

# **NEDERLANDSTALIGE SAMENVATTING**

## **Project:**

**Adapting best practice guidelines for  
the prevention, screening  
and treatment of substance misuse  
in adolescents to the Belgian context  
(ADAPTE-youth)**

## Coordinator:

Karin Hannes (KU Leuven, Methodology of Educational Sciences Research Centre)

## Partners:

Johan van Bussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) Drugs and  
Illegal Substances Program (DISP)

Bert Aertgeerts, Belgian Centre for Evidence-Based Medicine (CEBAM)

Paul van Royen, Universiteit Antwerpen, Department of Primary and Interdisciplinary  
Care

Wouter Vanderplasschen, Universiteit Gent, Department of Orthopedagogics

Marijs Geirnaert, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)

Sponsored by the Belgian Science Policy

Dit rapport is het resultaat van een nauwe samenwerking tussen diverse onderzoekers en organisaties met één gemeenschappelijke vraag, namelijk hoe kunnen we de efficiëntie van de zorg inzake de problematiek van alcohol- en drugmisbruik bij adolescenten verhogen? Dit impliceert echter nog een andere belangrijke vraag. Immers, een verdieping in het vraagstuk van de zogeheten 'good practices' rondom preventie, screening en behandeling van deze jongeren vereist allereerst een inzicht in de specifieke omvang van alcohol- en ander drugmisbruik onder adolescenten. Alcohol- en ander drugmisbruik is een belangrijk probleem onder jongeren wereldwijd. Uit eerder onderzoek is gebleken dat op de leeftijd van 16 jaar reeds 90% van alle Europese jongeren alcohol hebben gedronken. Uit een studie uitgevoerd in het schooljaar 2010-2011 bleek dat 8,5% van onze jongeren in het secundair onderwijs het laatste jaar cannabis heeft gebruikt, een fenomeen dat het meest voorkomt bij oudere jongeren.

De wetenschappelijke gegevens die wij in onze eigen Belgische context hebben verzameld als onderdeel van dit onderzoeksproject suggereren dat de reactie van de overheid op de algemene maatschappelijke problematiek rond middelenmisbruik tot op zekere hoogte effectief is gebleken. Het verzameld cijfermateriaal wijst op een algemene daling van het alcoholgebruik bij adolescenten en het aantal aan alcohol gerelateerde ziekenhuisopnamen in deze leeftijdsgroep. Deze daling moet echter genuanceerd worden. Cijfers over opnamen via de ambulante sector waren immers niet beschikbaar in de door ons geconsulteerde databases. De dalende trend wordt wel bevestigd door andere studies uitgevoerd in België, bijvoorbeeld door de non-profit Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD). Een ander probleem is dat sommige jongeren samenleven met een ouder die alcohol misbruikt. Er is nog maar weinig bekend over de impact die dit heeft op de jongeren zelf.

De doelstellingen van dit onderzoeksproject waren als volgt:

1. Het maken van een overzicht van data over de prevalentie van alcohol- en drugmisbruik onder jongeren, evenals een overzicht van beschermende en risicofactoren die samenhangen met druggebruik, een overzicht van risico's voor kinderen die samenwonen met ouders die middelen misbruiken.
2. Het maken van een beschrijvend overzicht over de Belgische organisaties en initiatieven die zich bezig houden met jongeren en alcohol- en/of ander drugmisbruik.
3. Het ontwikkelen van context-specifieke, best-practice richtlijnen over de preventie, screening, assessment en behandeling van alcohol- en ander drugmisbruik bij adolescenten met behulp van de ADAPTE methodiek. Binnen deze nieuw ontwikkelde methodiek, bedoeld om de efficiëntie van richtlijnontwikkeling te verhogen, worden bestaande internationale richtlijnen aangepast aan een andere context. Diverse stakeholders vanuit het veld worden

bij dit proces betrokken om de aanbevelingen vanuit deze richtlijnen te vertalen naar de specifieke Belgische context. Deze methodiek zal ook worden geëvalueerd.

In wat volgt vatten we de inzichten rond elk van deze doelstellingen beknopt samen. Een meer uitgebreide toelichting bij de onderzoeksresultaten kan worden gevonden in de aparte hoofdstukken van het wetenschappelijke eindrapport.

### *2.1 De prevalentie van alcohol- en drugmisbruik onder jongeren*

Op basis van de nationale Gezondheidsenquête en de verschillende regionale en lokale leerlingenbevestigingen werd een analyse van het middelengebruik bij de Belgische jongeren (<19 jaar) uitgevoerd. In overeenstemming met de internationale literatuur, blijkt ook uit de Belgische onderzoeken dat alcohol (en dan voornamelijk bier) het frequentst gerapporteerde psychoactieve middel is dat door de schoolgaande jongeren minstens eenmaal wordt geconsumeerd voor de leeftijd van 19 jaar. Belgische jongens en meisjes verschillen niet van elkaar voor de epidemiologische basisindicatoren (ooit-, laatste jaar-, laatste maand gebruik). De jongens drinken echter wel regelmatig en grotere hoeveelheden alcohol per week. Ook “bingedinking” wordt vaker bij jongens dan bij meisjes gevonden. In vergelijking met hun Europese leeftijdsgenoten ligt vooral de prevalentie van het recente alcoholgebruik significant hoger.

In overeenstemming met de resultaten over het regulier alcoholgebruik van jongeren, komen stoornissen gerelateerd aan alcoholmisbruik het meest voor bij jongeren die worden opgenomen in de Belgische psychiatrische ziekenhuizen voor een verslaving aan genotsmiddelen. Er is een lichte daling waarneembaar in het aantal jongeren dat wordt opgenomen voor alcohol-gerelateerde problemen. Opnieuw is het belangrijk op te merken dat deze cijfers de alcoholproblemen onder Belgische jongeren slechts gedeeltelijk belichten omdat ze alleen betrekking hebben op ziekenhuisopnames.

