their susceptibility to intervention confounding and lack of blinding, the effect sizes are likely to be biased and therefore were not summarized. A meta-analysis using the most commonly reported outcomes was explored but judged inappropriate, given the variability between studies in the outcomes reported.

The authors concluded that despite their methodological limitations, the studies identified by this systematic review represent best evidence for the effectiveness of interventions for young people with existing alcohol use problems or who participate in behaviour that places them at high risk of harm. The most promising approaches to reduce such harms are CBT, family therapy and community reinforcement.

The review supports the current content of the recommendation, and does not necessitate changes as it would not change its content or the level of evidence.

### References

- Calabria B, Shakeshaft AP and Havard A. A systematic and methodological review of interventions for young people experiencing alcohol-related harm. *Addiction* 2011; 106: 1406-18.

(cited from: UK005)

- Colby SM, Monti P, Barnett N, et al. Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking; a preliminary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998; 66: 574–578.
- Dennis M, Godley SH, Diamond G, et al. The Cannabis Youth Treatment study: main findings from two randomised trials. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2004; 27: 197–213
- Kaminer Y and Burleson JA. Psychotherapies for adolescent substance abusers: 15-month follow-up of a pilot study. *American Journal on Addictions* 1999; 8: 114 – 119.
- Kaminer Y, Burleson J, Blitz C, et al. Psychotherapies for adolescent substance abusers: a pilot study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1998; 186: 684–690.
- Kaminer Y, Burleson J and Goldberger R. Cognitive behaviour coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2002; 190: 737–745
- Monti P, Colby S, Barnett NP, et al. Brief interventions for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting & clinical psychology* 1999; 67: 989-994.
- NICE clinical guideline 77. Antisocial personality disorder: treatment, management and prevention. London: National Institute for Clinical Excellence, 2009.
- NICE public health guidance 24. Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking. London: National Institute for Clinical Excellence, 2010a.
- NICE public health guidance 4. Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people. London: National Institute for Clinical Excellence, 2007b.
- Perepletchikova F, Krystal JH and Kaufman J. Practitioner review: adolescent alcohol use disorders: assessment and treatment issues. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49: 1131–1154.
- Tripodi SJ, Bender K, Litschge C, et al. Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: a meta-analytic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010; 164: 85–91.
- Waldron HB and Kaminer Y. On the learning curve: the emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction* 2004; 99(Suppl. 2): 93–105.

### **Multicomponent treatment**

Family involvement has been shown to be positively associated with improved outcomes on domains and level of engagement of the young person (Dakof et al., 2001). This involvement is multi-fold and aims:

- to obtain (depending on consent of the child and capacity) any necessary consent to treatment
- to engage the support of the family in the treatment process
- to obtain more information on the assessment of the child’s alcohol use and general functioning
- to ascertain possible family involvement in parent training, coping skills and problem solving approaches to parenting, and more formal involvement in specific family programmes.

Common elements identified for review in these programmes include:

- comprehensive assessment and monitoring

- a focus on engagement of individuals (and usually their families) in treatment an explicit linking of goals and interventions at all levels of the system
- a goal-focused approach to treatment of family substance misuse,
- the involvement of the family aimed at improving family communication problem solving and parenting skills
- the provision of individual interventions, again often focused on coping skills identified for the child or young person.

The programmes also require staff who are experienced and highly trained clinicians (all were graduates, most had masters or doctoral degrees).

Although there are many approaches to family intervention for substance misuse treatment, they have common goals: providing education about alcohol and drug misuse; improve motivation and engagement; assisting in achieving and maintaining abstinence; setting consistent boundaries and structure; improving communication, and providing support. Family interventions are the most evaluated modality in the treatment of adolescents with substance use disorders. Among the forms of family based interventions are functional family therapy (Alexander et al., 1990); brief strategic family therapy (Szapocznik et al., 1988), multisystemic therapy (Henggeler et al., 1992) and multidimensional family therapy (Liddle et al., 1999). An integrated behavioural and family therapy model that combines a family systems model and CBT has also been developed (Waldron et al., 2001). These interventions fall broadly under what would be called a systemic approach. They do not focus explicitly on the provision of specified individual interventions but rather it is for the therapist, in conjunction with their supervisor, to develop the specific therapeutic approach in light of the identified needs of the young person. Some trials, such as the large trial of cannabis misuse and dependence (Dennis et al., 2004), have focused on the provision of a systemic approach (in this case MDFT) but have also provided a specified range of psychological interventions such as MET, the development of a family support network including parental education, and the development of conditioning models from children in the community.

