

**Richtlijn voor de preventie van alcohol en drug misbruik bij adolescenten
(herziening van de finale versie)**

Namens de ADAPTE-youth project groep

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

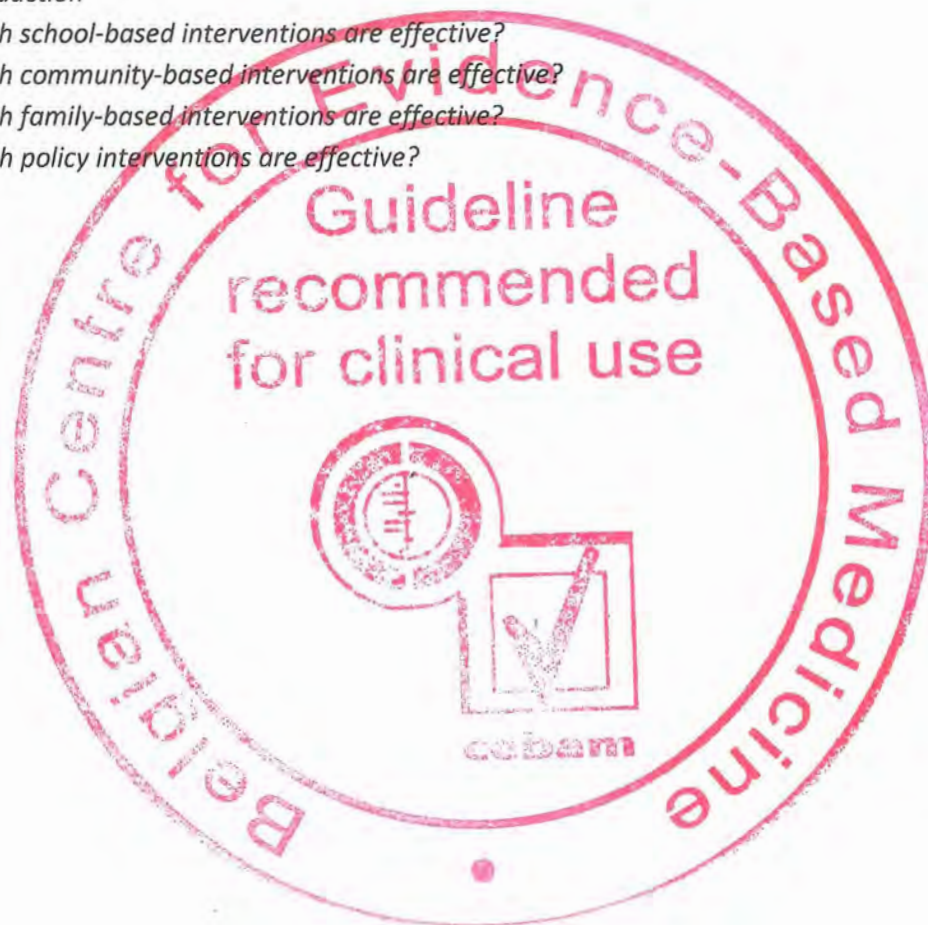
Inhoudsopgave

A. Aanbevelingen

Overzicht van aanbevelingen binnen de verschillende settings	2
1.1 Inleiding	3
1.2 Welke interventies in de schoolsetting zijn effectief?	13
1.3 Welke interventies in de gemeenschapssetting zijn effectief?	17
1.4 Welke interventies gericht op het gezin zijn effectief?	19
1.5 Welke beleidsmaatregelen zijn effectief?	21
Referenties	23

B. Evidence review

2.1 Introduction	25
2.2 Which school-based interventions are effective?	34
2.3 Which community-based interventions are effective?	39
2.4 Which family-based interventions are effective?	41
2.5 Which policy interventions are effective?	45



Richtlijn voor de preventie van alcohol en drug misbruik bij adolescenten (herziening van de finale versie)

Namens de ADAPTE-youth project groep

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

Inhoudsopgave

A. Aanbevelingen

Overzicht van aanbevelingen binnen de verschillende settings	2
1.1 Inleiding	3
1.2 Welke interventies in de schoolsetting zijn effectief?	13
1.3 Welke interventies in de gemeenschapssetting zijn effectief?	17
1.4 Welke interventies gericht op het gezin zijn effectief?	19
1.5 Welke beleidsmaatregelen zijn effectief?	21
Referenties	23

B. Evidence review

2.1 Introduction	25
2.2 Which school-based interventions are effective?	34
2.3 Which community-based interventions are effective?	39
2.4 Which family-based interventions are effective?	41
2.5 Which policy interventions are effective?	45

Overzicht van aanbevelingen binnen de verschillende settings

	School	Gemeenschap, gezin of beleid
Universele preventie*	<p>1a Maak alcohol- en andere drugeducatie een integraal onderdeel van het curriculum.</p> <p>1b Stem deze educatie af op de leeftijd van de jongeren en houd rekening met verschil in leerbehoeften.</p> <p>1c Introduceer een ‘whole school approach’ met betrekking tot alcohol en andere drugs.</p> <p>1d Indien aangewezen, bied ouders informatie waar ze hulp kunnen krijgen.</p> <p>3 Bouw samenwerkingsverbanden uit ten behoeve van de alcohol- en andere drugeducatie op school. Pleeg hierover overleg met ouders en jongeren. Evalueer de werking van deze verbanden.</p>	<p>Beleidsmaatregelen</p> <p>7 Verhoog de prijs van alcohol.</p> <p>8a We adviseren om jongeren zo weinig mogelijk bloot te stellen aan alcoholreclame.</p> <p>8b We adviseren om een kosten-baten analyse te doen van een compleet verbod op alcoholreclame.</p>
	<p>2a Geef jongeren van wie men vermoedt dat ze schadelijke hoeveelheden alcohol drinken, kort individueel advies.</p> <p>2b Indien aangewezen, verwijs deze jongeren direct naar externe diensten.</p> <p>2c Neem regelgeving in acht met betrekking tot bescherming van de rechten van de jongere.</p>	<p>Gemeenschap</p> <p>4 Ontwikkel en implementeer een strategie om alcohol- en drugmisbruik tegen te gaan bij kwetsbare jongeren, als onderdeel van een lokaal samenwerkingsverband.</p> <p>Gezin</p> <p>5a We adviseren om ouders van jongeren van 12-16 jaar met een hoog risico op middelenmisbruik langdurig te begeleiden.</p> <p>5b We adviseren intensievere steun (bijvoorbeeld gezinstherapie) te bieden aan gezinnen die dit wensen.</p> <p>6a Om middelengebruik en -misbruik bij jongeren tussen 12-18 te verminderen adviseren we om jongeren tussen 10 en 12 jaar met aanhoudend agressief of verstorend gedrag en met een hoog risico op middelenmisbruik, groepsgewijs gedragstherapie aan te bieden.</p> <p>6b We adviseren om de ouders van deze jongeren een groepstraining over ouderlijke vaardigheden aan te bieden.</p>

*Universele preventie richt zich op alle jongeren. Selectieve en geïndiceerde preventie richt zich naar groepen respectievelijk individuen met een verhoogd risico op alcohol- of ander drugmisbruik.

1.1 Inleiding

Jongeren komen regelmatig in aanraking met alcohol en andere drugs. Alcohol is het meest gebruikte middel. Op 16-jarige leeftijd heeft 89% van de Vlaamse jongeren wel eens gedronken en 38% dronk meer dan 5 glazen per keer (ESPAD, 2011). Zestien percent van de Waalse meisjes en 32% van de Waalse jongens rapporteerden wekelijks alcohol te gebruiken (Currie, 2012). Van alle drugs wordt cannabis het meest gebruikt. Van de 15-jarigen in Vlaanderen heeft 17% van de meisjes en 23% van de jongens ooit cannabis gebruikt, in Wallonië is dit 18% van de meisjes en 23% van de jongens (Currie, 2012). Na cannabis is cocaïne de meest gebruikte drug door jongeren.

Risico's en gevolgen

Jongeren zijn zeer kwetsbaar als het gaat om alcohol en andere drugs. Enerzijds zullen zij vanwege hun biologische ontwikkelingsstadium eerder geneigd zijn om te experimenteren met dergelijke middelen. Anderzijds lopen zij hogere risico's omwille van de effecten van deze middelen op het zich ontwikkelend brein (Adviescommissie kwetsbare jeugd & verslaving, 2011). Bingedrinken, wat vooral voorkomt bij jongeren, is een zeer gevaarlijke trend. De hoge dosis alcohol kan leiden tot hersenbeschadiging met in extreme vorm het risico om te overlijden.

Op korte termijn heeft regelmatig en/of overmatig alcohol- en ander druggebruik negatieve gevolgen voor de psychosociale en lichamelijke conditie van jongeren. Alcohol kan 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). Daarnaast hebben jongeren onder invloed van alcohol een groter risico op ongevallen en verwondingen en vertonen zij vaker agressief gedrag of risicovol seksueel gedrag (Verdurmen 2006; Boelema et al., 2009). Van cannabis is bekend dat het de cognitieve functies, waaronder het kortetermijngeheugen en de aandacht, tijdelijk verstoort. Dit kan, tesamen met het effect op andere mentale functies, leiden tot slechtere schoolprestaties vlak na het gebruik (Kinable, 2008).

Op langere termijn bestaat het risico op afhankelijkheid met een brede verscheidenheid aan gerelateerde problemen op lichamelijk en psychosociaal vlak. Bepaalde jongeren hebben door een verscheidenheid aan factoren een verhoogd risico om middelen te misbruiken en/of op afhankelijkheid. Vooral bij deze kwetsbare jongeren is er een samenhang tussen alcohol en ander drugmisbruik en problemen op andere leefgebieden, zoals psychiatrische problemen, delinquent gedrag en sociaaleconomische moeilijkheden (Adviescommissie kwetsbare jeugd & verslaving, 2011).

Risicofactoren

Of jongeren al dan niet drugs gaan gebruiken hangt af van veel factoren. Het is vaak niet mogelijk om te voorspellen welke jongeren wel en welke jongeren geen alcohol of andere drugs zullen gaan misbruiken. Volgens het MMM-model heeft het (problematisch) gebruik van alcohol of andere drugs te maken met een combinatie van 3 factoren: 1. het **middel**, waarbij het ene middel meer risico's inhoudt dan een ander middel, 2. het **milieu**, ofwel de fysieke en sociale omgeving waarin jongeren al dan niet gebruiken, inclusief gedrag van rolmodellen; sociale interactie binnen de familie, of subcultuur, met vrienden of peers, en 3. met de **mens**, zijn persoonlijkheid, waarden en normen, leeftijd, biogenetische en maatschappelijke kwetsbaarheid voor de effecten van alcohol of drugs.

Deze drie factoren staan in interactie met elkaar en bepalen samen of een jongere al dan niet alcohol of andere drugs gaat gebruiken (VAD, visietekst preventie).

Motivatie voor de richtlijn

Alcohol- en andere drugproblemen onder jongeren krijgen in België ruime aandacht. In diverse settings zoals scholen en vrijetijdsverenigingen lopen programma's die tot doel hebben om problemen die ontstaan door middelengebruik te voorkomen. Ook zijn diverse initiatieven rond vroeginterventie opgestart. De samenhang tussen en wetenschappelijke onderbouwing van de verschillende preventie-initiatieven zullen wellicht de effectiviteit ervan verhogen. De verwachting is dat deze richtlijn zal bijdragen aan een coherent en onderbouwd alcohol- en drugpreventiebeleid bij jongeren.

Doel van de richtlijn

Het doel van deze richtlijn is om aanbevelingen aan te bieden die richtinggevend of ondersteunend kunnen zijn bij het nemen van beslissingen aangaande preventie van alcohol- en andere drugproblemen binnen de gezondheidszorg, sociaal welzijn, scholen en in de ruimere samenleving van België. Ze hebben als doel de kwaliteit van preventie-interventies voor jongeren te verbeteren en dienen als houvast bij het nemen van beslissingen in verband met de preventie van alcohol en ander druggebruik bij jongeren. Het te verwachten voordeel is dat met behulp van deze richtlijn de kwaliteit van preventie-interventies voor deze jongeren verbeterd kan worden.

Deze richtlijnen beschrijven de preventie-interventies die gemiddeld voor een groep jongeren wetenschappelijk gezien het beste zijn. Dit is niet noodzakelijkerwijs de beste interventie voor een individuele jongere. De jongeren en actoren in hun ruime omgeving zijn volwaardige partners bij het nemen van beslissingen aangaande preventie-interventies. Het kan voorkomen dat men op basis van argumenten beslist om voor andere interventies te kiezen dan diegenen die in deze richtlijn beschreven zijn.

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 preventie in de vrije tijd. Het wetenschappelijk onderzoek betreft vooral onderzoek op het gebied van alcoholmisbruik. Op dit moment is er immers meer goed wetenschappelijk onderzoek beschikbaar over de preventie van problematisch alcoholgebruik dan over de preventie van problematisch druggebruik.

Het veld van preventie van alcohol- en andere drugproblemen bij jongeren is volop in ontwikkeling. Hierdoor zijn de richtlijn en de aanbevelingen voor een bepaalde preventievraag niet exhaustief. Dit wil zeggen dat wanneer er een bepaalde strategie niet in deze richtlijn of aanbevelingen is opgenomen dat dit niet meteen betekent dat deze niet mag worden uitgevoerd of niet effectief is (wel dat de effectiviteit ervan nog niet **bewezen** is).

Het is dus belangrijk om nieuwe programma's te blijven ontwikkelen en evalueren. Wie in deze richtlijn geen handvaten vindt voor de eigen praktijksituatie en zelf aan de slag wil gaan, kan voorlopig de criteria van de Europese drug preventie standaard van het EMCDDA als handvat gebruiken om 'good practice' preventie initiatieven op te zetten (EMCDDA, Prevention Standards Partnership, 2011). Op basis van deze standaarden is een lijst ontwikkeld met minimale kwaliteitseisen voor preventie-initiatieven (Uchtenhagen en Schaub, 2011). Daarnaast kan men gebruik maken van de Internationale standaarden voor preventie van drugmisbruik (UNODC, 2013).

Preventie: 'evidence-based' versus 'good practice' interventies

'Evidence-based' preventie-interventies zijn die interventies waarvan is vastgesteld dat ze leiden tot de gewenste effecten. Er is geen criterium met betrekking tot hoe deze effecten moeten zijn vastgesteld. Volgens de principes van evidence-based werken wordt hiervoor het best beschikbare bewijs gebruikt. 'Good practice' preventie-interventies verwijzen naar interventies waarvan men verwacht dat ze zullen leiden tot de gewenste effecten. Ze kunnen bijvoorbeeld gebaseerd zijn op een theoretisch model of op ver- en vooronderstellingen die algemeen worden aangenomen op basis van voorgaand onderzoek.