Van de illegale psychoactieve middelen is cannabis het meest gebruikte middel onder de Belgische jongeren. Hoewel de gerapporteerde prevalenties verschillen, beschrijven alle leerlingen-enquêtes een gelijkaardige toename over de leeftijdsgroepen heen tot een punt waarbij ongeveer de helft van de 18-jarigen minstens eenmaal cannabis gebruikt heeft. Het Europese gemiddelde voor deze leeftijdsgroep ligt ongeveer 7% lager. Het cannabisgebruik (ooit-, laatste jaar-, en laatste maand gebruik) en de frequentie van het gebruik is hoger bij jongens dan bij meisjes.

Zowel het algemene populatieonderzoek als de leerlingenbevestigingen tonen aan dat in België het gebruik onder jongeren van niet-cannabinoïde illegale middelen eerder beperkt is.

Dit is overigens in lijn met de gegevens voor andere lidstaten van de Europese Unie. Echter, Belgische jongeren lijken vaker met deze niet-cannabinoïde middelen geëxperimenteerd te hebben dan de rest van de Europese jongeren. Vooral het hoger gebruik van amfetamines valt daarbij op. Dit is geen verrassing, gezien België als een van de belangrijkste amfetamine producerende landen wordt beschouwd, en de beschikbaarheid voor gebruik dus hoger zou kunnen zijn.

Interessant zijn de motivaties die jongeren aanhalen om psychoactieve middelen te gebruiken. Motieven als “om mijn problemen te vergeten”, “om mij goed te voelen” en “uit verveling” zouden kunnen wijzen op een problematische levenscontext. Echter, de meest gerapporteerde motieven (“uit gezelligheid”, “omdat het aangeboden werd”, “om te ontspannen”, en “uit nieuwsgierigheid”) verwijzen waarschijnlijk meer naar een experimenteerfase.

In de literatuur zijn verschillende beschermende en risicofactoren voor het middelgebruik bij jongeren geïdentificeerd. De normatieve invloeden vanuit de context of omgeving van de jongeren werden als belangrijkste en meest robuuste bepalende factoren voor het gebruik (of niet gebruik) van psychoactieve middelen gevonden. In eerste instantie wordt hierbij naar de afkeuring door ouders en vrienden van het middelengebruik verwezen: hoe sterker zij het gebruik van een bepaald middel afkeuren, hoe kleiner het risico dat de jongere dat middel zal gebruiken. Echter, dit normatieve wordt ook door het gedrag van de omgeving (vooral dan door de vrienden) beïnvloed: nl. als de vrienden van de jongere genotsmiddelen gebruiken, dan vergroot het risico op het gebruik en de frequentie van deze substanties door de jongere.

Samenvattend kan dus gesteld worden dat de meeste Belgische jongeren eerder experimentele motivaties hebben om alcohol en cannabis te gebruiken. Vanuit een Europees perspectief is het middelengebruik van de Belgische jongeren dan ook relatief typisch voor de hedendaagse jeugd.

Op basis van dit onderzoek bevelen we het volgende aan:

- Een verdere kwalitatieve en kwantitatieve uitbouw van de epidemiologische monitoring van het middelengebruik bij Belgische jongeren, vooral bij de jongeren in de Franstalige gemeenschap is noodzakelijk om uitspraken over het middelengebruik bij de Belgische jongeren te kunnen legitimeren;
- Het epidemiologisch onderzoek dient ook op een valide en betrouwbare manier te peilen naar het gebruik van nieuwe psychoactieve middelen. Hierbij verdient vooral het middelengebruik binnen de uitgaanswereld meer aandacht, omdat in deze setting de nieuwe psychoactieve middelen bij de jongeren veelal worden geïntroduceerd;
- De epidemiologische monitoring inzake de behandeling van jongeren met een stoornissen gerelateerd aan drug- en alcoholmisbruik dient te worden verbeterd, met prioriteit voor het voorkomen van de problematiek binnen de eerstelijnszorg.

## *2.2. Drugmisbruik door ouders: prevalentie en risico's voor kinderen*

De schadelijke gevolgen van alcohol- en drugmisbruik treffen niet alleen gebruikers, maar ook hun gezinnen (ouders, partners en kinderen). Uit buitenlands onderzoek blijkt dat kinderen van alcohol- en drugverslaafde ouders een aanzienlijk hoger risico hebben op allerlei gezondheidsklachten en gedrags- en emotionele problemen. Over de omvang van deze problemen en de impact ervan op populatieniveau is evenwel weinig bekend in België. Voorliggend onderzoek heeft de bedoeling om de bestaande prevalentieschattingen van ouderlijk middelenmisbruik te herzien en deze cijfers uit te breiden met een inschatting van de gezondheidsrisico's die kinderen lopen in gezinnen waar sprake is van alcoholmisbruik van (één van beide) ouders.

De steekproef voor dit onderzoek is gebaseerd op de nationale Gezondheidsenquêtes (Health Interview Survey (HIS)) van 2001, 2004 en 2008. De HIS maakt gebruik van een gestratificeerde steekproef, waarbij in een eerste fase gezinnen worden geselecteerd en in een tweede stap individuele leden van deze gezinnen. In 2001, 2004 en 2008 bedroeg de participatiegraad van gezinnen respectievelijk 61%, 61% en 55%, waarmee tijdens de verschillende 'waves' van het onderzoek resp. 5530, 6513 en 5809 gezinnen bereikt werden. In functie van voorliggend onderzoek werd middelenmisbruik onderzocht in gezinnen met en zonder kinderen, dit in relatie tot gezondheidsklachten bij kinderen en omgevingsrisico's.