#### *Effectiveness of multi-component interventions*

The GDG used the NICE ASPD guideline (NICE, 2009) review of family interventions and multi-systematic therapies for the treatment of conduct disorder in evaluating the effectiveness of multi-component interventions for children and adolescents. The primary focus of the ASPD review was on a reduction in offending behaviour but all the interventions, in particular BSFT and MDFT, had an explicit focus on substance misuse. The current guideline utilises the definitions from the ASPD guideline.

In the ASPD guideline, the meta-analysis of 11 trials assessed the effectiveness of family interventions. The results of the meta-analysis showed that family interventions are more effective than control for reducing both behavioural problems (SMD -0.75; -1.19 to -0.30) and offending (RR -0.67; 0.42 to 1.07).

Furthermore, 10 trials on multisystemic therapy that met the inclusion criteria for the review were analysed. There was significant heterogeneity for most outcomes; however, there was consistent evidence of a medium effect on reduction in offending outcomes including number of arrests (SMD -0.44; -0.82 to -0.06) and being arrested (RR 0.65; 0.42 to 1.00).

In a recent meta-analysis, Tripodi and colleagues (2010) evaluated six trials of multicomponent and family-based interventions in the systematic review. However, none of these trials were focused specifically on alcohol misuse, and in two of the trials, only approximately 50% of the sample met criteria for alcohol dependence and harmful alcohol use. The overall findings were in line with the NICE ASPD guideline (NICE, 2009). The review did however reports that that multi-component family therapies were effective in reducing drinking in adolescents (Hedges  $g = -0.46$ , 95% CI, -0.66 to -0.26). Perepletchikova and colleagues (2008) reviewed the evidence of family therapies specifically on alcohol use, although some of the family therapies did

include substance use disorders. The types of family therapies evaluated included: multi systemic therapy, multidimensional therapy, brief family therapy, functional family therapy and strength oriented family therapy. The review reported that multi-component therapy again showed some benefits over standard group therapy for substance misuse and criminal activity outcomes.

#### *Summary multicomponent treatment*

The evidence for the use of multi-component interventions demonstrates clear benefits on offending behaviour and promising results for the reduction of alcohol and drug misuse. As was found with the individual- or group-based interventions, much of the research focuses on children and young people with substance use disorders and who are more likely have comorbid psychiatric disorders. Although not specifically focused on alcohol this does not significantly detract from their applicability to this guideline as comorbidity with conduct disorder and poly-drug use is a common feature amongst adolescents with significant alcohol misuse. The research to date does not however favour one particular multi-component intervention over another for the treatment for alcohol use disorders.

#### *From evidence to recommendations*

The evidence base is limited for the treatment of alcohol misuse in children and young people. As a consequence, the authors of the source guideline (UK005) were required to extrapolate from a number of datasets and sources that did not directly address the treatment of alcohol use disorders in children and young people. This included data on adults with alcohol use disorders, as well as children and young people with substance misuse, conduct disorder and ASPD. The authors of the source guideline considered this to be justified approach as there is an urgent need to provide recommendations for the treatment of the increasing problem of alcohol misuse in children and young people. In extrapolating from these data sets the authors of the source guideline adopted a cautious approach, recognising that as new evidence emerges the recommendations in this guideline will need revision. Despite limited evidence a reasonably clear picture emerged about the effectiveness of interventions to promote abstinence and prevent relapse in children and young people. There was some evidence for individual interventions such as CBT and less so for MET. There was stronger evidence for the use of multi-component interventions such as MST, FFT, SBSFT, and MDFT but little evidence to determine whether one of other of the interventions had any advantage over the other. This evidence also mirrored the evidence for effectiveness in adults The authors of the source guideline therefore decided that both types of intervention should be made available with CBT reserved for case where comorbidity is not present or of little significance but where it is present, multi-component interventions should be adopted.