Preventie: abstinentie versus schadebeperking

Preventie kan verschillende uitgangspunten hebben. Enerzijds kan preventie gericht zijn op abstinentie, waarbij jongeren worden aangemoedigd om niet te gebruiken of om dit zo lang mogelijk uit te stellen. Anderzijds kan, wanneer stoppen met gebruik op een bepaald moment niet haalbaar is, preventie zich richten op schadebeperking, zowel voor de jongere zelf als voor zijn omgeving. Tussen deze twee uitersten zijn er andere uitgangspunten mogelijk, te weten: het uitstellen van experimenteelgedrag (uitstellen van de beginleeftijd), het bevorderen van verantwoordelijk gedrag en/of het stimuleren van een vroegtijdige aanpak (VAD, visietekst preventie). Deze richtlijn kiest niet voor een bepaald uitgangspunt, maar gaat ervan uit dat de preventiewerker, afhankelijk van de drug, de omgeving en de persoonlijkheidskenmerken van de jongere (MMM), in overleg met de jongere, de meest passende kiest.

Setting

Deze richtlijn is relevant voor alle voorzieningen en personen die vanuit hun beroepsfunctie contact hebben met jongeren in België en hen informatie en advies geven over alcohol- en drugpreventie. Hieronder vallen de volgende groepen: preventiewerkers, professionals in de eerstelijnsgezondheidszorg (inclusief spoeddiensten), gezondheidswerkers in ambulante of residentiële voorzieningen, straathoekwerkers, preventieadviseurs, maatschappelijke welzijnswerkers (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, onder andere ouders en familie. Echter, niet alle aanbevelingen zijn relevant voor iedere voorziening of persoon. Dit betekent dat de 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 preventieinterventie het meest effectief is, maar niet welke preventiewerker dit zou moeten uitvoeren en hoe een interventie concreet moet worden omgezet in de lokale context. Een verdere specificering van de aanbevelingen werd overwogen en geëxploreerd maar bleek niet mogelijk te zijn omwille van (1) een gebrek aan wetenschappelijke studies, (2) het niet vertaalbaar zijn van de implementatiemodellen van richtlijnen uit andere landen naar de Belgische context en (3) lokale verschillen in o.a. beschikbare expertise, mankracht, middelen, bestaande netwerken (voor meer informatie, zie evidence review). Gebruikers van deze richtlijn moeten een inschatting maken rond welke interventies zij zelf kunnen bieden en wanneer een jongere moet worden doorverwezen naar collega's. Ook wordt aanbevolen om op lokaal niveau tussen preventiewerkers en settings afspraken te maken over de mogelijke invulling en uitwerking

van de aanbevelingen van deze richtlijn. Expertise-centra voor preventie op gemeenschapsniveau kunnen hierbij een belangrijke rol spelen.

Doelpopulatie

Deze richtlijn betreft alle jongeren tussen 12 en 18 jaar en bevat aanbevelingen voor zowel jongeren die nog geen alcohol en/of andere drugs gebruiken als voor jongeren met een verhoogd risico op alcohol- of andere drugproblemen.

Er bestaan 2 gerelateerde richtlijnen, één over screening, assessment en behandeling van alcoholmisbruik bij jongeren (ADAPTE-youth 1) en één over screening, assessment en behandeling van drugmisbruik bij jongeren (ADAPTE-youth 2).

Daar waar de aanbevelingen van de bronrichtlijnen specifiek waren voor een deel van deze groep, bijvoorbeeld jongeren tussen 12 en 16 jaar, of een bepaalde type drug zal dit worden vermeld. De preventiewerker dient de eventuele toepasbaarheid van een aanbeveling voor een andere doelgroep na te gaan.

Vanwege de minderjarigheid van de doelgroep, dienen preventiewerkers de ouders 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 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. Indien de ouders hier nood aan hebben, kunnen preventiewerkers en hulpverleners advies en hulp geven over het verbeteren van opvoedingsvaardigheden

Preventievragen

De richtlijn wil een antwoord geven op onderstaande vragen met betrekking tot preventie van alcohol- en ander drugmisbruik bij jongeren:

1. Welke interventies in de schoolsetting zijn effectief?
- 2 Welke interventies in de gemeenschapssetting zijn effectief?
- 3 Welke interventies gericht op het gezin zijn effectief?
- 4 Welke beleidsmaatregelen zijn effectief?

Deze vragen zijn opgesteld door een panel met expertise op het vlak van preventie van alcohol- en ander drugmisbruik bij jongeren (zie Kader 1). Dit panel heeft voor iedere vraag prioritaire uitkomstmaten geformuleerd, te weten: niet gebruik aan te moedigen, te ondersteunen en te bestendigen, experimenteergedrag uit te stellen, verantwoordelijk gedrag te bevorderen (positief gedrag), probleembesef / bewustwording te ontwikkelen, schade te reduceren, en vroeg behandeling te stimuleren. Deze konden echter niet in de richtlijn worden opgenomen omdat de

antwoorden in de geselecteerde richtlijnen niet in bleken te gaan op dit niveau van detail. Daarnaast wilden we per doel bekijken wat de effectieve elementen van deze programma's zijn voor wat betreft inhoud (subgroepen), toepassing (wie voert de interventie uit), proces (op welke risico- of beschermende factoren spelen ze in) of beleid. Echter, de antwoorden in de geselecteerde richtlijnen bleken ook hierover niet gedetailleerd genoeg. Andere vragen waren:

- Vanaf welke leeftijd zijn interventies effectief?
- Welke interventies zijn effectief voor het beïnvloeden van factoren (aangeboren en omgeving) die samenhangen met een hoog risico op alcohol- of ander drugsmisbruik door jongeren?
- Hoe kan men de zorg op elkaar afstemmen?

Hierrond werd ook geen wetenschappelijke informatie gevonden in de gevonden richtlijnen. Dit toont des te meer aan dat het investeren in degelijk basisonderzoek naar de effectiviteit van preventie een grote noodzaak is.

Opbouw van het document

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 aanbevelingen 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 de aanbevelingen staat, zoveel mogelijk, een toelichting, met informatie over de praktische uitvoering ervan. Deze toelichting is overgenomen van de toelichting van de bronrichtlijn en/of aangebracht door het panel en/of door stakeholders in de pilootfase.

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 preventie ragen geformuleerd en alle relevante aanbevelingen van de door de auteursgroep geselecteerde richtlijnen 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 procedure van richtlijnontwikkeling, de onderbouwing van de aanbevelingen en de methodiek zijn beschreven in deel B.

Omdat er slechts drie richtlijnen waren die onze vooropgestelde kwaliteitsnorm hebben gehaald, werden bij wijze van experiment nog twee andere bronnen van informatie geëxploreerd voor deze richtlijn. De resultaten hiervan zijn niet in deze richtlijn opgenomen omdat dit geen beter antwoord gaf op de preventie-vragen. De methode en een samenvatting van de resultaten werden wel beschreven in deel B.

Kader 1. Samenstelling van het panel

Het panel, waarvan de leden tenminste 1 vergadering hebben bijgewoond, bestond uit:

Inhoudelijk deskundigen:

1. Freek Stevens (Vorming en training van leiding, Scouts en Gidsen)
2. Trees Ameloot (Preventieve gezondheidszorg CLB, Vrije CLB koepel)
3. Geertrui de Ruytter (Directeur, Vlaamse Onderwijsraad)
4. Dominique Roos (Directeur, Provinciaal Interbestuurlijk Samenwerkingsverband voor Aanpak van Drugsmisbruik, Oudenaarde)
5. Leen Derooms (Preventiewerker Tabak, Alcohol & Drugs, Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Ahasverus, Asse)
6. Johan Van de Walle (Preventiewerker, De Sleutel, Gent)
7. Christophe Kino (preventiewerker, Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Eclips, Gent)
8. Marc Tack (coördinator CAT Preventiehuis, Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Eclips, Gent)
9. Caroline Costers (Stafmedewerker, Gemeentelijke preventie dienst Knokke-Heist)
10. Anne De Smet (Preventiewerker, Intergemeentelijke preventiedienst alcohol en drugs Wezenbeek-Oppem, Wommel, Kraainem, Linkebeek en Drogenbos)
11. Dominique Biétheres (Psycholoog, Alfa prévention, Luik)
12. Sara de Meyer (Coordinator, Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen)
13. Alexander Witpas (Adjunct van directeur, Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid)
14. Peer van der Kreeft (praktijklector, HO Gent)
15. Ilse Bernaert (Stafmedewerker, VAD)
16. Twee vertegenwoorders van Alanon (wensen anoniem te blijven), Vereniging voor familie en vrienden van Alcoholisten, Brussel en Antwerpen

Voorzitter, secretaris en projectleiding

- Mieke Autrique / David Möbius, stafmedewerkers VAD, voorzitter
- Trudy Bekkering, epidemioloog, Centrum voor Methodologie van Pedagogisch Onderzoek, KU Leuven, secretaris
- Karin Hannes, agoog en medisch-sociale wetenschapper, Centrum voor Methodologie van Pedagogisch Onderzoek, KU Leuven, projectleider, reserve voorzitter

Geen enkel panellid verklaarde conflicterende belangen te hebben.

Definities, begrippen en afkortingen

Kwetsbare jongeren: jongeren die een sterk verhoogd risico lopen op het misbruiken van middelen en het ontwikkelen van verslavingsgedrag (Adviescommissie Kwetsbare Jongeren, 2011). Bij deze jongeren is een sterke clustering te zien van risicofactoren voor problematisch gebruik van middelen en verslavingsgedrag. Vaak is er een samenhang met problemen op andere leefgebieden zoals psychiatrische problemen, delinquent gedrag en minder gunstige sociaaleconomische omstandigheden (dak- en thuisloosheid).

Jongeren die extra aandacht verdienen zijn:

- Jongeren met een lage sociaaleconomische status, die in armoede leven of gemarginaliseerd zijn.
- Jongeren die omgaan met leeftijdsgenoten die delinquent of deviant gedrag vertonen.
- Zwerfjongeren.
- School-dropouts, spijbelaars.
- Jongeren met psychische problemen (regulering van emoties en gedrag), in het bijzonder jongeren met ADHD die tevens een gedragsstoornis, een depressie of een angststoornis hebben.
- Jongeren die al op jonge leeftijd zijn begonnen met middelengebruik.
- Kinderen van verslaafde ouders of ouders met psychiatrische problemen.”

Problematisch alcoholgebruik is een complex gegeven dat kan evolueren naar alcoholafhankelijkheid. Problemen die gepaard gaan met het alcoholgebruik, 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 alcoholgebruik, de combinatie met andere producten, de eventueel aanwezige psychiatrische problematiek en directe en indirecte omgevingsfactoren. We spreken ook van problematisch alcoholgebruik wanneer men alcohol drinkt in een verkeerde situatie (bijvoorbeeld in het verkeer) of op een verkeerd tijdstip (bijvoorbeeld bij het ontbijt). Vaak wordt bij problematisch alcoholgebruik een onderscheid gemaakt tussen ‘occasioneel overmatig alcoholgebruik’ en ‘langdurig overmatig alcoholgebruik’ (overgenomen uit: Michels, 2011) (zie kader 2).

Kader 2. Overzicht van Nederlandse, Franse en Engelse termen om problematisch alcoholgebruik te benoemen. Er bestaan kleine verschillen tussen de termen. In deze richtlijn worden de Nederlandse termen gehanteerd. De Franse en de Engelse definities zijn opgenomen in deel B.

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

Occasioneel overmatig alcoholgebruik is een drinkpatroon met een verhoogd risico op schadelijke gevolgen. Deze categorie is van toepassing wanneer een bepaalde norm van alcoholgebruik wordt overschreven, echter zonder dat er alcoholgerelateerde aandoeningen zijn. In de afwezigheid van een norm die aangeeft wanneer er alcoholische schade optreedt bij jongeren, beveelt deze richtlijn de norm voor aanvaardbaar alcoholgebruik aan (zie kader 3). Deze is gebaseerd op studies die aantonen dat jongeren die drinken een verhoogd risico hebben op ongelukken, verwondingen en geweld.

Kader 3. Norm 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 overmatig alcoholgebruik 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 (overgenomen uit: Michels, 2011).

Bingedrinken: Deze term 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' (overgenomen uit: 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'. 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' (overgenomen uit: Michels, 2011).

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 vaak wordt toegepast in de eerstelijnszorg, ook door huisartsen. Korte interventie (Eng: 'extended brief intervention'): maakt gebruik van een combinatie van op motiverende gespreksvoering geënte gesprekstechnieken, een 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).

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 'Rechtpositie 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 een jongere 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 wisselen. Ook is het van belang transparant te zijn naar de jongere toe (Databank jeugdrecht: 2006-06 en 2011-09/10).

Afkortingen

ADAM	Antwerpse Drug- en Alcohol Monitor
ADHD	Attention Deficit Hyperactive Disorder
AMJAD	Antwerpse Monitor Jongeren, Alcohol en Drugs
CAW	Centrum voor Algemeen Welzijnswerk
CLB	Centrum voor LeerlingenBegeleiding
DSM	Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders
ECAT	To Empower the Community in response to Alcohol Threats
EMCCDA	European Monitoring Center for Drug and Drug Abuse
ESPAD	European school survey project on alcohol and other drugs
EU	European Union
GRADE	Grading of recommendations assessment, development and evaluation
HBSC	Health Behavior in School-based Children
ICD	International Classification of Diseases
JAC	Jongeren Advies Centrum
JEP	Jury voor Ethische Praktijken
MILD	Monitor Integraal Lokaal Drugbeleid
MMM	Middel, Milieu, Mens,
OCMW	Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
VAD	Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen
VLOR	Vlaamse OnderwijsRaad
WHO	World Health Organization

Leeswijzer

Om de leesbaarheid van deze richtlijn te bevorderen is gekozen voor het volgende taalgebruik:

Met het bezittelijk voornaamwoord 'zijn' wordt gerefereerd naar beide geslachten.

Ouders: hiermee wordt bedoeld ouders en/of verzorgenden en/of opvoedingsverantwoordelijken

Gezinsleden: hiermee worden ouders, broers en zussen bedoeld, als ook anderen die deze rol invullen.

Preventiewerker: hiermee wordt gerefereerd naar alle personen die deze rol binnen hun beroepsfunctie en context invullen. Op een school kan dat bijvoorbeeld een leerkracht zijn.