Het onderzoek toont aan dat ouders die met minderjarige kinderen samenwonen minder middelen misbruiken dan personen die niet samenleven met kinderen, hoewel dit geen significant verschil bleek. Het aantal kinderen dat samenleeft met één of twee ouders die (ooit) alcohol misbruik(t)en wordt op 12% geschat, terwijl het aantal kinderen van

regelmatige cannabisgebruikers en van andere druggebruikers die deelnamen aan de Gezondheidsenquête op respectievelijk 0.8 en 0.5% van de steekproef geschat wordt. Kinderen van wie (één van) de ouders (ooit) alcohol misbruikt(e) hebben een verhoogde kans op allerlei gezondheidsrisico's, hoewel op dit vlak geen statistische verschillen aangetoond konden worden. Deze kinderen worden wel significant vaker blootgesteld aan passief roken en in deze gezinnen wordt het gebruik van gezondheidszorg ook beduidend vaker uitgesteld.

Hoewel verschillende beperkingen verbonden zijn aan voorliggend onderzoek, maakt deze secundaire analyse van de HIS data duidelijk dat meer aandacht nodig is voor de gezondheidsrisico's die kinderen van verslaafde ouders lopen en ook de noodzaak van een adequaat beleid en gepaste preventie- en interventiestrategieën om hierop in te spelen.

Op basis van dit onderzoek bevelen we het volgende aan:

- Specifieke onderzoeksinstrumenten zijn nodig om de gezondheidsrisico's van kinderen van ouders die middelen misbruiken beter in kaart te kunnen brengen op populatieniveau.
- Een accurate schatting van de prevalentie van ouderlijk middelenmisbruik is essentieel voor beleidsvorming en ter ondersteuning van de uitvoering van passende interventies en preventieve maatregelen voor deze kinderen. Echter, verschillende methodologische problemen bemoeilijken de identificatie van hoog-risico kinderen en gezinnen. Bovendien is er meer informatie nodig over het effect van ouderlijke alcoholmisbruik op gezinnen en het welzijn en de kwaliteit van leven van de individuele gezinsleden.
- Het doorbreken van de intergenerationele verslavingscyclus in gezinnen waar sprake is van verslavingsproblemen en het uitwerken van een visie op herstel dienen prioritair te zijn in een hedendaags integraal drugbeleid.
- Tot slot, de extra aandacht voor de potentiële gezondheidsrisico's voor deze kinderen mag niet leiden tot een stigmatisering van deze kinderen of tot onnodige interventies. Bepaalde individuele en omgevingskenmerken kunnen kinderen helpen om met het middelenmisbruik van ouders om te gaan. Duidelijke criteria zijn nodig om aan te geven in welke situaties de kindbescherming kan ingrijpen in deze families.

### *2.3. Kinderen die samenwonen met gebruikende ouders*

Ouderlijk middelenmisbruik wordt in verband gebracht met uiteenlopende risico's voor het ongeboren en zich ontwikkelende kind. Alcohol- en drugmisbruik tijdens de zwangerschap en het opgroeien in een verslaafd gezin vormen een potentiële bedreiging voor consequent en emotioneel betrokken ouderschap en een voorspoedige ontwikkeling van het kind. Als gevolg van de veronderstelde schadelijke gevolgen van middelenmisbruik tijdens de zwangerschap en na de geboorte, wordt de combinatie van ouderschap en middelenmisbruik maatschappelijk niet aanvaard en zelfs als onverantwoord beschouwd. Toch slagen sommige drugverslaafde ouders er goed in hun kinderen op te voeden en een aantal van deze kinderen ondervinden geen noemenswaardige problemen. De psychologische, gedrags- en ontwikkelingsproblemen (zoals teruggetrokken en agressief gedrag, aandachts- en concentratiemoeilijkheden, hechtingsproblemen) die dikwijls gerapporteerd worden, zijn allicht eerder het gevolg van een 'verslaafde levensstijl' dan van het middelenmisbruik op zich. Immers, of zich bepaalde ontwikkelingsproblemen zullen manifesteren zal sterk afhangen van de mate van sociale steun, de persoonlijkheid en het karakter van het kind en de aanwezigheid van andere beschermende factoren bij het kind of in de omgeving.

Uit onze secundaire analyse van gegevens met betrekking tot personen in behandeling omwille van alcohol- en drugproblemen komt naar voor dat veel drugverslaafde ouders (tijdelijk) het hoederecht over hun kind(eren) verliezen en niet langer samenleven met hun kind(eren). Zo leeft minder dan 15% van de drugverslaafden die zich langdurig laten behandelen in een drugvrije therapeutische gemeenschap op het moment van opname nog samen met zijn/haar kind(eren). Ook bij opiaatafhankelijke personen die ambulante behandeld worden met methadon, woont minder dan een derde nog samen met zijn/haar kind(eren). Bij alcoholverslaafde personen opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis ligt het percentage cliënten dat nog samenwoont met zijn/haar kinderen iets hoger (30-50%).

### *3. Overzicht van organisaties die zich bezighouden met jongeren en middelenmisbruik*

De organisatie van de hulpverlening voor minderjarige jongeren is complex in België omdat er vele verschillende types van organisaties bestaan en er verschillende overheden betrokken zijn. In het kader van deze studie werd daarom een inventarisatie van het beschikbare aanbod inzake de behandeling en preventie van middelengebruik bij jongeren uitgevoerd. Deze inventaris werd als uitgangspunt gebruikt voor de selectie van een experten-panel voor de eigenlijke ADAPTE-studie zoals verder beschreven in dit rapport. Tevens werden de geïdentificeerde behandelings- en preventie-voorzieningen gecontacteerd voor een online survey naar het gebruik van richtlijnen voor de behandeling van jongeren die drug- en alcohol misbruiken, of de preventie ervan bij jongeren. Deze studie ondervroeg de therapeutisch verantwoordelijken omtrent de karakteristieken van het behandelingscentrum,

de percepties (kennis en toegang tot richtlijnen in het centrum) en opinies (stimulerende en belemmerende factoren) inzake het gebruik van klinische richtlijnen.