#### References (cited from: UK005)

- Dakof GA, Tejada M, Liddle HA. Predictors of engagement in adolescent drug abuse treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(3): 274-81.
- Alexander JF, Waldron HB, Newberry A et al. The functional family therapy model. In *Family Therapy for Adolescent Drug Abuse* (eds A. S. Friedman & S. Granick), pp. 183–200. Lexington, MA: Lexington Books. 1990.
- Szapocznik J, Rio A, Murray E. et al. Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 57: 571–578.
- Henggeler SW, Melton GB and Smith LA. Family preservation using multisystematic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992; 60: 953–961.
- Liddle HA. A Multidimensional Model for Treating the Adolescent Drug Abuser. In *Empowering Families, Helping Adolescents: Family-Centered Treatment of Adolescents with Mental Health and Substance Abuse Problems*; Snyder W, Ooms T, Eds.; U.S. Government Printing Office: Washington, DC, 1999; 91–100.

- Waldron HB, Slesnick N, Brody JL, et al. Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001; 69: 802-813.
- Dennis M, Godley SH, Diamond G, et al. The Cannabis Youth Treatment study: main findings from two randomised trials. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2004; 27: 197–213
- NICE clinical guideline 77. Antisocial personality disorder: treatment, management and prevention. London: National Institute for Clinical Excellence, 2009.
- Tripodi SJ, Bender K, Litschge C, et al. Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: a meta-analytic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010; 164: 85–91.
- Perepletchikova F, Krystal JH and Kaufman J. Practitioner review: adolescent alcohol use disorders: assessment and treatment issues. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49: 1131–1154.

## Appendix B1. Methods and results of literature update

### Search strategy

We searched Medline (using Pubmed), the Cochrane Database of Systematic Reviews and the Database of Reviews of Effects (DARE) in November 2013.

The following search strategy was used:

1. substance-related disorders [MeSH] OR alcohol drinking [MeSH] OR street drugs [MeSH] OR designer drugs [MeSH] OR cannabis [MeSH] OR marijuana smoking [MeSH] OR heroin [MeSH] OR opium [MeSH] OR cocaine [MeSH] OR amphetamines [MeSH] OR cannabis OR marijuana OR heroin OR opium OR cocaine OR amphetamine\$ OR speed OR ecstasy
2. abuse\$ OR misuse\$ OR use\$ OR dependen\$ OR drink\$ OR smoke\$
3. adolescent [MeSH] OR adolescent\$ OR teenager\$ OR teen\$ OR young OR youth\$
4. treatment OR management OR therapy OR diagn\$ OR screen\$ OR intervention\$

The search terms were combined with the boolean operator AND. The results were limited with the broad filter to select systematic reviews and to publication date of 2007 or later.

### Inclusion criteria

The following criteria were used to select review:

1. The design was a systematic review, meaning that a systematic search and an assessment of study quality were performed.
2. The interventions had to be related to screening, diagnosing and treating alcohol and drug misuse. Interventions on tobacco were allowed if more than half of the studies were on alcohol or illicit drugs.
3. The studies were on adolescents, i.e persons aged 12-18 years. Reviews were excluded if more than half of the studies include predominantly older or younger participants (mean >18 yrs).

### Results

The searches yielded 403 records. 365 were excluded based on title and abstract and 38 records were screened based on full text. Twenty-six were excluded, 16 because the review did not (primarily) focus on adolescents, 9 because the reviews were not considered to be systematic reviews and 1 because it was relevant to the prevention of substance misuse (see list of excluded reviews). Twelve reviews were included, 4 on alcohol misuse, 7 on drug misuse and 1 on both alcohol and drug misuse.