De aanbevelingen over de interventies in de schoolsetting zijn gebaseerd op een bestaande richtlijn over alcoholmisbruik. Echter, de aanbevelingen zijn voor een groot deel gebaseerd op studies verricht naar misbruik van alcohol en andere drugs. Er zijn dus geen redenen om aan te nemen dat de interventies in de schoolsetting rondom alcoholpreventie niet evenzeer gelden voor drugpreventie. Daarom zijn de aanbevelingen rondom interventies in de schoolsetting uitgebreid naar alcohol en andere drugs.

1.2. Welke interventies in de schoolsetting zijn effectief?

Aanbeveling 1a

Maak alcohol- en andere drugeducatie een integraal onderdeel van het curriculum.

(GRADE 1A)

Toelichting

Bronrichtlijn: Diegenen die educatie geven moeten het vertrouwen en respect van de betrokken jongeren hebben. Deze preventiewerkers moeten adequate training hebben ontvangen en in staat zijn om accurate informatie te geven gebruik makend van passende technieken.

Panel: De educatie dient te worden omgezet in een lessenkpakket. Het opnemen van kennis over middelengebruik in de eindtermen wordt als onvoldoende beoordeeld door het panel. Het is wenselijk om de educatie in een spiraalcurriculum aan te bieden. In een spiraalcurriculum komt een thema, na een eerste bespreking, op regelmatige basis terug binnen het curriculum. Bij elke herhaling wordt het thema verder uitgewerkt (een verdieping of een verbreding), waarbij wordt voortgebouwd op de voorgaande lessen.

Wat betreft de basisvaardigheden zou aangesloten moeten worden bij de vakoverschrijdende eindtermen en ontwikkelingsdoelen voor het secundair onderwijs (zie

<http://www.ond.vlaanderen.be/curriculum/secundair-onderwijs/vakoverschrijdend/index.htm>)

Stakeholders: De meerderheid van de bevroegde jongeren en de bevroegde ouders vond dat de het onderwerp alcohol en andere drugs een onderdeel zou moeten zijn van het lessenkpakket. De jongeren die in aanraking waren met drughulpverlening vonden dit allemaal zeer belangrijk.

Aanbeveling 1b

Stem alcohol- en andere drugeducatie af op de leeftijd van de jongeren en houd rekening met een verschil in leerbehoeften (gebaseerd op bijvoorbeeld individuele, sociale en omgevingsfactoren). Het programma moet, wat betreft alcoholgebruik, tot doel hebben jongeren aan te moedigen niet te drinken, de leeftijd waarop jongeren beginnen met drinken te verhogen en schade te beperken onder degenen die drinken. Educatieve programma's moeten:

- Kennis verhogen over de potentiële schade van middelengebruik– op lichamelijk, mentaal en sociaal vlak (inclusief de juridische gevolgen).
- De gelegenheid bieden om de houdingen en perceptie ten opzichte van het gebruik van alcohol en andere drugs te exploreren.
- Helpen bij het ontwikkelen van besluitvorming, assertiviteit, coping en verbale / non-verbale vaardigheden.
- Bijdragen tot de ontwikkeling van zelfrespect.

- Jongeren bewust maken van de impact van de media, advertenties, rolmodellen en de standpunten van ouders, peers en de samenleving op hun middelengebruik.

(GRADE 1B)

Toelichting

Bronrichtlijn: De auteurs van de bronrichtlijn erkennen dat alcoholgebruik de culturele norm van de meeste (Westerse) volwassenen is. Sommige volwassenen vinden het normaal en acceptabel dat jongeren onder de 18 jaar alcohol drinken. Anderen vinden het gebruik van alcohol onacceptabel voor elke leeftijdsgroep. Het is belangrijk om individuele, sociale en culturele, economische en religieuze factoren in overweging te nemen bij het geven van alcoholeducatie.

Hoewel bepaalde individuen meer kwetsbaar zijn dan anderen, is het niet aangewezen om de preventie alleen te richten op die personen. Jongeren van alle achtergronden en in alle schooltypen kunnen schadelijke hoeveelheden alcohol drinken.

Stakeholders: Preventiewerkers gaven aan dat jongeren zouden moeten leren dat het niet vanzelfsprekend is om op verantwoorde manier met alcohol om te gaan. Hierbij zouden jongeren onder andere moeten leren hoe ze zich zouden moeten gedragen eens ze ‘mogen’ drinken? En als ze mogen drinken, wat impliceert dat voor hun sociale leven en hun gezondheid?

Aanbeveling 1c

Introduceer een ‘whole school approach’ (integrale of schoolomvattende aanpak) met betrekking tot alcohol- en andere drugeducatie. Een dergelijke benadering betreft zowel personeel als ouders en leerlingen bij dit thema en omvat alle aspecten gaande van beleidsontwikkeling tot de professionele ontwikkeling van (en steun voor) het personeel.

(GRADE 1B)

Toelichting

Panel: Het is belangrijk dat de verschillende betrokken partners elkaar hierin ondersteunen. De brede, maatschappelijke omgeving dient een plaats te krijgen binnen de activiteiten van de school, maar er moet duidelijkheid zijn over de grenzen voor de school van het betrekken van de ruimere omgeving (inclusief de familie). Een voorbeeld van een kader voor een beleidsmatige, integrale aanpak van de tabak-, alcohol- en drugthematiek voor zowel het lager als secundair onderwijs in Vlaanderen is te vinden op de website van de VLOR over gezondheidsbeleid op school (**Error! Hyperlink reference not valid.**<http://www.gezondopschool.be/gezondheidsthemas>).

Stakeholders: Preventiewerkers gaven aan dat ook andere actoren in de omgeving hierbij een rol kunnen spelen, zoals andere scholen en jeugdbewegingen.

Aanbeveling 1d

Indien aangewezen, geef ouders advies waar ze terecht kunnen voor meer informatie en hulp met betrekking tot het ontwikkelen van ouderlijke vaardigheden. Deze vaardigheden omvatten probleemoplossende- en communicatievaardigheden, het stellen van grenzen aan kinderen en het leren van kinderen om aan eventuele groepsdruk van peers te weerstaan.

(consensus)

Toelichting

Panel: Het geven van informatie past binnen de rol van de scholen. Het doel van deze aanbeveling is het bevorderen van het welzijn van de jongere. De school en de ouders zijn hierin belangrijke actoren en elkaars

partners. De school is echter niet bevoegd om de thuissituatie te helpen veranderen en interenieert niet binnen de opvoeding thuis.

Stakeholders: Alle bevroagde ouders zouden het op prijs stellen indien zij via de school dergelijke informatie zouden ontvangen.

Aanbeveling 2a

Geef jongeren van wie men vermoedt dat ze schadelijke hoeveelheden alcohol drinken of andere drugs gebruiken, kort individueel advies over de schadelijke effecten van dit misbruik, over hoe ze de risico's kunnen verminderen en waar ze hulp kunnen krijgen. Bied een follow-up gesprek aan of bied aan te verwijzen naar externe diensten waarmee scholen samenwerken.

(GRADE 1B)

Toelichting

Panel: Het is belangrijk om de jongere na een eventuele verwijzing niet los te laten. Het opvolgen van de jongere is een belangrijke randvoorwaarde van het doorverwijzen naar externe diensten.

Stakeholders: De meerderheid van de bevroagde jongeren was hier niet mee akkoord, veelal uit angst om gestigmatiseerd te worden. Ongeveer de helft van de jongeren stellen een doorverwijzing niet op prijs.

Aanbeveling 2b

Indien de preventiewerker inschat dat een kort advies niet voldoende is, verwijs deze jongeren direct naar externe diensten (zonder eerst kort advies te geven).

(consensus)

Toelichting

Panel: Het verschil met de vorige aanbeveling is dat hier de verwijzing niet vrijblijvend is. De preventiewerker dient een inschatting van de ernst van de problemen van de jongere te maken en op basis hiervan te kiezen om een verwijzing te adviseren (aanbeveling 2a) of om direct te verwijzen (aanbeveling 2b).

Voor deze jongeren zijn ook diverse online diensten beschikbaar met informatie en advies (www.druglijn.be; <http://www.jeunesetalcool.be>; www.infordrogues.be).

Aanbeveling 2c

Neem de regelgeving met betrekking tot de bescherming van de rechten van de jongere, toestemming en vertrouwelijkheid in acht. Indien mogelijk, betrek ouders in de consultatie of de verwijzing naar externe diensten.

(consensus)

Toelichting

Panel: Het decreet 'Rechten van de minderjarige in de jeugdhulp is hierbij van toepassing. Dit wordt hieronder toegelicht (zie Kader 4).

Stakeholders: Alle bevroagde ouders zouden graag op de hoogte worden gebracht indien hun kind teveel drinkt op school. Zij zijn van mening dat de leerkrachten eerst moeten proberen de jongere te motiveren om het zelf te vertellen. Als de jongere dit niet doet, vinden ouders dat leerkrachten de taak hebben de ouders in te lichten.

Jongeren: Bijna de helft van de bevroagde jongeren vindt dat de leerkrachten de ouders moeten inlichten indien zij zien dat hun kind teveel drinkt en/of drugs gebruikt. Een kleine minderheid van de bevroagde

jongeren was van mening dat de leerkachten de jongeren moeten motiveren om het zelf aan de ouders te vertellen.

Kader 4. Samenvatting van de inhoud van het Decreet betreffende de Rechtspositie van de Minderjarige in de Jeugdhulp

Het Decreet gaat specifiek in op een aantal grote thema's, namelijk:

- Bekwaamheid van de minderjarige: Artikel 4 van het decreet erkent dat minderjarigen zelf al hun rechten, opgesomd in het decreet, zelfstandig kunnen uitoefenen. Een minderjarige vanaf 12 jaar wordt geacht handelingsbekwaam te zijn.
- Belang van de minderjarige: In elke situatie wordt naar de beste oplossing gezocht in het belang van de minderjarige.
- Recht op instemming, informatie en duidelijke communicatie: Minderjarigen hebben recht op kennis van alle gegevens die hem of haar betreffen. Hulpverleners moeten de informatie spontaan geven en niet wachten tot de minderjarige er zelf om vraagt.
- Recht op inspraak en participatie: Participatie staat voor de actieve betrokkenheid van de minderjarigen bij zaken die hen aanbelangen. Hoe meer de minderjarige betrokken wordt, hoe beter.
- Het hulpverleningsdossier: Elke minderjarige die hulp krijgt heeft recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier. Het dossier wordt samengesteld door de hulpverlener(s) en is voor hen een werkinstrument. Het nodigt de hulpverlener uit om de minderjarige cliënt ook hierin te laten participeren.
- Recht op bijstand: Een minderjarige die hulp zoekt, mag zich altijd laten bijstaan door iemand die hij vertrouwt. Een bijstandspersoon kan enkel een werknemer van de school of iemand met beroepsgeheim zijn.
- Recht op privacy: Elke minderjarige heeft recht op een eigen meningsuiting, een eigen seksuele geaardheid en een ruimte om zich terug te trekken (privacy). De ouders en preventiewerkers moeten altijd respect opbrengen voor het privéleven van de minderjarige.
- Recht op een menswaardige behandeling: Niemand mag wreed behandeld of vernederd worden. Elke vorm van geweld is verboden. De vrijheid van de minderjarige beperken mag slechts uitzonderlijk en op bepaalde voorwaarden.

Het decreet gaat in op rechten rondom het hulpverleningsdossier van jongeren. Dit is echter niet van toepassing op het school dossier waarin de evaluaties op school (rapporten), de signalen van mogelijke problemen op school en de schoolloopbaan gedocumenteerd staan.

Meer informatie op www.rechtspositie.be Bron:

<http://www.steunpuntjeugdhulp.be/?action=onderdeel&onderdeel=145&titel=Juridische+informatie>

Aanbeveling 3

Bouw samenwerkingsverbanden uit met relevante, externe actoren ten behoeve van de alcohol- en andere drugeducatie op school.

- Pleeg overleg met families (ouders of verzorgers, kinderen en jongeren) over initiatieven om alcohol- en ander drugmisbruik te reduceren en om participatie in deze initiatieven te stimuleren.
- Controleer en evalueer de werking ervan en maak afspraken rond het toepassen van 'good practice' bij de implementatie van educatieve programma's .

(consensus)

Toelichting

Panel: Het werken rond gezondheid op school heeft veel meer slaagkansen als ook de ouders hierin betrokken worden. Als jongeren thuis en op school dezelfde boodschappen rond middelengebruik meekrijgen, zal dit wellicht een veel groter effect hebben op hun gedrag. De school en ouders zijn partners ten behoeve van het welzijn van het individuele kind. Er bestaat een brochure over ouderparticipatie, uitgegeven door de Vlor (Meewerken aan het gezondheidsbeleid op school. Service document voor ouders. Via: <http://www.gezondopschool.be/de-ouderwerking#node-62>).

Bruikbare instrumenten om een preventie-interventie op school op te zetten zijn het kader van 'de gezonde school' (Gezondheidsbevordering op school: principes en methodieken via: Een beleid opzetten voor schoolgezondheid http://www.vigez.be/gezondeschool/thema_s) of het concept 'intervention mapping' van Gerjo Kok (<http://www.interventionmapping.com/>)

1.3 Welke interventies in de gemeenschapssetting zijn effectief?

Community-based interventies zijn interventies of kleinschalige programma's die worden gegeven in de lokale gemeenschap zoals op school of jeugdinstellingen. Ze hebben tot doel de risicofactoren voor de doelgroep te beïnvloeden (NICE, 2007b).

Aanbeveling 4

Doelgroep: kwetsbare jongeren.

Ontwikkel en implementeer een strategie om alcohol- en ander drugmisbruik tegen te gaan bij deze jongeren. Deze strategie dient onderdeel te zijn van een lokaal samenwerkingsverband en:

- Gebaseerd te zijn op het lokale profiel van de doelpopulatie dat is ontwikkeld in samenwerking met gemeentelijke preventiewerkers. Het profiel dient de leeftijd te bevatten, evenals factoren die maken dat deze jongeren als kwetsbaar dienen beschouwd te worden en andere kenmerken die relevant zijn voor de lokale omgeving.
- Ondersteund te worden door een lokaal netwerk van preventiewerkers dat de rol van lokale voorzieningen en preventiewerkers, de verwijscriteria en de verwijspaden definieert.