Deze studie heeft verschillende beperkingen, waarvan de lage response rate (en daardoor mogelijk een non-respons bias) een van de belangrijkste is. Dit heeft tot gevolg dat de resultaten van deze studie niet zondermeer gegeneraliseerd kunnen worden naar alle Belgische preventie- en behandelingscentra die met jongeren werken. Niettemin worden enkele interessante vaststellingen weerhouden.

Van de organisaties die gereageerd hadden op de vragenlijst waren er negen die exclusief met jongeren rond middelengebruik en misbruik werken. Elk van deze diensten had een preventieaanbod rond zowel alcohol als illegale drugs. In zes van deze preventieprogramma's was er ook een aanbod naar de ouders van de minderjarigen. De meeste van deze preventiediensten richtten zich met hun aanbod tot leerlingen of kwetsbare jongeren die contact hadden met andere welzijnsinstanties. Verder hadden een aantal van hen ook een aanbod om jongeren in het jeugdwerk en het nachtleven te bereiken. De meeste van de programma's kunnen onder de universele preventie worden ingedeeld. Slechts enkele hadden ook een aanbod van selectieve (voorkomen dat jongeren met één of meerdere specifieke risicofactoren (terug) middelen gaan gebruiken) of geïndiceerde (voorkomen dat gebruikers meer gaan gebruiken) preventie.

Bij de online bevraging van de behandelingscentra werd een hogere responsrate bereikt (31%). Elf behandelingscentra (of afdelingen) in België werken exclusief met minderjarige patiënten. De meeste van deze centra hebben een ambulante aanbod van voornamelijk individuele therapie. Ongeveer de helft biedt ook groepstherapie aan, terwijl een derde ook farmacotherapie aanbiedt.

De respondenten (meestal de therapeutisch verantwoordelijken) hebben overwegend een positieve attitude tegenover en vertrouwen in het gebruik van richtlijnen in de behandeling van middelengebruik. Echter, klinische ervaring wordt in de dagelijkse realiteit door de meesten als gelijkwaardig beschouwd. Sommigen merkten daarbij op dat richtlijnen onvoldoende ruimte laten voor de noden en verwachtingen van de patiënten. Ook de vrees voor het verlies van therapeutische vrijheid werd door sommigen geuit.

Hoewel in de meeste behandelingscentra richtlijnen voor de behandeling van stoornissen veroorzaakt door misbruik van genotsmiddelen beschikbaar zijn, rapporteert slechts een minderheid de beschikbaarheid van specifieke aanbevelingen voor de behandeling van



jongeren. Een belangrijke reden hiervoor is, aldus de therapeutisch verantwoordelijken, het gebrek aan middelen, kennis en vaardigheden om klinische richtlijnen voor de behandeling van jongeren met een middelenproblematiek in de organisatie te implementeren. Hierdoor worden algemene behandelingsprogramma's nog te vaak voor de behandeling van jongeren gebruikt.

Op basis van dit onderzoek bevelen we hetvolgende aan:

- Vroeginterventie, harm reduction en re-socialisatie voor adolescenten die drugs misbruiken is schaars in België. Het effect van dergelijke interventies zou onderzocht moeten worden en bij gebleken effectiviteit kunnen deze benaderingen worden geïntegreerd in toekomstige richtlijnen.
- Gezien de beperkte response rate dient de studie naar het gebruik van richtlijnen in de behandeling en preventie van middelengebruik bij jongeren in een aangepaste methodiek te worden verdergezet;
- Een postgraduate opleiding in de behandeling van stoornissen gerelateerd aan alcohol- en drugmisbruik kan de kennis van en positieve attitude tegenover klinische en evidence-based richtlijnen bij de (toekomstige) clinici doen toenemen.
- Vraaggerichte behandelingsprogramma's zouden verder ontwikkeld en geëvalueerd moeten worden, als alternatief voor de traditionele, meer aanbodgerichte insteek inzake preventie en behandeling.
- De fragmentatie van verantwoordelijkheden inzake de preventie en zorg rondom alcohol- en drugmisbruik bij jongeren werkt contraproductief. Er is behoefte aan coherente en efficiënte communicatie tussen de verschillende belanghebbenden in het veld. Obstakels voor een dergelijk netwerk moeten worden geïdentificeerd en weggenomen om de interprofessionele relaties tussen hulpverleners te verbeteren.
- In toekomstig onderzoek zouden jongeren moeten kunnen meepraten zodat ze kunnen aangeven wat hun behoeften zijn en wat zij 'goede zorg' vinden. Bestaande programma's kunnen hierdoor beter worden afgestemd op de behoeften van de jongeren.

#### *De ontwikkeling van context-specifieke richtlijnen*

De zorg voor adolescenten die alcohol or andere drugs misbruiken is sterk gefragmenteerd en wordt ingevuld door een grote variëteit aan praktijkwerkers tewerkgesteld in zeer diverse sectoren, waaronder de gezondheidszorg, de welzijnssector en de onderwijssector. Het aanbieden van de best mogelijke zorg verloopt wellicht efficiënter als er duidelijke afspraken bestaan tussen hulpverleners en als hulpverleners binnen eenzelfde sector vergelijkbare zorg leveren. Richtlijnen kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het

verbeteren van de kwaliteit van zorg. Evidence-based richtlijnen zijn gebaseerd op de resultaten van een systematisch overzicht van wetenschappelijke studies. De belangrijke doelstelling is het ondersteunen van de praktijkwerker in het nemen van de juiste beslissingen ten aanzien van zijn of haar cliënteel. Bij aanvang van dit project bestonden in België geen richtlijnen voor de preventie, screening, assessment en behandeling van middelenmisbruik bij adolescenten. Het ADAPTE-youth project werd uitgevoerd om dit hiaat weg te werken. Omdat het ontwikkelen van nieuwe richtlijnen tijdsintensief is, heeft de internationale ADAPTE collaboration een methodologie ontwikkeld om bestaande richtlijnen aan te passen voor gebruik in een andere lokale context. In het ADAPTE-youth project is deze methodologie toegepast.