A number of relevant reviews were already included in one of the guidelines. These were:

- Tripodi SJ, Bender K, Litschge C, et al. Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: a meta-analytic review. Arch Pediatr Adolesc Med 2010; 164: 85–91.
- Dhalla S, Zumbo BD, Poole G. A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999-2010. Curr Drug Abuse Rev 2011; 4(1): 57-64

The other relevant reviews were assessed whether their results and conclusion would change the recommendations either on content or with respect to the level of evidence. Recommendations could be changed when the review's conclusions did not support the recommendation or when they would provide more detailed recommendations. The level of evidence could be changed if the conclusion of the review is a higher grade/level of evidence or the conclusion was derived in more direct studies (i.e. in studies in adolescents compared to studies in adults).

#### *Guideline on alcohol misuse*

The following five new systematic reviews were identified:

- Newton AS, Gokiart R, Mabood N et al. Instruments to detect alcohol and other drug misuse in the emergency department: a systematic review. *Pediatrics* 2011; 128 (1): e180.
- Kelleher DC, Renaud EJ, Ehrlich PF et al. Guidelines for alcohol screening in adolescent trauma patients: A report from the Pediatric Trauma Society Guidelines Committee. *J Trauma Acute Care Surg* 2013; 74: 671-82.
- Barnett E, Sussman S, Smith C et al. Motivational Interviewing for adolescent substance use: A review of the literature. *Addictive Behav* 2012; 37: 1325-34.
- Newton AS, Dong K, Mabood N et al. Brief emergency department interventions for youth who use alcohol and other drugs. *Pediatric Emergency Care* 2013; 29 (5): 673-84.
- Calabria B, Shakeshaft AP and Havard A. A systematic and methodological review of interventions for young people experiencing alcohol-related harm. *Addiction* 2011; 106: 1406-18.

None of the reviews necessitate changes to the recommendations. A summary of the reviews is integrated in the evidence summary.



## Appendix B2

### Recommendation 22

*Behandeling op basis van het beloop van de onthoudingsverschijnselen, onder monitoring van die verschijnselen met behulp van de CIWI-AR, wordt aanbevolen.*

The source guideline (NL001) does not report evidence for this recommendation.

### Recommendation 23

*Langwerkende benzodiazepinen worden aanbevolen als middel van eerste keuze bij alcohol detoxificatie.*

#### GRADE 1B

The authors from the source guideline (NL001) report that there is strong evidence that benzodiazepines are effective to reduce alcohol withdrawal symptoms and to prevent seizures. This would match with GRADE A. However, the GRADE was downgraded to B because there is no evidence that the studies included young people.

The evidence is valid but not coherent because it is not clear whether the results of the studies support the conclusions.

The source guideline also found strong evidence that carbamazepine is effective in the prevention of the novo seizures. The combination of benzodiazepines and carbamazepine does not have any added value above these medicines alone. (Hillbom et al., 2003) and that lorazepam is effective in the prevention of recurrent seizures during the same withdrawal session in patients who did not receive any benzodiazepines (D'Onofrio et al., 1999; Mayo-Smith, 1997).

#### Evidence summary

Several meta-analyses and systematic reviews found benzodiazepines more effective than placebo for more serious types of alcohol withdrawal. The withdrawal symptoms decrease and the risk of complications and cognitive impairments decrease (Mayo-Smith, 1997; Lejoyeux et al., 1998; Williams and McBride, 1998; Holbrook et al., 1999; Kosten and O'Connor 2003; Shand et al., 2003).

Studies that compare several types of benzodiazepine show that all are equally effective in reducing withdrawal symptoms. Long lasting benzodiazepines may be more effective to prevent seizures and delirium tremens but these advantages need to be weighed against the risk of accumulation in persons with poor liver functioning (Mayo-Smith, 1997; Kosten and O'Connor, 2003). Oxazepam and lorazepam can be used in patients with severe liver impairment because these short-lasting benzodiazepines are metabolized in the liver by other enzyme systems. These enzyme systems are less sensitive of alcohol-induced liver damage. Also, short-lasting benzodiazepines have a decreased risk of oversedation (Schaffer et al., 1998; Boonstra, 2003).

The application of benzodiazepines based on symptoms instead of a fixed dosing schedule shortens the treatment duration and the total dose of benzodiazepine needed to prevent withdrawal symptoms (Saitz et al., 1994). This study did not include persons with a history of seizures and/or delirium. The study of Daeppen, that provided oxazepam guided by withdrawal symptoms, did include such patients and results remained the same (Daeppen et al., 2002). This method requires regular and good observation.