(consensus)

Toelichting

Bronrichtlijn: Er is behoefte aan een nauwe samenwerking tussen alle voorzieningen die rechtstreeks of onrechtstreeks te maken hebben met deze problematiek om ervoor te zorgen dat preventie van alcohol- en drugmisbruik deel uitmaakt van een holistische, gezinsgerichte aanpak van kwetsbare jongeren. Activiteiten moeten plaatsvinden in formele en informele voorzieningen en zich richten op het voorkomen van stigmatisering van deze jongeren en hun gezinnen.

Interventies gericht op alcohol- en drugmisbruik zouden onderdeel moeten zijn van een zorgplan dat gericht is op alle noden en behoeften van een kwetsbare jongere. Bijvoorbeeld, het plan voorziet hulp met betrekking tot het stoppen of minderen met roken of alcohol, en hulp met betrekking tot eventuele behoeften aangaande huisvesting en opleiding.

De relatie tussen de begeleider en de jongere is cruciaal voor het slagen van interventies om middelenmisbruik te reduceren.

Preventie-interventies kunnen effectiever geïmplementeerd worden door medewerkers met de benodigde competenties, en deze kunnen lokaal worden ontwikkeld.

Preventiewerkers dienen de principes inzake vertrouwelijkheid wat betreft illegale middelenmisbruik te respecteren omdat het om jongeren gaat.

Panel: Deze aanbeveling valt binnen het expertisedomein van gemeentelijke preventiewerkers. Echter, op gemeentelijk niveau zou men moeten investeren in het optimaliseren van de informatie die nodig is om risicogroepen mee te kunnen identificeren. De reeds beschikbare bronnen, onder andere de armoedeatlas of de cijfers van het OCMW, laten niet toe om alle risicogroepen te identificeren. Dit belemmert momenteel de implementatie van deze aanbeveling.

In het kader van het Europese ECAT project (To Empower the Community in response to Alcohol Threats) werden een aantal bruikbare instrumenten voor het opzetten van lokale alcoholpreventieprogramma's ontwikkeld. Deze instrumenten zijn gebaseerd op procesmatig werken en maken gebruik van inzichten uit wetenschappelijk onderbouwde studies voor het vormgeven van de ondersteunende instrumenten.

De benadering van het ECAT bestaat uit vier fasen:

1. Stel een lokaal netwerk samen van stakeholders
2. Voer een lokale analyse uit
3. Implementeer community-based interventies op maat van de doelgroep
4. Evalueer de werking

Voor meer informatie wordt verwezen naar:

<http://www.vad.be/over-vad/europese-samenwerking/andere-projecten-en-netwerken.aspx#building capacity>

ECAT lag aan de basis van een model voor een concept mbt het ontwikkelen van een lokaal alcohol- en drugbeleid in Vlaanderen: "omdat iedereen erbij wint". Voor meer informatie wordt verwezen naar: <http://www.vad.be/sectoren/lokaal-beleid/een-beleid-opzetten/aan-de-slag.aspx>.

Stakeholders: De basis vooreen community-based interventie is een goede lokale analyse. Op basis hiervan kan men kiezen voor een bepaalde doelgroep. Er bestaan diverse instrumenten (zie hieronder).

Lokale analyse-instrumenten

Om de noden maar ook de aanwezige sterktes met betrekking tot het gebruik van illegale drugs te ontdekken in de gemeente of stad, wordt er best een lokale analyse gemaakt. Deze analyse biedt houvast voor het uittekenen van een beleid op maat van de gemeente of stad en is idealiter gebaseerd op cijfergegevens én praktijkervaringen van lokale stakeholders (preventiewerkers, politie, horeca, jeugdverenigingen, burgers ...) rond illegale drugs. Ook voor een kleine gemeente is het aangeraden een minimale lokale analyse te doen om een beleid op maat te kunnen uitwerken. Mogelijke bronnen voor cijfers zijn: patiëntenregistraties (CAW, OCMW, spoeddienst ...), statistieken van lokale politie, databank lokaal bestuur. Grotere steden kunnen ook gebruik maken van een monitor zoals ADAM (Antwerpse Drug- en Alcohol Monitor), AMJAD (Antwerpse Monitor Jongeren, Alcohol en Drugs), of MILD (Monitor Integraal Lokaal Drugbeleid).

Dit onderdeel kan, afhankelijk van de methode en setting, tijdsintensief zijn.

1.4 Welke interventies gericht op het gezin zijn effectief?

Aanbeveling 5a

Doelgroep: jongeren tussen 12 en 16 jaar bij wie de preventiewerker inschat dat hij een hoog risico op middelenmisbruik heeft.

We adviseren om deze jongeren een interventie aan te bieden die gericht is op het gezin. Dit programma biedt de ouders van de jongere gedurende ten minste 2 jaar gestructureerde steun en wordt geïntroduceerd en begeleid door personeel dat competent is op dit gebied. Het programma:

- Omvat jaarlijks minimaal 3 motivationele interviews, gericht op de ouders.
- Evalueert en maakt suggesties voor optimalisering van de gezinsinteractie.
- Biedt training aan in ouderlijke vaardigheden.
- Moedigt ouders aan om het gedrag en de prestaties van hun kinderen op school te monitoren.
- Omvat feedback.

(GRADE 2B)

Toelichting

Panel: Voor een goede implementatie van deze aanbeveling zou het duidelijk moeten worden wie dit zou moeten doen, hoe dit georganiseerd moet worden en wie dit moet betalen.

Aanbeveling 5b

We adviseren intensievere steun (bijvoorbeeld gezinstherapie) te bieden aan gezinnen die dit wensen.

(consensus)

Toelichting

Stakeholders: Alle bevroagde ouders zouden gezinstherapie op prijs stellen. Iets meer dan de helft van de bevroagde jongeren zou een gezinsprogramma op prijs stellen. Bij jongeren in contact met drughulpverlening was dit de helft.

Aanbeveling 6a

Doelgroep: kinderen tussen 10 en 12 jaar met aanhoudend agressief of verstorend gedrag en met een hoog risico op middelengebruik. Het doel is om gebruik en misbruik bij jongeren tussen 12 en 18 jaar te verminderen.

We adviseren om deze kinderen groepsgewijs gedragstherapie aan te bieden. Deze interventie zou 1 tot 2 jaar moeten duren en moet plaatsvinden vóór en tijdens de overgang naar het secundair onderwijs. Sessies zouden 1 of 2 maal per maand gehouden moeten worden en ongeveer een uur duren. Elke sessie dient:

- Te focussen op copingmechanismen zoals afleiding en ontspanning.
- Te helpen om organisatorische, studie- en probleemoplossende vaardigheden van het kind te ontwikkelen.
- Het stellen van doelen te bevatten.

(GRADE 2B)

Aanbeveling 6b

We adviseren om ouders van deze kinderen een groepstraining over ouderlijke vaardigheden aan te bieden. Dit moet plaatsvinden op maandelijkse basis, gedurende dezelfde periode als voor de kinderen zelf (zie aanbeveling 6a). De sessies zouden:

- Moeten focussen op stressmanagement, communicatievaardigheden en het ondersteunen van de ontwikkeling van de sociaal-cognitieve en probleemoplossende vaardigheden van het kind.
- Advies moeten bevatten over hoe doelen op het vlak van gedrag te stellen en hoe leeftijdsgebonden regels en verwachtingen voor kinderen te bepalen.

(GRADE 2B)

Toelichting

Panel: Het definiëren van de doelpopulatie op basis van de leeftijd alleen is arbitrair. De belangrijkste indicator is de overgang van basis- naar secundair onderwijs. Jongeren die ooit zijn blijven zitten kunnen ouder zijn dan 12 jaar maar toch in de doelgroep vallen.

De aanleiding om deze groep prioritair te behandelen bij het aanbieden van een therapeutisch programma is dat men (meer) problemen op latere leeftijd probeert te voorkomen (zie beschrijving preventieve effecten in deel B van deze richtlijn).

Het is niet geheel duidelijk op welke basis de doelgroep voor deze aanbeveling wordt geselecteerd of wanneer een kind een gedragsstoornis heeft en wanneer niet. De preventiewerker dient een inschatting te maken van de ernst van de gedragsstoornissen en / of groepstraining aangewezen is.

Deze aanbeveling kan enkel worden uitgevoerd als ouders zelf interesse tonen in ondersteuning voor het gedrag van hun kind. Uitgangspunt is dat iedere ouder het beste met zijn kind voor heeft. De opvoeding bestaat uit elementen die men zelf doorheen de jaren meekreeg. Het is belangrijk om ouders voortdurend te informeren over methoden over opvoeden. In de begeleiding wordt er een analyse gemaakt van de huidige situatie en worden nieuwe vaardigheden aangeleerd. Eén van de belangrijkste vaardigheden voor ouders is het kunnen monitoren van het gedrag van het kind, het hebben van de juiste communicatievaardigheden en het kunnen stellen van grenzen, alsook het opvolgen en maken van afspraken rond deze grenzen (zie ook Aanbeveling 1d).

De omgeving van het kind reikt verder dan ouders alleen. Hulp op maat van de jongere is nodig, door in te gaan op signalen en indien nodig gepast door te verwijzen (zie Aanbevelingen 2a en 2b). Het is belangrijk dat ouders hierbij betrokken worden, waardoor zij op deze manier worden gewezen op het gedrag van hun kind.

1.5 Welke beleidsmaatregelen zijn effectief?

Aanbeveling 7

Verhoog de prijs van alcohol om alcoholgerelateerde schade te verminderen.

- a. Overweeg een minimumprijs per eenheid van alcohol.
- b. Controleer deze minimumprijs per eenheid van alcohol regelmatig, om ervoor te zorgen dat alcohol in de loop van de tijd niet goedkoper wordt.
- c. Controleer de accijnzen regelmatig om ervoor te zorgen dat alcohol in de loop van de tijd niet goedkoper wordt.

(GRADE 1A)

Toelichting

Panel: De meest kosten-effectieve manier om in België alcoholgerelateerde schade te verminderen is het verhogen van de prijs van alcohol (WHO, 2011). Deze aanbeveling zal alcoholgerelateerde schade op populatieniveau verminderen. Echter, dit betekent niet dat het verhogen van de prijs van alcohol bij iedere jongere drempelverhogend zal werken.

Bronrichtlijn: De huidige accijns varieert voor verschillende alcoholische producten (om historische redenen en onder invloed van de EU-wetgeving). Dit betekent dat de prijs niet altijd rechtstreeks verband houdt met de hoeveelheid alcohol in het product. Bovendien wordt een verhoging van de accijnzen niet altijd omgezet in een prijsverhoging als detailhandelaars of producenten de extra kosten kunnen betalen. Er is uitgebreide evidentie (binnen de gepubliceerde literatuur en van economische analyses) voor het feit dat een herziening van het beleid over de prijs van alcohol gerechtvaardigd is om alcohol minder betaalbaar te maken. Het hanteren van een minimum prijs per eenheid van alcohol zou producenten ook aanmoedigen om producten te ontwikkelen met een lager alcoholniveau.

Bij het opstellen van een minimum prijs per eenheid van alcohol zou men rekening moeten houden met de kosten van de gezondheidszorg en de sociale kosten van alcohol gerelateerde schade, alsook de gevolgen ervan voor de consumptie van alcohol. Overweeg om met andere EU landen afspraken te maken over alcohol accijnzen, waarbij het uiteindelijke doel een EU overeenkomst zou moeten zijn waarin de alcoholaccijnzen gerelateerd zijn aan de hoeveelheid alcohol in het product.

Stakeholders: De preventiewerkers geven aan dat deze maatregel het best in samenhang met andere preventie-interventies kan worden geïmplementeerd. Dit wordt ondersteund door de resultaten van de kosten-effectiviteitsanalyse, waar gecombineerde beleidsmaatregelen kosten-effectiever waren dan het simpelweg optellen van de losse delen (WHO, 2011). Ook zou het teveel verhogen van de prijs de illegale markt kunnen bevorderen (WHO, 2011). Het risico hierop kan worden verminderd door te werken op meerdere pijlers (waarvan het beperken van het aanbod er één is).

De meerderheid van de bevroagde jongeren en ouders waren niet akkoord met deze aanbevelingen omdat zij denken dat jongeren toch wel aan alcohol, of aan vervangende middelen komen als ze willen.

Aanbeveling 8a

We adviseren om jongeren zo weinig mogelijk bloot te stellen aan alcoholreclame en om te overwegen de huidige adverteercodes te evalueren. Een dergelijk evaluatie zou moeten onderzoeken

- Of de grenzen gesteld aan reclameboodschappen wat betreft het aandeel van het publiek dat jonger is dan 18 in de huidige adverteercodes nog accuraat is. Dit wordt beoordeeld door de Jury voor Ethische Praktijken (JEP) inzake Reclame.
- Of er, daar waar alcoholreclame toegestaan is, adequate bescherming is voor jongeren.

- Of alle alcoholmarketing, met name als het gaat om nieuwe media (zoals webgebaseerde kanalen en mobiele telefoons) en productplacement, wordt gedekt door een streng regelgevend systeem met voortdurende monitoring van de praktijk.

(GRADE 2A)

Toelichting

Panel: Het is belangrijk om in detail uit te werken hoe de reclamecodes moeten worden opgesteld, gecontroleerd en gesanctioneerd. Daarnaast zouden eventuele sancties een serieuze impact moeten hebben. Dit zou moeten gebeuren door een onafhankelijk orgaan, dat de volksgezondheid als uitgangspunt neemt.

Stakeholders: Het merendeel van de ouders vond dit een goede aanbeveling. Echter, ze geven aan dat ook andere media– sociale media- een belangrijke rol kunnen spelen. De meningen van de bevroagde jongeren liepen uiteen: ongeveer de helft van de jongeren vond dit geen goede aanbeveling omdat ze niet dachten dat de reclame een dergelijk effect zou hebben. Anderen zagen deze link wel.

Aanbeveling 8b

We adviseren om een kosten-baten analyse uit te voeren van een algeheel verbod op alcoholreclame, om jongeren te beschermen tegen blootstelling aan alcoholmarketing.

(GRADE 2C)

Toelichting

Bronrichtlijn: Er is wetenschappelijk bewijsmateriaal dat aantoont dat alcoholreclame invloed heeft op het drinkgedrag van jongeren. Blootstelling aan alcoholreclame kan ertoe leiden dat jongeren op vroegere leeftijd beginnen te drinken en dat jongeren die al drinken, meer gaan drinken. Dit bewijs suggereert dat jongeren zo veel mogelijk beschermd moeten worden tegen alcoholreclame, door de huidige regelgeving te versterken.