De ADAPTE methode is een stapsgewijs proces voor de aanpassing van internationale richtlijnen naar een lokale context. Er zijn drie fases: de voorbereiding, de adaptatie en de finalisatie (Zie Tabel a hieronder). Tijdens de voorbereiding wordt onder andere een panel van experts samengesteld. De adaptatiefase omvat het opstellen van de klinische vragen en het zoeken naar bestaande richtlijnen. Richtlijnen die relevant en van goede kwaliteit zijn worden geselecteerd voor het adaptatie proces. Hierna wordt de kwaliteit van de richtlijnen beoordeeld, als ook de kwaliteit van de evidentie voor iedere aanbeveling. Iedere aanbeveling wordt vervolgens beoordeeld door het panel. Aanbevelingen die relevant zijn en haalbaar binnen België worden weerhouden voor de nieuwe Belgische richtlijn. Tijdens de fase van finalisatie van de richtlijn wordt de voorlopige richtlijn uitgeschreven, gepiloteerd en van feedback voorzien door belanghebbenden uit het werkveld. Op basis van de opmerkingen wordt een finale versie van de richtlijn geproduceerd, die vervolgens ter validatie wordt aangeboden aan een onafhankelijk instituut. In België gebeurt deze validatie door het Centrum voor Evidence-Based Medicine.

**Tabel a.** Schematisch overzicht van het adaptatie proces

Fases	Taken onderzoeksteam	Taken panel
<b>Vorbereiding</b>	Vorbereiding ADAPTE proces	
<b>Adaptatie</b>		Opstellen klinische vragen
	Zoeken naar richtlijnen	
	Beoordelen kwaliteit richtlijnen Beoordelen validiteit en coherentie van de evidentie per aanbeveling	
		Selecteren van aanbevelingen op basis van toepasbaarheid en haalbaarheid voor België
	Maken voorlopige richtlijn	Feedback geven op voorlopige richtlijn
<b>Finalisatie</b>	Externe review	
	Produceren uiteindelijke richtlijn	

#### Vorbereiding

De voorbereidingen voor het adaptatie proces omvatte naast het samenstellen van het panel, het beslissen welke consensus procedure we gaan volgen, het maken van een formulier voor geïnformeerde toestemming voor het panel en een formulier voor het rapporteren van eventuele conflicterende belangen en het schrijven van een protocol met daarin alle stappen en tijdslijnen in detail.

#### Samenstelling panel

Tijdens het ADAPTE-youth project heeft de onderzoeksgroep besloten om een onderscheid te maken tussen preventie en screening/behandeling omdat bij beide luiken andere hulpverleners en/of preventiewerkers betrokken zijn. Om die reden werden er twee aparte panels (met deskundigen) samengesteld.

De samenstelling van het panel is cruciaal voor de geloofwaardigheid van de richtlijn. Volgens de ADAPTE methodologie zouden de volgende kennis en vaardigheden vertegenwoordigd moeten zijn binnen het panel: klinische kennis, persoonlijk ervaring, beleids- of administratieve kennis, methodologische kennis over wetenschappelijk onderzoek, kennis rondom het verzamelen van literatuur, management ervaring,

implementatie kennis en vaardigheden om het panel te faciliteren. Binnen elk panel werd getracht om voor elk kennis- en/of vaardigheidsgebied meerdere personen te rekruteren, waarbij er aandacht was voor een evenwichtige verdeling tussen Vlaanderen en Wallonië. Omdat het vak klinische kennis vanuit diverse richtingen kan worden ingevuld, werden voor elk luik vier subgroepen gecreëerd, op basis van de werksetting. Voor preventie waren dit: jeugdverenigingen, scholen, gezondheidszorgvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen. Voor behandeling waren dit: straathoekwerk, eerstelijns zorgvoorzieningen, ambulante zorgvoorzieningen en residentiële zorgvoorzieningen.

Voor het rekruteren van panelleden is gebruik gemaakt van de eerder beschreven descriptieve map, een overzicht van alle Belgische organisaties, groepen en initiatieven op het gebied van de preventie, detectie en behandeling van kinderen en jongeren met middelenmisbruik. Alle organisaties zijn aangeschreven met de vraag of ze wilden meewerken aan het project. Voor het luik preventie zijn 188 organisaties aangeschreven (105 jongerenorganisaties en 83 organisaties die zich bezig houden met preventie van alcohol of drugs). Zeven organisaties hebben positief gereageerd. Voor het luik screening / behandeling hebben we 124 organisaties aangeschreven. Hiervan hebben er zeven positief gereageerd. Om beide panels compleet te maken is gebruik gemaakt van 'purposeful sampling', ofwel het gericht uitnodigen van vertegenwoordigers van ontbrekende groepen. Tabel b geeft een overzicht van de panelleden die minimaal 1 vergadering hebben bijgewoond.