*Treatment of complications: insults*

Hillbom et al. (2003) performed a meta-analysis that included multiple RCTs on the effectiveness of several pharmacological interventions to prevent seizures in persons with and without previous seizures. This meta-analysis showed that benzodiazepines decrease the frequency of de novo seizures from 8% to 3%. Especially, long-lasting benzodiazepines reduced the emergence of de novo seizures significantly. Anti-convulsants appeared to be as effective as benzodiazepines. Combining both medicines did not further increase the effectiveness (Hillbom et al., 2003).

This meta-analysis also shows that antipsychotics are less effective compared to benzodiazepines to prevent alcohol withdrawal seizures. Two studies (although dating from 1965 and 1969) even found that antipsychotics increased risk of seizures during alcohol detoxification compared to placebo.

One RCT showed that lorazepam is effective in preventing recurrent seizures in patients who did not yet receive benzodiazepines during the same detoxification session (D'Onofrio et al., 1999). Mayo-Smith came to the same conclusion in their review (Mayo-Smith, 1997).

#### References (cited from: NL001)

- Boonstra, M. Medicamenteuze ondersteuning bij de behandeling van alcoholafhankelijkheid. Geneesmiddelenbulletin 2003; 37:47-56.
- Daepfen J-B, Gache P, Landry U, Sekera E, Schweizer V, Gloor S, Yersin B. Symptom-triggered versus fixed-schedule doses of benzodiazepine for alcohol withdrawal. Arch Intern Med 2002; 162: 1117-1121.
- Hillbom M, Pieninkeroinen I, Leone M. Seizures in alcohol-dependent patients. CNS Drugs 2003; 17:1013-1030.
- Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal. CMAJ 1999; 160: 649-655.
- Kosten T and O'Connor P. Management of drug and alcohol withdrawal. N Engl J Med 2003; 348: 1786-1794.
- Lejoyeux M, Solomon J and Ades, J. Benzodiazepine treatment for alcohol-dependent patients. Alcohol Alcohol 1998; 33: 563-575.
- Mayo-Smith M. Pharmacological management of alcohol withdrawal. JAMA 1997; 278: 144-151.
- Shand F, Gates J, Fawcett J, Mattick RP. The treatment of alcohol problems: a review of the evidence. National Drug and Alcohol Research Centre. , Australia: Department of Health and Ageing, 2003.
- Schaffer A, Naranjo CA. Recommended drug treatment strategies for the alcoholic patient. Drugs 1998; 56 (4): 571-584.
- Saitz R, Mayo-Smith MF, Roberts MS, Redmond HA, Bernard DR, Calkins DR. Individualized treatment for alcohol withdrawal. A randomized double-blind controlled trial. JAMA 1994, 272: 519-523.
- Williams D, McBride A. The drug treatment of alcohol withdrawal symptoms: a systematic review. Alcohol Alcohol 1998; 33: 103-115.

#### **Recommendation 24a**

*In people with delirium tremens, offer oral lorazepam as first-line treatment. If symptoms persist or oral medication is declined, give parenteral lorazepam, haloperidol or olanzapine.*

The source guideline (UK003) states that this recommendation is based on consensus.
---

#### Summary of evidence

The authors of the source guideline performed a systematic search for the following question: "What is the safety and efficacy of a) neuroleptic agents, promazine hydrochloride, haloperidol, clozapine, risperidone, olanzapine, quetiapine) versus placebo b) other neuroleptic agents c) neuroleptic agents in combination with

benzodiazepines (diazepam, chlordiazepoxide, alprazolam, oxazepam, clobazam, lorazepam) for patients with delirium tremens? No relevant papers were identified for this question.

The authors of the source guideline considered the clinical and cost-effectiveness evidence for the treatment of delirium tremens under circumstances where the treatment for withdrawal prescribed has not been effective (break through) or the patient presents with established symptoms having not received treatment. The clinical evidence review found no papers to inform the discussion so any recommendations are based on experience and consensus.