Om jongeren volledig te kunnen beschermen tegen alcoholreclame zou een algeheel verbod zou nodig zijn. Echter deze strategie zou ook volwassenen treffen, en voor hen is er minder bewijsmateriaal voorhanden dat aantoont dat deze reclame negatieve gevolgen heeft. Voordat zo'n verbod van kracht is, zouden de aangewezen instanties de regelgevingen kunnen versterken. De auteurs van de bronrichtlijn zijn van mening dat een realistisch beeld van alcohol door de media (welke de negatieve gevolgen van overmatige alcohol consumptie illustreert) een goed begin zou zijn.

De auteurs van de bronrichtlijn merkten op dat productplacement (een vorm van reclame waarbij merkproducten in televisieprogramma's worden opgenomen) spoedig toegestaan gaat worden op commerciële televisie. Vanwege de toename van gezondheidsgerelateerde schade door alcohol in de afgelopen jaren, en de noodzaak om jongeren te beschermen tegen alcoholreclame, zijn de auteurs van de bronrichtlijn van mening dat het niet toegestaan zou mogen worden om alcohol hierin op te nemen.

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

- Adviescommissie Kwetsbare Jeugd & Verslaving. Van kwetsbaar naar weerbaar. Verslaving bij kwetsbare jongeren voorkomen en adequaat begeleiden. Bevorderen gezondheid en weerbaarheid. Vergroten veiligheid. Besparen kosten. Amerfoort: Stichting Resultaten Scoren, 2011.
- ADAPTE-youth 1. 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 alcoholmisbruik. Leuven, 2013.
- 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.
- 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.
- 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/>
- Databank jeugdrecht: 2006-03 Decreet betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp (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)
- Databank jeugdrecht: 2011-09/10 De school en de hulpverlener in gesprek: beroepsgeheim en ambtsgeheim (http://www.jeugdrecht.be/?action=artikel_detail&artikel=336)
- EMCDDA, Prevention Standards Partnership, 2011
[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_146222_EN_INT01_EU%20prevention%20standards%20EMCDDA%20\(2011\).pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_146222_EN_INT01_EU%20prevention%20standards%20EMCDDA%20(2011).pdf)
- ESPAD. The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. 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.
- GRADE. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2008; 336:924. Zie ook: www.gradeworkinggroup.org
- Kinable H. Dossier cannabis. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw, 2008. Bron: <http://www.vad.be/alcohol-en-andere-drugs/info-drugs/productinfodossiers/cannabis.aspx>
- 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.
- NICE public health guideline 7. Interventions in schools to prevent and reduce alcohol use among children and young people. London: National Institute of Health and Clinical Excellence, 2007a.
- NICE public health guideline 24. Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking. London: National Institute of Health and Clinical Excellence, 2010.
- NICE public health guideline 4. Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people (PHI 004). London: National Institute of Health and Clinical Excellence, 2007b.
- Uchtenhagen A, Schaub M. Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction EQUUS (Final report). Switzerland: Research Institute for Public Health and Addiction. 2011.
- UNODC. International Standards on Drug Use Prevention. United Nations Office on Drugs and Crime, 2013. <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>

- VAD. Visietekst preventie en behandeling. Via: <http://www.vad.be/media/459866/2011%20visietekst%20vad.pdf>
- VAD. Richtlijnen voor aanvaardbaar alcoholgebruik & definitie bingedrinken. Brussel: Vereniging voor Alcohol en Andere Drugproblemen (VAD), 2009.
- 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
- WHO. Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Peter Anderson, Lars Møller and Gauden Galea (eds.), 2011. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf

Evidence review

2.1 Introduction

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 (NHMRC, 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. This 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" (NHMRC, 2009).

Table 1. French and English terms for alcohol misuse

The SSMG supports classification of La Société Française d'Alcoologie (SFA) (for adults)*	NICE guidelines support the classification of WHO**
<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	<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.

particulier. L'OMS : moins de 3 unités par jour pour un homme et moins de 2 unités par jour pour une femme	
<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.	<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.
<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.	<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.

*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/)

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 (ADAPTE Collaboration, 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 prevention 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 prevention 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 prevention questions for which they were seeking an answer based on experience and the self-rated expectations of the targeted 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, included in the Digital Library of Health of the Center of Evidence-Based Medicine (CEBAM), and World Health Organization (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>; and <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/standards>). We also searched the websites 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 to June 2011 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 (see: Bekkering et al, 2014 for details on the process and results

of the search for guidelines). 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 guidelines (Guyatt et al., 2011; www.gradeworkinggroup.org).

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)

Other evidence is labeled level C.

The levels can be interpreted as follows (Balshem et al., 2011):

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 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. 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 adapted if needed, for example if information was not relevant to our population of young people. The panel formulated other considerations with regard to the implementation of the recommendations, which resulted from an interdisciplinary group discussion. Scientific evidence was added for these considerations, where possible. The contents of this explanatory section were checked with the panel in a last meeting.

During the 2 meetings we discussed 24 recommendations. From these, 19 were included in this guideline on prevention of alcohol and drug misuse (see Table 2).

Table 2. Source guidelines from which recommendations were used for this guideline

Guideline	Title	Recommendation
NICE, 2007a	Interventions in schools to prevent and reduce alcohol use among children and young people	1abcd, 2abc, 3
NICE, 2010	Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking	7, 8ab
NICE, 2007b	Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people	4, 5ab, 6ab

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 is reported.

The evidence for a certain recommendation was considered coherent if:

- The patients and treatments 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.

For 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.

Additional sources of information

Because we selected only 3 high-quality guidelines, which did not fully answer our prevention questions, we investigated whether two other sources of information could be used for this guideline. These sources were also used to determine whether it was possible to operationalise the recommendations, with the aim to make them more specific.

First, we performed an umbrella review that summarizes the results of systematic reviews conducted in the field of prevention of alcohol and drug misuse in adolescents (Emmers et al., submitted), in an attempt to answer questions such as who should best provide the intervention, which subgroups would benefit most from the intervention and which components of the program are most likely to be effective. The aim was to use these results to formulate recommendations for our prevention questions that could not be answered using the selected guidelines. In May 2012, we performed a comprehensive search in seven electronic databases (MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsychInfo, ERIC, DARE, the Cochrane library of Systematic Reviews), websites and checked reference lists of articles. Studies that met our predefined inclusion criteria were critically appraised using the AMSTAR instrument. We contacted the authors to obtain additional information for those lacking detail. We found 22 systematic reviews, the majority reported on school based prevention programs. In general, school-based prevention programs showed some benefit while effects of community-based, family-based and multifaceted programs were less convincing. However it was not possible to estimate the effect size of prevention programs as half of the reviews described their review findings narratively, due to the heterogeneity of outcome measures in the original research reports. It was also noticed that many reviews lacked detail in the reporting of process and implementation related aspects of the prevention programs evaluated. The panel concluded that this review did not generate more information for the guideline.

Second, from the overall pool of identified guidelines on alcohol and drug misuse among adolescents, we selected guidelines that described the process of implementation of prevention programs in various settings in an attempt to answer the question how an intervention needs to be rolled out in practice. To be selected, these guidelines needed to be based on a systematic overview of literature and be developed by a group of experts. We selected three guidelines: Building on our strengths: Canadian standards for school-based youth substance abuse prevention (CCSA, 2010a), Stronger together: Canadian standards for community-based youth substance abuse prevention (CCSA, 2010b) and Strengthening our skills: Canadian guidelines for youth substance abuse prevention – Family skills programs (CCSA, 2011). However, the panel judged that the content of these guidelines were not applicable to the Belgian context, and therefore this was not included in this guideline.

In summary, although we tried two routes to consider additional evidence to make the recommendations of this guideline more specific, this appeared not to be helpful for our Belgian context. Instead we added at note to the guideline that the recommendations should be operationalised on local level to facilitate its implementation.

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 tailoring the education at school (recommendation 1b) and the maintenance and development of partnerships (recommendation 3) were, among others, not selected. Recommendations for very specific populations (for example children aged 10-12 who are persistently aggressive or disruptive) 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: 1a, 2a, 2c, 5a, 7 and 8.

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. The following recommendations were questioned: 1a, 1d, 5b, 7 and 8. 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 ‘prevention of alcohol and drug 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 prevention settings.

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 the prevention of alcohol and drug misuse (mean score on a 4-p scale from ‘completely not’ to ‘completely’)

	Mean score
1. Is this guideline valuable for you?	3
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?	2.3
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?	3.3

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 [CMPO website-to be added]. Little over half 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, for example target group, the risk factors leading to substance misuse and focus of the prevention intervention (abstinence versus harm reduction). Other comments made us decide to rephrase some recommendations or sentences in the clarification sections.

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.

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

- ADAPTE Collaboration. Manual for Guideline Adaptation Version 2.0 - 2009. www.adapte.org
- Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, Vist GE, Falck-Ytter Y, Meerpohl J, Norris S, Guyatt GH. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology* 2011; 64: 401e406.
- Bekkering GE, Aertgeerts B, Asueta-Lorente JF, Autrique M, Goossens M, Smets K, van Bussel JC, Vanderplasschen W, Van Royen P, Hannes K. Practitioner Review: Evidence-based practice guidelines on alcohol and drug misuse among adolescents: a systematic review. *J Child Psychol Psychiatry* 2014; 55: 3-21.
- 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. AGREE II:

Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. Canadian Medical Association Journal 2010, 182, e839-e842. The instrument is available from: www.agreetrust.org

- Emmers E, Bekkering GE, Hannes K. Prevention for alcohol and drug misuse in adolescents: an overview of systematic reviews. Submitted.
- 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.
- GRADE Collaboration. www.gradeworkinggroup.org/index.htm
- Guyatt GH, Oxman AD, Schünemann HJ, Tugwell P, Knottnerus A. GRADE guidelines: A new series of articles in the *Journal of Clinical Epidemiology*. *J Clin Epidemiol* 2011; 64: 380-2.
- CCSA. Building on our strengths: Canadian standards for school-based youth substance abuse prevention. Canadian Center of Substance Abuse, 2010a.
- CCSA. Stronger together: Canadian standards for community-based youth substance abuse prevention. Canadian Center of Substance Abuse, 2010b.
- CCSA. Strengthening our skills: Canadian guidelines for youth substance abuse prevention – Family skills programs. Canadian Center of Substance Abuse, 2011.
- 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.
- Foxcroft DR, Lowe G. Adolescent drinking behaviour and family socialization factors: a meta-analysis. *J Adolesc* 1991, 14(3):255–273.
- Hoge Gezondheidsraad. Rapport van de Hoge Gezondheidsraad. Jongeren en alcohol. Brussel: Hoge Gezondheidsraad, 2006.
- NHMRC. Australian alcohol guidelines for low-risk drinking. Draft for public consultation. Australia: National Health and Medical Research Council, 2009.
- NICE public health guideline 7. Interventions in schools to prevent and reduce alcohol use among children and young people. London: National Institute of Health and Clinical Excellence, 2007a.
- NICE public health guideline 24. Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking. London: National Institute of Health and Clinical Excellence, 2010.
- NICE public health guideline 4. Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people (PHI 004). London: National Institute of Health and Clinical Excellence, 2007b.
- 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 Which school-based interventions are effective?

(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 1a

Ensure alcohol education is an integral part of the curricula.

GRADE 1A

The source guideline (NICE, 2007a) found evidence from a high quality systematic review that three programmes: Strengthening Families, Botvin’s life skills training (LST) and a culturally focused curriculum for Native American students, can produce long-term reductions in alcohol use (see evidence summary below recommendation 1d).

The evidence is valid and coherent.

Recommendation 1b

Ensure alcohol education is tailored for different age groups and takes different learning needs into account (based, for example, on individual, social and environmental factors). It should aim to encourage children not to drink, delay the age at which young people start drinking and reduce the harm it can cause among those who drink. Education programmes should:

- *Increase knowledge of the potential damage alcohol use can cause – physically, mentally and socially (including the legal consequences).*
- *Provide the opportunity to explore attitudes to – and perceptions of – alcohol use.*
- *Help develop decision-making, assertiveness, coping and verbal / non-verbal skills.*
- *Help develop self-esteem.*
- *Increase awareness of how the media, advertisements, role models and the views of parents, peers and society can influence alcohol consumption.*

GRADE 1B

The source guideline (NICE, 2007a) found evidence from two classroom-based, teacher-led programmes that targeted children between the ages of 12 and 13 years, to suggest that interventions using the life kills approach (three RCTs of moderate quality) or focusing on harm reduction through skills-based activities (School Health and Alcohol Harm Reduction Project [SHAHRP] (one moderate-quality CNRT) can produce medium-to long-term reductions in alcohol use and, in particular, risky drinking.

Furthermore they found evidence (one moderate-quality RCT) to suggest that a culturally-tailored skills training intervention or Native American students may have long-term effects on alcohol use.

The evidence is valid but not coherent as the recommendation is broader than the evidence. The evidence concerns mainly the effectiveness of tailored education and is less informative about what content is best.

Recommendation 1c

Introduce a ‘whole school’ approach to alcohol. It should involve staff, parents and pupils and cover everything from policy development and the school environment to the professional development of (and support for) staff.

GRADE 1B

The source guideline (NICE, 2007a) found evidence to suggest that programmes that begin early in childhood, combine a school-based curriculum intervention with parent education, such as the Seattle Social Development Project (SSDP) (one moderate-quality CNRT) and Linking the Interests of Families and Teachers (LIFT) (one low-quality RCT), which target a range of problem behaviours including alcohol use, can have long-term effects on heavy and patterned drinking behaviours. In addition, the Healthy School and Drugs Project (one moderate-quality CNRT), which targeted secondary school students, had short-term effects on alcohol use. However, longer-term effects of the programme have not been examined.

The evidence is valid and coherent.

Recommendation 1d

Where appropriate, offer parents or carers information about where they can get help to develop their parenting skills. This includes problem-solving and communication skills, and advice on setting boundaries for their children and teaching them how to resist peer pressure.

The source guideline (NICE, 2007a) does not present evidence for this recommendation. Therefore we assumed this was based on consensus.

Evidence summary recommendation 1a-d

The authors of the source guideline (NICE, 2007a) conducted a review of effectiveness (Jones et al., 2007). This review included a total of 14 systematic reviews and meta-analyses, and 134 primary studies, which evaluated 52 programmes. A broad range of programmes were identified including classroom-based programmes delivered by teachers or other professionals, multicomponent programmes that combined classroom-based intervention components with family-based and/or community based components, and other approaches delivered outside of lesson time including brief interventions and peer support programmes. Results were summarised in terms of short (<6 months), medium (up to 1 year) and long (>1 year) term outcomes.