**Tabel b.** Samenstelling van de expert panels voor het ADAPTE-youth project

Kennis domein	Panel preventie	Panel behandeling
Klinisch	<u>Jeugdverenigingen</u> - Freek Stevens (Vorming en training van leiding, Scouts en Gidsen)	<u>Straathoekwerk</u> - Cis Dewaele, Coördinator Vlastrov (koepelorganisatie straathoekwerk Vlaanderen) en stafmedewerker Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, Berchem
	<u>Scholen</u> - Trees Ameloot (Preventieve gezondheidszorg CLB, Vrije CLB koepel) - Geertrui de Ruytter (Directeur, Vlaamse Onderwijsraad)	<u>Eerstelijns zorgvoorzieningen</u> - Michel Vanhalewyn (huisarts Brussel; staflid en richtlijn ontwikkelaar SSMG)
	<u>Gezondheidszorgvoorzieningen</u> - Dominique Roos (Directeur, Provinciaal Interbestuurlijk Samenwerkingsverband voor Aanpak van Drugsmisbruik, Oudenaarde) - Leen Derrooms (Preventiewerker Tabak, Alcohol & Drugs, Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Ahasverus, Asse) - Johan Van de Walle (Preventiewerker, De Sleutel, Gent) - Christophe Kino / Marc Tak (Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Eclips, Gent)	<u>Ambulante zorgvoorzieningen</u> - Kris Van Gerwen, hoofdverpleegkundige / MDFT therapeut, Cannabis clinic UCV Brugmann, Brussel - Hannelore Sanders, coördinator ambulante drugzorg, Drugzorg VZW Kompas, Roeselare/Kortrijk - Koen Leysens, Pedagoog/ psychotherapeut, CGG Vagga, Antwerpen - Arlette Wertelaers/Anja Schillebeeks, Katarsis vzw ‘Centrum voor verslaafdenzorg’ te Genk; Logo arts bij de LOGO’s Limburg
	<u>Welzijnsvoorzieningen</u> - Caroline Costers (Stafmedewerker, Gemeentelijke preventie dienst Knokke-Heist) - Anne De Smet (Preventiewerker, Intergemeentelijke preventiedienst alcohol en drugs Wezenbeek-Oppem, Wommel, Kraainem, Linkebeek en Drogenbos)	<u>Residentiële zorgvoorzieningen</u> - Georges Vanderstraten, directeur, Therapeutische Gemeenschap Trampoline asbl, Châtelet - Johan Sools, gedragstherapeut/klinisch psycholoog, Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen Tienen

<b>Kennis domein</b>	<b>Panel preventie</b>	<b>Panel behandeling</b>
	- Dominique Biétheres (Psycholoog, Alfa prévention, Luik)	
Persoonlijk	- Twee vertegenwoorders van Alanon, Vereniging voor familie en vrienden van Alcoholisten, Brussel en Antwerpen	- Twee vertegenwoorders van Alanon, Vereniging voor familie en vrienden van Alcoholisten, Antwerpen en Brussel
Beleid	- Sara de Meyer (Coordinator, Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen) - Alexander Witpas (Adjunct van directeur, Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid)	- Bert Mostien, beleidsmedewerker/drugcoordinator, Drugpreventie Provincie Oost-Vlaanderen, Gent
Wetenschappelijk onderzoek	- Peer van der Kreeft (praktijklector, HO Gent)	- Lore Willam, wetenschappelijk medewerker vakgroep Klinische Psychologie, KU Leuven, Leuven
Implementatie	- Ilse Bernaert (Stafmedewerker, VAD)	
Literatuur zoeken Tijd management Faciliteren panel	- Mieke Autrique / David Möbius (VAD) - Trudy Bekkering (KU Leuven) - Karin Hannes (KU Leuven)	- Paul van Royen (Universiteit Antwerpen) - Trudy Bekkering (KU Leuven) - Karen Smets (Universiteit Antwerpen) - Karin Hannes (KU Leuven)

#### *4. Zoeken naar bestaande richtlijnen*

De volgende stap van de adaptatie is het identificeren van bestaande evidence-based richtlijnen van hoge kwaliteit. Hiervoor voerden we een systematische review uit, gericht op de volgende vragen:

1. Hoeveel evidence-based richtlijnen zijn beschikbaar met betrekking tot de preventie, screening, assessment en behandeling van alcohol- en ander drugmisbruik bij adolescenten?
2. Hoeveel van deze richtlijnen zijn van hoge methodologische kwaliteit?
3. Wat is de inhoud van deze richtlijnen van hoge kwaliteit met betrekking tot de doelpopulatie, professionals en aanbevelingen?

Voor de systematische review maakten we gebruik van de methodologie zoals gebruikt door de Cochrane en Campbell Collaborations. We doorzochten diverse elektronische databanken, websites van relevante organisaties, en screenden referentielijsten van belangrijke publicaties. Deskundigen op het gebied werden ook gevraagd richtlijnen aan te leveren. We includeerden evidence-based richtlijnen over de preventie, screening, assessment of behandeling van alcohol of drugmisbruik bij jongeren tussen 12 en 18 jaar oud. De richtlijnen dienden recent te zijn (vanaf 2006) en geschreven in het Nederlands, Engels, Frans of Duits. Twee onafhankelijke reviewers beoordeelden de kwaliteit van de richtlijnen met behulp van het AGREE II instrument.

De review leverde 32 relevante evidence-based richtlijnen op over alcohol- en ander drugmisbruik bij adolescenten. Negen richtlijnen scoorden meer dan 50% op de subschaal 'methodologie' van AGREE II en waren van hoge methodologische kwaliteit. Tabel c geeft een overzicht van de geselecteerde richtlijnen.

Vier van deze 9 richtlijnen hadden aanbevelingen specifiek gericht op de doelgroep adolescenten, de aanbevelingen van de overige richtlijnen waren gericht op de algemene populatie, inclusief adolescenten.

**Tabel c.** Richtlijnen van hoge kwaliteit over alcohol- en ander drugmisbruik bij adolescenten.

Oorspronkelijke titel (nummer, jaar van publicatie)	Doelpopulatie
Interventions in schools to prevent and reduce alcohol use among children and young people (UK001, 2007)	Kinderen van het basis en secundair onderwijs
Alcohol-use disorders: diagnosis and clinical management of physical complications (UK003, 2010)	Volwassenen en kinderen vanaf 10 jaar
Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking (UK004, 2010)	Volwassenen en kinderen vanaf 10 jaar
Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (UK005, 2011)	Kinderen (vanaf 10 jaar) en volwassenen met een diagnose van schadelijk alcohol gebruik of afhankelijkheid
Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people (UK009, 2007)	Kwetsbare en kansarme kinderen en jongeren (tot 25 jaar)
Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in gebruik van alcohol (NL001, 2009)	Personen met schadelijk alcohol gebruik of afhankelijkheid
Drug misuse: psychosocial management of drug misusers in the community and prison (UK007, 2007)	Volwassenen en jongeren (16-18 jaar) met misbruik van opiaten, cannabis of stimulantia
Drug misuse: opioid detoxification (UK008, 2007)	Opiaat-afhankelijke volwassenen en jongeren, geschikt voor detoxificatie
Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence (INT004, 2009)	Personen die afhankelijk zijn van opiaten.