The authors of the source guideline noted that people experiencing delirium tremens are often distressed. It is important to provide treatment urgently. As it is unclear when the initial management regimen will become effective, the clinician will need to administer a drug that will work until the point the initial regimen takes over. As there was no clinical evidence showing preference for one agent over another the GDG agreed on consensus that symptoms should be relieved using oral lorazepam in the first instance. If symptoms are severe or oral medication is declined, parenteral lorazepam, haloperidol or olanzapine may be used.

The authors of the source guideline felt that olanzapine has a better side effect profile than lorazepam and haloperidol, especially in high doses, which is the case here. In spite of the additional cost associated with parenteral olanzapine compared to lorazepam and haloperidol, the overall cost-impact of giving this treatment is likely to be small because this indication often only required a single dose, and the number of patients that may require this treatment are few, especially if used as a second-line treatment for agitation.

#### **Recommendation 24b**

*If delirium tremens develops in a person during treatment for acute alcohol withdrawal, review their withdrawal drug regimen.*

The source guideline (UK003) does not present any evidence for this recommendation. Therefore we assumed this was based on consensus.

#### **Recommendation 25a**

*In people with alcohol withdrawal seizures, consider offering a quick-acting benzodiazepine (such as lorazepam) to reduce the likelihood of further seizures.*

#### **GRADE 1C**

The source guideline (UK003) presents 1 RCT that shows that lorazepam is effective to reduce seizures. However, based on the guideline we cannot assess the methodological quality of that study. This would match GRADE B. We downgraded to C because the study did not include young people (indirect evidence).

The evidence is valid and coherent.

#### Summary of evidence

One meta-analysis (N=4 placebo-controlled randomised trials) was identified addressing the management of recurrent seizures in patients with acute alcohol withdrawal (Hillbom et al., 2003). One trial (N=188, level 1+) 43 in the meta-analysis compared lorazepam 2mg with saline in patients presenting to the emergency department after a witnessed generalised seizure. Patients were observed for a minimum seizure-free period

of 6 hours. The number of patients needed to be treated with lorazepam to prevent one seizure is five (95%CI 3.2 to 8.5). None of the evidence reviewed included people from the young adult population.

Further discussion revolved around the issues of treating an acute seizure and preventing further seizures in those patients who present having had a seizure. The authors of the source guideline noted that the evidence considered was obtained from people not receiving any treatment for acute alcohol withdrawal but who presented to Accident and Emergency following an initial alcohol withdrawal related seizure. In spite of this, the authors of the source guideline thought that the evidence could be extrapolated to those patients that have had a seizure on a withdrawal regimen.

The evidence included a low quality meta-analysis with no assessment of individual study quality. The evidence did not report any adverse events or complications associated with lorazepam.

The D'Onofrio study (1999) showed that lorazepam was superior to placebo in preventing further seizures. It was noted that this study excluded people after enrolment if they required treatment for moderate to severe withdrawal.

#### References (cited from: UK003)

- Hillbom M, Pieninkeroinen I and Leone M. Seizures in Alcohol-Dependent Patients: Epidemiology, Pathophysiology and Management. CNS Drugs 2003; 17(14):1013-1030.
- D'Onofrio G, Rathlev NK, Ulrich AS et al. Lorazepam for the prevention of recurrent seizures related to alcohol. New England Journal of Medicine 1999; 340(12):915-919.

#### **Recommendation 25b**

*If alcohol withdrawal seizures develop in a person during treatment for acute alcohol withdrawal, review their withdrawal drug regimen.*

The source guideline (UK003) states this recommendation is based on consensus.

#### Summary of evidence

The authors of the source guideline (UK003) discussed the difference between preventing seizures, treating a patient during a seizure and preventing recurrent seizures. It was noted that effective treatment of acute alcohol withdrawal will result in the prevention of seizures. As such, a seizure in a patient during treatment can be considered as a treatment failure. The authors of the source guideline therefore agreed that it was important to emphasize the need to review a patient's treatment regimen if they develop a seizure as this may be due to a sub-optimal level of initial treatment.