Study quality was summarized as follows:

- ++ All or most criteria have been fulfilled. Where they have not been fulfilled the conclusions are thought very unlikely to alter.
- + Some criteria fulfilled. Those criteria that have not been fulfilled or not adequately described are thought unlikely to alter the conclusions.
- Few or no criteria fulfilled. The conclusions of the study are thought likely or very likely to alter.

Overall, school-based alcohol interventions were found to be cost effective, given the fact that they may avert the high costs associated with harmful drinking (both in terms of health and other consequences). However, intensive long-term programmes may not be cost effective. It should be noted that the economic analysis carried out to determine whether or not an intervention was cost effective was subject to very large uncertainties.

The recommendations were based on the following evidence statements: 1, 2, 3c, 5. However the source guideline does not state which evidence statement underlies which recommendation. This was done by the authors of this guideline.

Evidence statement 1

There is evidence from a high quality systematic review (Foxcroft et al., 2002, 2003) that three programmes: Strengthening Families, Botvin's life skills training (LST) and a culturally focussed curriculum for Native American students, can produce long-term reductions (greater than 3 years) in alcohol use.

Foxcroft et al., 2002; 2003 (SR ++)

Evidence statement 2

There is evidence from two classroom-based, teacher-led programmes that targeted children between the ages of 12 and 13 years, to suggest that interventions using the life skills approach (Botvin 1995a,b, 2001b) (three RCTs [+]) or focusing on harm reduction through skills-based activities (School Health and Alcohol Harm Reduction Project [SHAHRP] (McBride et al., 2004) (one CNRT [+])) can produce medium-to long-term reductions in alcohol use and, in particular, risky drinking.

1 Botvin 1995a; 1995b; 2001b (all RCT +)

2 McBride et al., 2004 (CNRT +)

Evidence statement 3c

There is evidence (one RCT [+]) to suggest that a culturally-tailored skills training intervention for Native American students may have long-term effects on alcohol use.

Schinke et al., 2000 (RCT +)

Evidence statement 5

There is evidence to suggest that programmes that begin early in childhood, combine a school-based curriculum intervention with parent education, such as the Seattle Social Development Project (SSDP) (one CNRT [+], Hawkins et al., 1999) and Linking the Interests of Families and Teachers (LIFT) (one RCT [-] Eddy et al., 2003), which target a range of problem behaviours including alcohol use, can have long-term effects on heavy and patterned drinking behaviours. In addition, the Healthy School and Drugs Project (one CNRT [+], Cuijpers et al., 2002), which targeted secondary school students, had short-term effects on alcohol use. However, longer-term effects of the programme have not been examined.

1 Hawkins et al., 1999 (CNRT +)

2 Eddy et al., 2003 (RCT -)

3 Cuijpers et al., 2002 (CNRT +)

The authors of the source guideline took the following considerations into account:

- The evidence on school-based interventions was not extensive and, as most of it was US-based, it has to be applied with caution. Common shortcomings include:
 - Non-validated surrogate outcome measures that are not relevant to national policy;
 - Uncertainty whether studies were large enough to detect differences between groups;
 - Inappropriate analyses for the study design used;
 - Analyses which did not take baseline imbalances into account; and
 - High attrition rates.
- Due to the limitations of the evidence, it was not possible to determine the differential effectiveness of the interventions in relation to disadvantaged and minority groups. In addition, it was not possible to determine what impact the recommendations may have on health inequalities.
- As alcohol use is a sensitive issue associated with social values, self-reported data may be biased.
- The economic analysis carried out to determine whether or not an intervention was cost effective in the long term was subject to uncertainties.
- A number of studies evaluated the input of external contributors to school alcohol education programmes. However, there was a lack of evidence about which type of contribution worked best. The literature focused mainly on 'stand-alone' interventions (rather than those contributing to teacher-led programmes, or giving advice and support to schools). In addition, these studies had limited cultural relevance for England. As a result, the authors of the source guideline were unable to make any recommendations about the use of external contributors in schools.
- The recommended interventions were not compared with other types of intervention because it was beyond the remit of this guidance to make such a comparison. (Examples of other types of

intervention aimed at preventing or reducing alcohol use include targeted and indicated activities and those taking place outside educational establishments.)

References (all references were cited from: Jones et al., 2007)

- Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L et al. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *JAMA* 1995a; 273 (14): 1106-1112.
- Botvin GJ, Schinke SP, Epstein JA et al. Effectiveness of culturally focused and generic skills training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority adolescents: Two-year follow-up results. *Psychology of Addictive Behaviors* 1995b; 9 (3): 183-194.
- Botvin GJ, Griffin KW, Diaz T. et al. Preventing binge drinking during early adolescence: one- and two-year follow-up of a school-based preventive intervention. *Psychology of Addictive Behaviors* 2001b; 15 (4): 360-365.
- Cuijpers P, Jonkers R, De Weerd I, De Jong A. The effects of drug abuse prevention at school: the 'Healthy School and Drugs' project. *Addiction* 2002; 97 (1): 67-73.
- Eddy JM, Reid JB, Stoolmiller M et al. Outcomes during middle school for an elementary school-based preventive intervention for conduct problems: Follow-up results from a randomized trial. *Behavior Therapy* 2003; 34 (4): 535-552.
- Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ et al. Primary prevention for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 3.
- Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ et al. Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: A systematic review. *Addiction* 2003; 98 (4): 397-411.
- Hawkins JD, Catalano RF, Kosterman R et al. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 1999; 153 (3): 226-234.
- Jones L, James M, Jefferson T, Lushey C, Morleo M, Stokes E, Sumnall H, Witty K, Bellis M. A review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions delivered in primary and secondary schools to prevent and/or reduce alcohol use by young people under 18 years old. Revised version, 2007. Liverpool: National Collaborating Centre on Drug prevention.
- McBride N, Farrington F, Midford R et al. Harm minimization in school drug education: final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). *Addiction* 2004; 99 (3): 278-291.
- Schinke SP, Tepavac L, and Cole KC. Preventing substance use among Native American youth: Three-year results. *Addictive Behaviors* 2000; 25 (3): 387- 397.

Recommendation 2a

Where appropriate, offer brief one-to-one advice on the harmful effects of alcohol use, how to reduce the risks and where to find sources of support. Offer a follow-up consultation or make a referral to external services (without providing one-to-one advice).

GRADE 1B

The authors of the source guideline (NICE, 2007a) found evidence to suggest that brief intervention programmes that involve nurse-led consultations regarding a young person's alcohol use, such as the STARS for Families programme (two RCTs [++], seven RCTs [+]) that target children aged 12-13, can produce short-, but not medium-term reductions in heavy drinking. However, these types of programme may have limited applicability as they are based on an abstinence approach.

The evidence is valid but not coherent. The programs are based on the abstinence-principle. These programs are effective on short-term but not on middle-long term.

Recommendation 2b

Where appropriate, make a direct referral to external services (without providing one-to-one advice).

The source guideline (NICE, 2007a) does not present evidence for this recommendation. Therefore we assumed that this recommendation was based on consensus.

Recommendation 2c

Follow best practice on child protection, consent and confidentiality. Where appropriate, involve parents or carers in the consultation and any referral to external services.

The source guideline (NICE, 2007a) does not present evidence for this recommendation. Therefore we assumed that this recommendation was based on consensus.

Evidence summary recommendations 2a-2c

The recommendations were based on two evidence statements (4a and 5). However the source guideline does not state which evidence statement underlies which recommendation.

Evidence statement 4a

There is evidence to suggest that brief intervention programmes that involve nurse-led consultations regarding a young person's alcohol use, such as the STARS for Families programme (two RCTs [++], seven RCTs [+]) that target children aged 12-13, can produce short-, but not medium-term reductions in heavy drinking. However, these types of programme may have limited applicability as they are based on an abstinence approach.

Werch et al., 1996a, 1998, 2000a, 2000b, 2001, 2003a, 2005a (all RCT +)

Werch et al. 1996b, 2005b (both RCT ++)

Evidence statement 5

There is evidence to suggest that programmes that begin early in childhood, combine a school-based curriculum intervention with parent education, such as the Seattle Social Development Project (SSDP) (one CNRT [+] Hawkins et al., 1999) and Linking the Interests of Families and Teachers (LIFT) (one RCT [-] Eddy et al., 2003), which target a range of problem behaviours including alcohol use, can have long-term effects on heavy and patterned drinking behaviours. In addition, the Healthy School and Drugs Project (one CNRT [+] Cuijpers et al., 2002), which targeted secondary school students, had short-term effects on alcohol use. However, longer-term effects of the programme have not been examined.

1 Hawkins et al., 1999 (CNRT +)

2 Eddy et al., 2003 (RCT -)

3 Cuijpers et al., 2002 (CNRT +)

References (all references were cited from: Jones et al., 2007)

- Cuijpers P, Jonkers R, De Weerd I, De Jong A. The effects of drug abuse prevention at school: the 'Healthy School and Drugs' project. *Addiction* 2002; 97 (1): 67-73.
- Eddy JM, Reid JB, Stoolmiller M et al. Outcomes during middle school for an elementary school-based preventive intervention for conduct problems: Follow-up results from a randomized trial. *Behavior Therapy* 2003; 34 (4): 535-552.
- Hawkins JD, Catalano RF, Kosterman R et al. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 1999; 153 (3): 226-234.
- Jones L, James M, Jefferson T, Lushey C, Morleo M, Stokes E, Sumnall H, Witty K, Bellis M. A review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions delivered in primary and secondary schools

to prevent and/or reduce alcohol use by young people under 18 years old. Revised version, 2007. Liverpool: National Collaborating Centre on Drug prevention.

- Werch CE, Anzalone DM, Brokiewicz LM et al. An intervention for preventing alcohol use among inner-city middle school students. *Archives of Family Medicine* 1996a; 5 (3): 146-152.
- Werch CE, Carlson JM, Pappas DM et al. Brief nurse consultations for preventing alcohol use among urban school youth. *Journal of School Health* 1996b; 66 (9): 335-338.
- Werch CE, Pappas DM, Carlson JM et al. Short- and long-term effects of a pilot prevention program to reduce alcohol consumption. *Substance Use & Misuse* 1998; 33 (11): 2303-2321.
- Werch CE, Carlson JM, Pappas DM et al. Effects of a brief alcohol preventive intervention for youth attending school sports physical examinations. *Substance Use & Misuse* 200a; 35 (3): 421-432.
- Werch CE, Pappas DM, Carlson JM et al. Evaluation of a brief alcohol prevention program for urban school youth. *American Journal of Health Behavior* 2000b; 24 (2): 120-131.
- Werch CE, Carlson JM, Owen DM et al. Effects of a stage-based alcohol preventive intervention for inner-city youth. *Journal of Drug Education* 2001; 31 (2):123-138.
- Werch CE, Owen DM, Carlson JM et al. One-year follow-up results of the STARS for Families alcohol prevention program. *Health Education Research* 2003a; 18 (1): 74-87.
- Werch CE, Moore MM, DiClemente CC et al. Single vs. multiple drug prevention: is more always better? a pilot study. *Substance Use & Misuse* 2005a; 40 (8): 1085-1101.
- Werch CC, Moore MJ, DiClemente CC et al. A multihealth behavior intervention integrating physical activity and substance use prevention for adolescents. *Prevention Science* 2005b; 6 (3): 213-226.

Recommendation 3

Maintain and develop partnerships to: monitor and evaluate partnership working and incorporate good practice into planning.

Find ways to consult with families (parents or carers, children and young people) about initiatives to reduce alcohol use and to involve them in those initiatives.

The source guideline (NICE, 2007a) states that these recommendations were based on inference derived from evidence. Therefore no GRADE level was assigned.

2.3 Which community-based interventions are effective?

Recommendation 4

Develop and implement a strategy to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged people who are at risk of misusing substances aged under 25, as part of a local area agreement. This strategy should be:

- *Based on a local profile of the target population developed in conjunction with the regional public health observatory. The profile should include their age, factors that make them vulnerable and other locally agreed characteristics*
- *Supported by a local service model that defines the role of local agencies and practitioners, the referral criteria and referral pathways.*

The source guideline (NICE, 2007b) states that this recommendation was based on inference derived from evidence. Therefore no GRADE level was assigned.

Evidence summary

This recommendation was based on inferences derived from evidence. However no reference was made to any studies. The authors of the source guideline did take some considerations into account (some are included in part A of the guideline):

There was a lack of evidence on how to prevent substance misuse among particular groups of vulnerable and disadvantaged children and young people. These include: children in care, those who are homeless, those with parents who misuse substances, young offenders, those excluded from school, those involved in commercial sex work, those with mental health problems and those from black and minority ethnic groups.

The authors of the source guideline were keen to emphasise that these groups are a priority, despite the absence of specific recommendations for them. The Committee noted that the gap in evidence for these groups needs to be addressed as a matter of urgency.

If a community-based intervention has been omitted from the recommendations this does not necessarily mean it should be discontinued. The recommendations are based on the available evidence and a range of interventions have not been evaluated yet.

The economic analysis carried out to determine whether or not an intervention is cost effective was subject to very large uncertainties. It was based on an innovative modelling process which, in almost all cases, relied on the extrapolation of short-term results (up to a year) to the longer term (generally from 5 to 20 years). The authors of the source guideline (NICE, 2007b) also recognised that an intervention not considered to be cost effective from a health perspective, may well be cost effective when the associated social consequences are taken into account.

The relative effectiveness of the recommended interventions compared with other types of intervention (for example, universal interventions) was not considered because this was beyond the remit of this guidance.

ECAT

In order to increase public awareness on alcohol issues, the ECAT project ('to Empower the Community in response to Alcohol Threats') was performed, with the financial support of the Health and Consumer Protection Directorate-Generale of the European Commission as part of Public Health Programme 2005. Six European countries were involved: Germany, Italy, Slovenia, Austria and Belgium. This project aimed to raise the effectiveness of local alcohol prevention through the elaboration of tailored messages towards different target groups and through the embedding of the campaigns in a local alcohol policy and inclusive approach. For this aim, a structured work plan was developed for implementing alcohol prevention campaigns on a local community level, applicable in a global European context. An important intervention in the ECAT project is a communication campaign. However, to increase effectiveness, it was recommended to combine such a campaign with other alcohol prevention interventions (found to be effective on an evidence base).