We vonden 3 richtlijnen van hoge kwaliteit over de preventie van alcohol- en ander drugmisbruik bij jongeren. Al deze richtlijnen waren ontwikkeld door het National Institute of Clinical Excellence (NICE):

- UK001 betreft interventies op school ter preventie en vermindering van alcoholgebruik bij kinderen en jongeren.
- UK009 zijn richtlijnen voor community-based interventies om legaal en illegaal drugmisbruik te verminderen bij de doelgroep kwetsbare en kansarme kinderen en jongeren.
- UK004 zijn richtlijnen met het doel om risicovol en schadelijk alcoholgebruik te verminderen. De doelgroep van deze richtlijn is personen vanaf 10 jaar.



We vonden 4 richtlijnen over de screening, assessment en behandeling van alcoholmisbruik. Drie richtlijnen waren ontwikkeld door NICE en de vierde door een multidisciplinaire werkgroep in Nederland. Twee van deze richtlijnen bevatten aanbevelingen specifiek voor adolescenten:

- UK004 zijn richtlijnen met het doel om risicovol en schadelijk alcoholgebruik te verminderen. De doelgroep van deze richtlijn is personen vanaf 10 jaar. Specifiek voor jongeren bevat deze richtlijn aanbevelingen rondom de vroegdiagnostiek van alcohol misbruik bij kinderen tussen 10-15 jaar, en het screenen en behandelen van jongeren van 16 en 17 jaar van wie men vermoedt dat ze teveel drinken.
- UK005 betreft de assessment en behandeling van personen met schadelijk alcoholgebruik of -afhankelijkheid. De richtlijn beveelt een kort assessment aan bij jongeren bij vermoeden op alcoholmisbruik. Jongeren tussen 10 en 15 met gelijktijdige lichamelijke of psychosociale problemen zouden verwezen moeten worden naar een specialist. Voor jongeren tot 17 jaar zou abstinentie het eerste behandeldoel moeten zijn.

De andere twee richtlijnen, UK003 en NL001 zijn gericht op de algemene populatie, inclusief jongeren. UK003 omvat aanbevelingen over de behandeling van acute alcoholontwenning, omgaan met delirium of met epileptische aanvallen ten gevolge van de alcoholontwenning. NL001 is een multidisciplinaire richtlijn over alcoholmisbruik in het algemeen.

Vier andere richtlijnen betroffen drugmisbruik. Drie zijn ontwikkeld door NICE en een door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO). Eén richtlijn richt zich specifiek op de doelpopulatie van jongeren, en dan vooral op de kwetsbare en kansarme jongeren (UK009). De drie andere richtlijnen richten zich op de assessment en behandeling van personen die opiaten misbruiken, waaronder adolescenten van 16 en 17 jaar. UK007 betreft de psychosociale interventie en UK008 opiaat detoxificatie. INT004 richt zich op personen vanaf 16 jaar die afhankelijk zijn van opiaten, met aanbevelingen op drie niveaus: gezondheidssystemen op nationaal en subnationaal niveau, aanbevelingen voor behandelprogramma's en aanbevelingen voor de ondersteuning van individuele patiënten.

Samenvattend kan worden gesteld dat negen evidence-based richtlijnen van hoge methodologische kwaliteit werden gevonden die handelden over de preventie, screening, assessment en behandeling van jongeren en alcohol- en ander drugmisbruik. Vier richtlijnen hadden aanbevelingen die specifiek waren opgesteld voor jongeren: een over interventies op school, een over preventie van middelenmisbruik bij kwetsbare en kansarme jongeren en twee richtlijnen over alcoholmisbruik. Er waren weinig overeenkomsten tussen de richtlijnen,

de richtlijnen richten zich op andere doelpopulaties, andere interventies, andere professionals en verschillende niveaus van middelenmisbruik. De evidentie om de aanbevelingen te ondersteunen was eerder beperkt en veel aanbevelingen waren gebaseerd op consensus of opgesteld op basis van resultaten van studies in volwassenen.

#### Opstellen klinische vragen en selecteren richtlijnen op relevantie

Er werden vier meetings gehouden met elk panel. Voor het panel behandeling was dit op: 6 oktober 2011, 17 januari 2012, 22 februari 2012 en 20 juni 2012. Voor het panel preventie was dit op: 11 oktober 2011, 23 januari 2012, 3 april 2012 en 19 december 2012. In de eerste vergadering werd een lijst met klinische/preventie vragen opgesteld die het panel graag beantwoord zou willen zien (zie tabel d).

**Tabel d.** Lijst met klinische/preventie vragen die de panels beantwoord zouden willen zien in de Belgische richtlijnen. Indien mogelijk zou het antwoord gesplitst moeten worden per middel.

#### **Screening**

1. Bij welke signalen moet men gericht screenen om alcohol- of drugmisbruik vast te stellen? In welke setting dient deze screening plaats te vinden? Door wie dient dit te gebeuren?
2. Welke instrumenten zijn betrouwbaar en valide om jongeren te screenen op alcohol- en drugmisbruik?

#### **Diagnostiek**

3. Welke instrumenten zijn betrouwbaar en valide om de diagnose van alcohol- en/of drugmisbruik te stellen bij jongeren? Door wie en waar in het zorgtraject kunnen deze instrumenten worden gebruikt?
4. Welke instrumenten zijn betrouwbaar en valide om de ernst van het alcohol- en/of drugmisbruik bij jongeren te evalueren?
5. Welke anamnestiche vragen moet men stellen en welk lichamelijk en technische onderzoeken moet men uitvoeren met het doel een adequate aanpak van alcohol- en drugmisbruik bij jongeren?