#### **Recommendation 25c**

*Do not offer phenytoin to treat alcohol withdrawal seizures.*

#### **GRADE 1B**

The authors of the source guideline (UK003) found strong evidence that lorazepam but not phenytoin compared to placebo is effective to treat withdrawal seizures. The number of patients needed to be treated with lorazepam to prevent one seizure is five (95%CI 3.2 to 8.5) This would match GRADE A.

The GRADE level was downgraded to B because there were no studies on young people (indirectness of evidence).

The evidence is valid and coherent.

### Evidence summary

The authors of the source guideline performed a systematic review on the safety and efficacy of benzodiazepines versus a) placebo b) other benzodiazepines c) other anticonvulsants for the prevention of recurrent seizures during acute alcohol withdrawal?

One meta-analysis (N=4 placebo-controlled randomised trials) was identified addressing the management of recurrent seizures in patients with acute alcohol withdrawal (Hilblom et al., 2003). Level 1+

One trial (N=188) (D'Onofrio et al., 1999) in the meta-analysis compared lorazepam 2mg with saline in patients presenting to the emergency department after a witnessed generalised seizure. Patients were observed for a minimum seizure-free period of 6 hours. Three trials in the meta-analysis (N=252 patients in total) compared phenytoin with placebo (Alldredge et al., 1989; Chance 1991; Rathlev et al., 1994). Two of the studies observed patients for a minimum seizure-free period of 6 hours (Chance 1991; Rathlev et al., 1994) and in the remaining study for 12 hours (Alldredge et al., 1989) Level 1+

All of the studies recruited patients who presented to an emergency department with a seizure thought to be related to acute alcohol withdrawal and were therefore not on medication for treatment of this condition. The question addressed here is how to manage patients who have been started on a treatment regimen for acute alcohol withdrawal but who then have a seizure presumed to be withdrawal-related.

### *From evidence to recommendations*

Further discussion revolved around the issues of treating an acute seizure and preventing further seizures in those patients who present having had a seizure. The authors of the source guideline noted that the evidence considered was obtained from people not receiving any treatment for acute alcohol withdrawal but who presented to Accident and Emergency following an initial alcohol withdrawal related seizure. In spite of this, the authors of the source guideline thought that the evidence could be extrapolated to those patients that have had a seizure on a withdrawal regimen.

It is rare for an alcohol withdrawal seizure not to be self-limiting, so the clinical question had been posed to determine how to manage a patient who has had a seizure. Specifically, it had been posed to determine if benzodiazepines or anticonvulsants were efficacious in this clinical situation.

The evidence included a low quality meta-analysis with no assessment of individual study quality. The evidence did not report any adverse events or complications associated with lorazepam.

The D'Onofrio study (1999) showed that lorazepam was superior to placebo in preventing further seizures. It was noted that this study excluded people after enrolment if they required treatment for moderate to severe withdrawal. As such, the authors of the source guideline recognised significant limitations with the study as it does not reflect the population in the UK that usually needs treatment to prevent recurrent seizures.

The authors of the source guideline considered it important that the three studies comparing phenytoin with placebo reported no significant differences in the incidence of recurrent seizures.

None of the evidence reviewed included people from the young adult and older adult populations.

### References (cited from: UK003)

- Hillbom M, Pieninkeroinen I and Leone M. Seizures in Alcohol-Dependent Patients: Epidemiology, Pathophysiology and Management. *CNS Drugs* 2003; 17(14):1013-1030.
- D'Onofrio G, Rathlev NK, Ulrich AS et al. Lorazepam for the prevention of recurrent seizures related to alcohol. *New England Journal of Medicine* 1999; 340(12):915-919.
- Alldredge BK, Lowenstein DH, Simon RP. Placebo-controlled trial of intravenous diphenylhydantoin for short-term treatment of alcohol withdrawal seizures. *American Journal of Medicine* 1989; 87(6):645-648.

- Chance JF. Emergency department treatment of alcohol withdrawal seizures with phenytoin. *Annals of Emergency Medicine* 1991; 20(5):520-522.
- Rathlev NK, D'Onofrio G, Fish SS et al. The lack of efficacy of phenytoin in the prevention of recurrent alcohol-related seizures. *Annals of Emergency Medicine* 1994; 23(3):513-518.