The fundamental idea around the prevention of alcohol related problems in the ECAT project is based on a systems model of the community rather than on an individual model. Within this model, the community is defined as a geographical area, i.e. a district or a town, where relationships (social, cultural, and economic) among people and forms of active participation exist to a greater or lesser degree. Some of these relationships contribute to alcohol related problems, some have a protective or preventive contribution, and many have little or no contribution. According to the proposed model, it is not possible to isolate single parts of the community from other parts in seeking to reduce problems. Indeed, the total system must be considered. This emphasis on the community as a whole recognizes that alcohol problems are systems problems reflecting the awareness that alcohol consumption can be problematic for any drinker, depending upon the situation or environment. In short, alcohol problems are not unique to only a few deviant individuals, but rather are the shared responsibility of all community residents.

A literature review was performed to provide an overview of evidence-based alcohol prevention and policy measures on which the actual guidelines will rely (Rosiers and Möbius, 2008). The literature focused on the

communication campaign. In four phases, a description of the most important aspects in the development of a communication campaign is given. Finally, to complement the evidence base on community alcohol prevention, section 5 gives an overview of good practices delivered from those working in the field.

In the ECAT project, a local quick scan analysis of the alcohol situation serves as a crucial element to implement guidelines of the literature review in a community-based prevention project. The results of this quick scan analysis allows to implement the guidelines in a tailored way, adapted to the local cultures and structures and endorsed by the stakeholders in the local community (see also the Manual for alcohol prevention in local communities).

References

- Rosiers J and Möbius D. To Empower the Community in response to Alcohol Threats (ECAT). Scientific evidence for the ECAT methodology. Brussel: Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen, 2008.
- Rosiers J, Möbius D, Autrique M (Eds.). Manual for alcohol prevention in local communities. Brussel: Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen, 2008.
(http://www.vad.be/media/47495/ecat_manual.pdf)

2.4 Which family-based interventions are effective?

Recommendation 5a

Target population: Vulnerable and disadvantaged children and young people aged 11–16 years and assessed to be at high risk of substance misuse, and parents or carers of these children and young people.

Offer a family-based programme of structured support over 2 or more years, drawn up with the parents or carers of the child or young person and led by staff competent in this area. The programme should:

- *Include at least three brief motivational interviews (see glossary) each year aimed at the parents/carers*
- *Assess family interaction*
- *Offer parental skills training*
- *Encourage parents to monitor their children's behaviour and academic performance*
- *Include feedback*
- *Continue even if the child or young person moves schools.*

GRADE 2B

The source guideline (NICE, 2007b) found moderate evidence to suggest that family-based programmes can have long-term preventive effects in young persons. (Evidence statements 15.1, 15.2, 15.3, 16.4 (see below).

The evidence is valid but not coherent as the recommendation is broader than the evidence. The evidence focusses on the effectiveness of the programs and not on the content.

Recommendation 5b

Offer more intensive support (for example, family therapy) to families who need it.

The source guideline (NICE, 2007b) does not report any evidence for this recommendation. Therefore we assumed this was based on consensus.

Evidence summary

The authors of the source guideline (NICE, 2007b) conducted systematic review to review the evidence of effectiveness of community-based interventions at reducing substance misuse among vulnerable and disadvantaged young people (Jones et al., 2006).

In this review, family-based interventions were defined as those interventions that targeted the families of children judged to be at risk of future substance use either because of external factors (e.g. families with a low income) or because the child had exhibited risk behaviours linked to later substance use (e.g. behavioural problems). Interventions could include parent and child components, or target families as a whole. Sixteen primary studies (11 RCTs, 2 CNRTs and 3 BA studies) were identified. This review resulted in the following evidence statements that were relevant to the recommendations (Evidence statements 15.1, 15.2, 15.3, 16.4).

Evidence statement 15.1

There is evidence from one RCT (+) to suggest that a tiered, multilevel prevention strategy focusing primarily on parenting practices (the most recent version of the 'Adolescent transitions program') that is delivered according to the needs and motivation of the family can produce long-term decreases in overall substance use in young people (Dishion et al. 2002).

Evidence statement 15.2

There is evidence from one RCT (+) to suggest that a school-based parent-focused intervention (the Family check up programme; the selective prevention component of the most recent Adolescent Transition Programme) comprising individual and group-based family behavioural therapy, motivational interviewing, individual consultations and feedback on their child's behaviour, and parent-student activities designed to enhance family management can produce significant long-term reductions in overall tobacco, alcohol and cannabis use in young people (Dishion et al. 2003).

Evidence statement 15.3

There is evidence from one RCT (+) and one CNRT (+) to suggest that interventions that aggregate high-risk peers (such as the teen-focused peer support element of the older version of the 'Adolescent transitions program', or the parent and teen-focused elements combined) may have negative effects on smoking behaviours (Dishion and Andrews 1995; Poulin et al. 2001).

Evidence statement 16.4

There is evidence from one RCT (+) to suggest that a brief, school-based family-focused intervention (the 'Family check up' programme; the selective prevention component of the most recent 'Adolescent transitions program'), comprising individual and group-based family behavioural therapy, motivational interviewing, individual consultations and feedback on their child's behaviour, and parent/student activities designed to enhance family management, can produce long-term increases in parental monitoring of their child's activities (Dishion et al. 2003).

Note: The main intervention that was referred to above was the Adolescent Transitions Programme (ATP) (Dishion and Andrews, 1995). Papers up to 2001 (e.g. Dishion and Andrews, 1995, Poulin et al. 2001) focused on an early version of the ATP, which included separate parent and teen intervention components. The parent focus intervention targeted parent family management practices and communication skills and the teen focus intervention targeted early adolescent self-regulation and prosocial behaviour in the context of parent and peer environments. The two more recent publications (Dishion et al., 2002; Dishion et al., 2003) examined a revised version of ATP; a tiered multilevel family intervention delivered within a middle school setting. The first level was a universal intervention, The Family Resource Centre. One component was the SHAPe curriculum, a 6-week classroom course. The second level was the Family Check-up that consisted of a brief family intervention designed to build parental motivation and engage families. (Dishion et al., 2003 examined this particular component of the programme). The third level of the programme addressed "indicated" problems.

Intervention options included brief intervention, monitoring systems for academic and social behaviour, parent groups, behavioural family therapy, and case management and referral services.

References (cited from : Jones et al., 2006)

- Dishion TJ and Andrews DW. Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1995; 63 (4): 538-548.
- Dishion TJ, Kavanagh K, Schneiger A et al. Preventing early adolescent substance use: a family-centered strategy for the public middle school. *Prevention Science* 2002; 3 (3): 191-201.
- Dishion TJ, Nelson SE, and Kavanagh K. The Family Check-Up with high-risk young adolescents: Preventing early-onset substance use by parent monitoring. *Behavior Therapy* 2003 ; 34 (4): 553-571.
- Jones L, Sumnall H, Witty K, Wareing M, McVeigh J, Bellis MA. A review of community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged young people. National Collaborating Centre for Drug Prevention, Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, November 2006 (revised).
- Poulin F, Dishion TJ and Burraston B. Three-year iatrogenic effects associated with aggregating high-risk adolescents in preventive interventions. *Applied Developmental Science* 2001; 5 (4): 214-224.

Recommendation 6a

Target population: Children aged 10–12 who are persistently aggressive or disruptive and assessed to be at high risk of substance misuse, and parents or carers of these children.

Offer the children group-based behavioural therapy over 1 to 2 years, before and during the transition to secondary school. Sessions should take place once or twice a month and last about an hour. Each session should:

- *Focus on coping mechanisms such as distraction and relaxation techniques*
- *Help develop the child’s organisational, study and problemsolving skills*
- *Involve goal setting.*

GRADE 2B

The source guideline (NICE, 2007b) found moderate evidence to suggest that a multi-component parent and child programme, the ‘Coping power’ programme, can have an immediate and medium-term impact on reducing use of alcohol, tobacco and cannabis, compared to no intervention, in children with aggressive and behavioural problems.

Evidence is valid but not coherent. The recommendation is broader than the evidence because the evidence mainly refers to the effectiveness of the program and not to the content.

Recommendation 6b

Offer the parents or carers group-based training in parental skills. This should take place on a monthly basis, over the same time period (as described above for the children). The sessions should:

- *Focus on stress management, communication skills and how to help develop the child’s social-cognitive and problemsolving skills*
- *Advise on how to set targets for behaviour and establish age-related rules and expectations for their children.*

GRADE 2B

The source guideline (NICE, 2007b) found moderate evidence to suggest that multi-component programmes (including child and parent components) targeting children with behavioural and aggressive problem behaviours can have a positive impact in reducing some problem behaviours compared to no intervention.

Evidence is valid but not coherent. The recommendation is broader than the evidence because the evidence mainly refers to the effectiveness of the program and not to the content.

Evidence summary

The authors of the source guideline (NICE, 2007b) conducted systematic review to review the evidence of effectiveness of community-based interventions at reducing substance misuse among vulnerable and disadvantaged young people (Jones et al., 2006). This review also focused on programs for young people with behavioral and aggressive problems. Seven studies were identified; five studies (August et al., 2002; Lochman and Wells, 2002; Lochman and Wells 2003; Lochman and Wells 2004; Barrera et al., 2002) targeted children with aggressive behaviours, one study (CPRG, 2002) targeted behaviourally disruptive children and another (Vitaro and Dobkin, 2001), targeted boys with a diagnosis of oppositional defiant disorder and disruptive girls. The format of the interventions varied, but with the exception of Vitaro and Dobkin (2001) they were all multicomponent and included child and parenting/family components:

- Multicomponent programmes (n=6; 1 RCT ++, 4 RCT +, 1 RCT -)
- Single component programmes (n=1; 1 RCT -)

This review resulted in the following evidence statements that were relevant to the recommendations (evidence statements 63 and 64.1). Evidence statement 64.3 is added in this guideline to support the preventive effect of such programs.

Evidence statement 63

There is evidence from two RCTs (+) to suggest that a multi-component parent and child programme, the 'Coping power' programme, can have an immediate and medium-term impact on reducing use of alcohol, tobacco and cannabis, compared to no intervention, in children with aggressive and behavioural problems (Lochman and Wells 2003; 2004).

Evidence statement 64.1

There is evidence from six RCTs (one [++], four [+] and one [-]) to suggest that multi-component programmes (including child and parent components) targeting children with behavioural and aggressive problem behaviours can have a positive impact in reducing some problem behaviours compared to no intervention (August et al. 2002; Barrera et al. 2002; CPRG 2002; Lochman and Wells 2002; 2003; 2004).

Evidence statement 64.2

There is evidence from one RCT ++ to suggest that a multicomponent programme (Early Risers programme) can produce long-term improvements in social skills, academic achievement and parental discipline, but not self-regulation problems, compared to no intervention (August et al., 2002).

References (cited from: Jones et al., 2006)

- August GJ, Hektner JM, Egan EA et al. The early risers longitudinal prevention trial: examination of 3-year outcomes in aggressive children with intent-to-treat and as-intended analyses. *Psychology of Addictive Behaviors* 2002; 16 (4: Suppl): S27-39.
- Barrera M, Biglan A, Taylor TK et al. Early elementary school intervention to reduce conduct problems: a randomized trial with Hispanic and non-Hispanic children. *Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research* 2002; 3 (2): 83-94.

- Conduct Problems Prevention Research Group. Evaluation of the first 3 years of the Fast Track prevention trial with children at high risk for adolescent conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2002; 30 (1): 19-35.
- Jones L, Sumnall H, Witty K, Wareing M, McVeigh J, Bellis MA. A review of community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged young people. National Collaborating Centre for Drug Prevention, Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, November 2006 (revised).
- Lochman JE and Wells KC. The Coping Power programme at the middle-school transition: universal and indicated prevention effects. *Psychology of Addictive Behaviors* 2002; 16 (4: Suppl): S40-54.
- Lochman JE and Wells KC. Effectiveness of the Coping Power programme and of classroom intervention with aggressive children: Outcomes at a 1-year follow-up. *Behavior Therapy* 2003; 34 (4): 493-515.
- Lochman JE and Wells KC. The coping power programme for preadolescent aggressive boys and their parents: outcome effects at the 1-year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology* 2004; 72(4): 571-8.
- Vitaro F and Dobkin PL. Prevention of Substance Use/Abuse in Early Adolescents with Behavior Problems. *Journal of Alcohol and Drug Education* 1996; 41 (2): 11-38.

2.5 Which policy interventions are effective?

Recommendation 7

To reduce alcohol related harm, make alcohol less affordable.

a. Consider introducing a minimum price per unit.

b. Regularly review the minimum price per unit to ensure alcohol does not become more affordable over time.

c. Regularly review alcohol duties to make sure alcohol does not become more affordable over time.

GRADE 1A

The source guideline (NICE, 2010) found a considerable evidence base relating to the impact of price/taxation on alcohol consumption and related outcomes was identified. Nine pieces of evidence, including one very extensive systematic review, were included. Evidence demonstrated a clear relationship between price/tax increases and reductions in the demand for alcohol. A positive relationship between alcohol affordability and alcohol consumption was reported as operating across the European Union. The evidence base showed a relationship between price/tax increases and reductions in alcohol-related harms. A positive relationship between alcohol consumption and liver cirrhosis, traffic injuries, and traffic deaths was also observed. Limited evidence suggested that minimum pricing may be an effective approach in reducing alcohol consumption.

The evidence is valid and coherent.

Evidence summary

The authors of the source guideline (NICE, 2010) performed a systematic review on the effectiveness of price controls in reducing alcohol consumption, alcohol misuse, alcohol-related harm or alcohol-related social problems among adults and young people (Jackson et al., 2010). This review resulted in the following evidence statements:

Evidence statement 1.1

A comprehensive systematic review was identified that demonstrated a clear association between price/tax increases and reductions in consumer demand for alcohol (Booth et al., 2008). These conclusions were based

on two rigorous meta-analyses of price elasticities. Further evidence was supportive of a negative relationship between the price of alcohol and alcohol consumption among young people (Sutton & Godfrey, 1995; Grossman et al., 1987). A positive relationship between alcohol affordability and alcohol consumption operating across the European Union was identified (Rabinovich et al., 2009).

- 1 Booth et al., 2008 (Systematic review, ++)
- 2 Sutton & Godfrey, 1995 (Grouped data regression analysis) UK
- 3 Grossman et al., 1987 (Logit estimation analysis) USA
- 4 Rabinovich et al., 2009 (Mixed methods study) European Union

Evidence statement 1.2

The systematic review by Booth et al. (2008) reported that there is some evidence that young people, binge drinkers and harmful drinkers tend to show a preference for cheaper drinks.

- 1 Booth et al., 2008 (Systematic review, ++)

Evidence statement 1.3

A limited evidence base was identified that indicated that minimum pricing may be effective in reducing alcohol consumption (Booth et al., 2008; Record & Day, unpublished). Consulted members of the community were supportive of such measures (Booth et al., 2008).

- 1 Booth et al., 2008 (Systematic review, ++)
- 2 Record & Day (unpublished) (Statistical analysis) UK

Evidence statement 1.4

An evidence base comprising a large number of primary studies was identified that demonstrated a relationship between price/tax increases and reductions in harms (Booth et al., 2008). Additional evidence indicates that decreases in the price of alcohol contribute towards increases in alcohol-related deaths, particularly in deaths attributable to chronic causes such as alcoholic liver disease (Herttua et al., 2008a). Population groups specifically affected included the older population, the unemployed and individuals with lower levels of education, social class and income (Herttua et al., 2008a). However, the same authors observed no increase in interpersonal violence rates following the decrease in alcohol prices (Herttua et al., 2008b). Wagenaar et al., 2009 demonstrated that increases in tax were associated with decreases in alcohol-related disease mortality.

- 1 Booth et al., 2008 (Systematic review, ++)
- 2 Herttua et al., 2008a (Before and after study, ++) Finland
- 3 Herttua et al., 2008b (Before and after study, ++) Finland
- 4 Wagenaar et al., 2009 (Time series analysis, ++) USA

Evidence statement 1.5

Results of a meta-regression analysis of own price elasticity estimates found a longitudinal trend whereby consumer demand for alcohol beverages was increasingly inelastic until 1969 and subsequently decreasingly inelastic. The study authors discuss whether this effect might be potentially attributable to a substitution of alcohol with increasingly available illicit drugs. However, no evidence is currently available to support this hypothesis (Fogarty, 2006).

- 1 Fogarty, 2006 (Meta-regression analysis)

Evidence statement 1.6

The same meta-regression analysis also demonstrated that the higher the relative market share of a beverage, the more inelastic the consumer demand (Fogarty et al., 2006). Therefore, it can be anticipated that the most popular beverages within a market will be least responsive to changes in alcohol price or taxation.

- 1 Fogarty, 2006 (Meta-regression analysis)

Other considerations

The authors of the source guideline agreed that the state has a duty to look after the welfare of the population as a whole (Nuffield Council on Bioethics 2007). This includes protecting it from the range of problems that may be caused by alcohol. The authors of the source guideline believe interventions to prevent alcohol-related harm are likely to improve the population's overall wellbeing and productivity. It also believes they will help reduce health inequalities, as alcohol-related problems have a disproportionate effect on disadvantaged groups.

The authors of the source guideline believe both population-wide and individual interventions are needed as part of a combined approach to reducing alcohol-related harm that will benefit society as a whole. Population-level approaches are very important because they can help reduce the aggregate level of alcohol consumed and therefore lower the whole population's risk of alcohol-related harm. They can help those not in regular contact with relevant services. They can also help reduce the number of people who start drinking harmful or hazardous amounts in the first place. In addition, they may help those who have been specifically advised to reduce their alcohol intake, by creating an environment that supports lower risk drinking.

The authors of the source guideline acknowledge that some people drink alcohol as a result of underlying problems. Clearly, these need to be addressed along with any alcohol-related issues.

References (all were cited from Jackson et al., 2010)

- Booth A, Meier P, Stockwell T, Sutton A, Wilkinson A, Wong R, Brennan A, O'Reilly D, Purshouse R and Taylor K. Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion, Part A: Systematic Reviews. 2008. Department of Health.
- Fogarty J. The nature of the demand for alcohol: understanding elasticity. *British Food Journal* 2006; 108 (4): 316-332
- Grossman M, Coate D, and Arluck GM. Price sensitivity of alcoholic beverages in the United States: youth alcohol consumption. *Advances in Substance Abuse* 1987; Suppl 1, 169-198.
- Herttua K, Makela P and Martikainen, P. Changes in Alcohol-Related Mortality and its Socioeconomic Differences After a Large Reduction in Alcohol Prices: A Natural Experiment Based on Register Data. *American Journal of Epidemiology* 2008a; 168: 1110-1118.
- Herttua K, Makela P, Martikainen P and Siren R. The impact of a large reduction in the price of alcohol on area differences in interpersonal violence: a natural experiment based on aggregate data. *J Epidemiol Community Health* 2008b; 62 (11): 995-1001.
- Jackson R, Johnson M, Campbell F, Messina J, Guillaume L, Meier P, Goyder E, Chilcott J. Interventions on Control of Alcohol Price, Promotion and Availability for Prevention of Alcohol Use Disorders in Adults and Young People. A background document belonging to NICE, (2010). Available through: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13001/49001/49001.pdf>.
- Rabinovich L, Brutscher PB, De Vries H, Tiessen J, Clift J and Reding A. The affordability of alcoholic beverages in the European Union, RAND Europe, 2009.
- Record C and Day C. Britain's alcohol market: How minimum alcohol prices could stop moderate drinkers subsidising those drinking at hazardous and harmful levels. *Clin Med* 2009; 9(5):421-5.
- Sutton M and Godfrey C. A grouped data regression approach to estimating economic and social influences on individual drinking behaviour. *Health Economics* 1995; 4: 237-247.
- Wagenaar A, Maldonado-Molina M, and Wagenaar BH. Effects of alcohol tax increases on alcohol-related disease mortality in Alaska: time-series analyses from 1976 to 2004. *American Journal of Public Health* 2009; 99 (1): 1-8.

Recommendation 8a

Ensure children and young people's exposure to alcohol advertising is as low as possible by considering a review of the current advertising codes. This review would ensure:

- *The limits set by the Advertising Standards Authority (ASA) for the proportion of the audience under age 18 are appropriate;*
- *Where alcohol advertising is permitted there is adequate protection for children and young people;*
- *All alcohol marketing, particularly when it involves new media (for example, web-based channels and mobile phones) and product placement, is covered by a stringent regulatory system which includes ongoing monitoring of practice.*

GRADE 2A

The source guideline (NICE, 2010) found evidence from three large systematic reviews that was supportive of a relationship between alcohol advertising and promotion and alcohol consumption, particularly among young people. Exposure to alcohol advertising and promotion was associated with the onset of adolescent alcohol consumption and with increased consumption amongst adolescents who were already drinking at baseline. A moderate but consistent association was also observed between point of purchase promotions and effects on alcohol consumption among underage drinkers, binge drinkers and regular drinkers. Outdoor and print advertising media may increase the probability of onset of adolescent alcohol consumption and also influence quantity and frequency of alcohol consumption among young people. Ownership of an alcohol promotional item or branded merchandise may be associated with increased initiation of drinking. Exposure to television and other broadcast media was linked with onset of and levels of alcohol consumption. The content of alcohol advertising was reported to be attractive to young people, conveying desirable lifestyles and images of alcohol consumption. Younger age groups and 15 to 17 year old girls were reported to be potentially experiencing the greatest impact of alcohol advertising.

The evidence is valid and coherent.

Evidence summary

The authors of the source guideline (NICE, 2010) performed a systematic review on the effectiveness of the control of alcohol promotion (e.g. advertising) in reducing levels of consumption, alcohol misuse, alcohol-related harm or alcohol-related social problems among adults and young people (Jackson et al., 2010). Eight pieces of evidence were included, including findings from extensive systematic reviews. The review resulted in the following evidence statements.

Evidence statement 3.1

One systematic review (Booth et al., 2008) demonstrated a small but consistent relationship between advertising and alcohol consumption at a population level.

1 Booth et al., 2008 (systematic review, ++)

Evidence statement 3.2

A systematic review of longitudinal studies found that exposure to alcohol advertising and promotion was associated with the onset of adolescent alcohol consumption and with increased consumption amongst adolescents who were already drinking at baseline assessment (Anderson et al., 2009). Booth et al. presented evidence of a small but consistent relationship between advertising and alcohol consumption among young people at an individual level (Booth et al., 2008). The review by Smith & Foxcroft concluded that the evidence base suggested the existence of an association between exposure to alcohol advertising and promotion and alcohol consumption among young people (Smith and Foxcroft, 2009). Further reviews were also indicative of alcohol advertising having an impact among young people, with evidence of awareness, familiarity and appreciation of alcohol advertisements among this age group (Hastings et al., 1992 and 2005).

1 Anderson et al., 2009 (systematic review, ++)

2 Booth et al., 2008 (systematic review, ++)

3 Smith & Foxcroft, 2009 (systematic review, ++)

4 Hastings et al., 1992 (Literature review)

5 Hastings et al., 2005 (Literature review)

Evidence statement 3.3

One systematic review presented evidence of a moderate but consistent association between point of purchase promotions and effects on alcohol consumption among underage drinkers, binge drinkers and regular drinkers (Booth et al., 2008).

1 Booth et al., 2008 (systematic review, ++)

Evidence statement 3.4

The systematic review by Booth et al. (2008) reported that outdoor and print advertising media may increase the probability of onset of adolescent alcohol consumption and also influence quantity and frequency of alcohol consumption among young people. Another review included one USA-based study that reported that outdoor advertising media did not have any effect on alcohol behaviour, but was a predictor of intention to use alcohol among adolescents (Anderson et al., 2009).

1 Booth et al., 2008 (systematic review, ++)

2 Anderson et al., 2009 (systematic review, ++)

Evidence statement 3.5

Reviewed studies showed the high prevalence of ownership of alcohol-related merchandise among young people (Booth et al., 2008). Evidence from the USA and included in the systematic review by Anderson et al. suggested that ownership of an alcohol promotional item or branded merchandise may be associated with increased initiation of drinking (Anderson et al., 2009). The relationship between such ownership and initiation of or current drinking was inconclusive.

1 Booth et al., 2008 (systematic review, ++)

2 Anderson et al., 2009 (systematic review, ++)

Evidence statement 3.6

One systematic review reported that evidence from longitudinal studies consistently demonstrated that exposure to television and other broadcast media was linked with onset of and levels of alcohol consumption (Booth et al., 2008). Further evidence was included in another review, which indicated that exposure to alcohol portrayals via television (including advertisements aired during sports programmes) and other broadcast media may be linked with alcohol use among adolescents (Anderson et al., 2009).

1 Booth et al., 2008 (systematic review, ++)

2 Anderson et al., 2009 (systematic review, ++)

Evidence statement 3.7

The content of alcohol advertising was reported to be attractive to young people, conveying desirable lifestyles and images of alcohol consumption. Younger age groups and 15 to 17 yr old girls were reported to be potentially experiencing the greatest impact of alcohol advertising (Booth et al., 2008). A further UK-specific report showed that, despite changes to the Advertising Code, whilst advertising recall fell (potentially due to reduced television advertising expenditure over the study period), there was an increased perception among young people that television alcohol advertisements were appealing and would encourage people to drink (OFCOM, 2007). However, there was a decrease in the proportion of young people who considered alcohol commercials to be aimed at them (OFCOM, 2007). A further report stated that there was no scientific evidence available to describe the effectiveness of self-regulation in alcohol advertising (Anderson, 2007).

1 Booth et al., 2008 (systematic review, ++)

2 OFCOM, 2007 (Mixed methods study) UK

3 Anderson, 2007 (Literature review)

Recommendation 8b

Assess the potential costs and benefits of a complete alcohol advertising ban to protect children and young people from exposure to alcohol marketing.

GRADE 2C

The authors of the source guideline (NICE, 2010) found inconclusive evidence of the impact of advertising bans on alcohol consumption.

The review cited above (Jackson et al., 2010) resulted in the following evidence statements on advertising bans:

Evidence statement 3.8

Inconclusive evidence was identified of the impact of advertising bans on alcohol consumption (Booth et al., 2008; FDS International and Volterra Consulting, 2008).

1 Booth et al., 2008 (systematic review, ++)

2 FDS International and Volterra Consulting, 2008 (Literature review)

Other considerations

Evidence from a systematic review of 132 studies finds a clear and consistent relationship between advertising expenditure and alcohol consumption, across the whole population. However, the median effect is very small, possibly due to the limited variation in advertising expenditure, which restricts the range of effects that are available for analysis. A greater variation might have produced larger effects. There is limited evidence relating to a complete ban on advertising. However, there is evidence that bans on tobacco have had an impact on tobacco consumption and the authors of the source guideline considered that this issue merited further consideration.

There is strong evidence that alcohol advertising affects children and young people. The data show that exposure to alcohol advertising is associated with an earlier onset of drinking and an increased consumption among young people who already drink.

The authors of the source guideline noted that the Chief Medical Officer has called for an alcohol-free childhood up to the age of 15. Young people are particularly vulnerable to alcohol and the harm it causes, because they are still developing both physically and emotionally. They may also be drinking in unsupervised situations and in 'unsafe' environments (parks and street corners) where problems are more likely to occur. The authors of the source guideline noted that young people may have underlying problems which may cause them to drink alcohol and that these need to be addressed. For example, their behaviour in relation to alcohol may be indicative of underlying difficulties within the family, school or elsewhere.

The problems young people aged under 16 may face and their susceptibility to alcohol will vary greatly. For example, a young person aged 10 is different both physically and emotionally to someone aged 15. In addition, young girls and boys develop at a different rate (girls often experience puberty earlier than boys). Girls who drink at an earlier age may be more likely to take risks with their sexual health, while boys may be more likely to have accidents or experience a trauma. Thus, it takes professional judgement to decide how to deal with children and young people who drink early in life.

References (all were cited from: Jackson et al., 2010)

- Anderson P, de Brujn A, Angus K, Gordno R, Hastings G. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and Alcoholism* 2009; 44(3): 229-43.

- Booth A, Meier P, Stockwell T, Sutton A, Wilkinson A, Wong R, Brennan A, O'Reilly D, Purshouse R and Taylor K. Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion, Part A: Systematic Reviews. Department of Health, 2008.
- FDS International & Volterra Consulting. Advertising and the misuse of alcohol. 2008.
- Hastings G, Anderson S, Cooke E and Gordon R. Alcohol marketing and young people's drinking: A review of the research. *Journal of Public Health Policy* 2005; 26 (3): 296-311.
- Hastings GB, MacKintosh AM and Aitken PP. Is alcohol advertising reaching the people it shouldn't? *Health Education Journal* 1992; 51 (1): 38-42.
- Jackson R, Johnson M, Campbell F, Messina J, Guillaume L, Meier P, Goyder E, Chilcott J. Interventions on Control of Alcohol Price, Promotion and Availability for Prevention of Alcohol Use Disorders in Adults and Young People. A background document belonging to NICE, 2010.
- OFCOM & Advertising Standards Authority. Young people and alcohol advertising, 2007.
- Smith LA and Foxcroft DR. The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health* 2009; Feb 6 (9): 51.