#### **Behandeling**

6. Wat zijn noodzakelijke randvoorwaarden voor een efficiënt behandelingsproces / traject van jongeren met alcohol- en /of drugmisbruik?
7. Uit welke elementen dient een effectieve niet-acute behandeling van alcohol- en/of drugmisbruik bij jongeren te bestaan?
  - a. Welke medicijnen moet men voorschrijven? Wanneer dient men deze voor te schrijven?
  - b. Welke niet-medicamenteuze (psychosociale) interventies moet men toepassen? Wanneer dient men deze toe te passen?
  - c. Welke gecombineerde interventies (medicijnen en psychosociaal) zou men moeten gebruiken en wanneer?

8. Wanneer dienen professionals uit de eerstelijnsgezondheidszorg jongeren met alcohol- en/of drugmisbruik, te verwijzen naar de tweede-lijn?
9. Wanneer is residentiële opname nodig bij jongeren met alcohol- en/of drugmisbruik?
10. Hoe lang is follow-up minstens nodig bij jongeren met alcohol- en/of drugmisbruik? Waaruit dient deze follow-up te bestaan?
11. Welke interventies zijn effectief om gezinsleden van jongeren met alcohol- en/of drugmisbruik te ondersteunen?

### **Preventie**

1. Welke interventies in de school setting zijn effectief om bij jongeren
  - a. niet gebruik aan te moedigen, te ondersteunen en te bestendigen?
  - b. experimenteergedrag uit te stellen?
  - c. verantwoordelijk gedrag te bevorderen (positief gedrag)?
  - d. probleembesef / bewustwording te ontwikkelen?
  - e. schade te reduceren?
  - f. vroeg behandeling te stimuleren?

#### Subvragen

Per doel wordt bekeken wat de effectieve elementen van deze programma's zijn wat betreft inhoud (subgroepen), toepassing (wie geeft de interventie), proces (op welke risico- of beschermende factoren spelen ze in) of beleid. En hoe je afstemming bereikt tussen deze programma's.

2. Welke interventies in de gemeenschap-setting zijn effectief om bij jongeren ... [zie vraag 1]
3. Welke interventies in de gezinscontext zijn effectief om bij jongeren ... [zie vraag 1]
4. Welke beleidsmaatregelen zijn effectief om bij jongeren ... [zie vraag 1]
5. Vanaf welke leeftijd zijn interventies effectief om jongeren niet te laten gebruiken of om experimenteergedrag uit te stellen?
6. Welke interventies zijn effectief voor het beïnvloeden van factoren (aangeboren en omgeving) die samenhangen met een hoog risico op alcohol- of drugmisbruik door jongeren?

Vervolgens werd nagegaan welke richtlijnen een antwoord zouden kunnen geven op deze klinische vragen. Acht richtlijnen gaven een antwoord op één of meerdere van de vragen over diagnostiek en/ behandeling en drie hadden (ook) betrekking op de vragen over preventie.

#### Het beoordelen van de kwaliteit van de richtlijnen en de aanbevelingen

Vervolgens werd de kwaliteit van de geselecteerde richtlijnen verder in kaart gebracht met behulp van de overige subschalen van het AGREE II instrument (domeinen: onderwerp en doel, betrokkenheid van belanghebbenden, helderheid en presentatie, toepassing,

onafhankelijkheid van de opstellers). Hierna werd de kwaliteit van de evidentie voor de aanbevelingen in detail bekeken.

Vervolgens werden alle aanbevelingen die een mogelijk antwoord gaven op een van de klinische vragen genoteerd, als ook de evidentie waarop deze aanbeveling was gebaseerd. Per aanbeveling beoordeelde het onderzoeksteam de graad van evidentie volgens GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Hierbij werd de volgende interpretatie gebruikt:

- Hoge graad van evidentie (GRADE A). Verder onderzoek zal ons vertrouwen in de schatting van het effect zeer waarschijnlijk NIET veranderen.
- Matige graad van evidentie (GRADE B). Verder onderzoek zal waarschijnlijk een belangrijke invloed hebben op ons vertrouwen in de schatting van het effect en zou deze schatting kunnen veranderen.
- Lage of zeer lage graad van evidentie (GRADE C). Verder onderzoek zal zeer waarschijnlijk een belangrijke invloed hebben op ons vertrouwen in de schatting van het effect en zal waarschijnlijk deze schatting veranderen of eender welke schatting van het effect is zeer onzeker.

Indien de aanbeveling gebaseerd was op evidentie (en dus niet alleen op consensus) werden de validiteit en de coherentie van de evidentie beoordeeld. Hiervoor werden de volgende criteria opgesteld op basis van de ADAPTE toolkit. De evidentie voor een aanbeveling was valide indien:

- De methode om studies te zoeken adequaat is; en
- Het protocol van deze studies bij de onderzoeksvraag past; en
- De kwaliteit van alle studies is gerapporteerd.

De evidentie voor een aanbeveling was coherent indien:

- De patiënten en behandelingen in de studies vergelijkbaar zijn met de patiënten en de behandeling in de aanbeveling; en
- De conclusies van de verschillende studies in eenzelfde richting wijzen (consistent zijn); en
- De resultaten van de studies belangrijk (klinisch relevant) zijn; en
- Toegelicht wordt waarom een interventie wordt aanbevolen ondanks dat de evidentie gering is.

Van iedere richtlijn werd een document bijgehouden met argumenten waarom een bepaalde score werd toegekend. Vervolgens werd een samenvatting gemaakt waarin per klinische vraag alle relevante aanbevelingen samen met het oordeel over de kwaliteit, de validiteit en

de coherentie van de evidentie werd genoteerd. Dit document werd aan het panel voorgelegd.

Het selecteren van aanbevelingen om te komen tot een eerste versie van de geadapteerde richtlijn voor de Belgische context.

Vervolgens werd het panel gevraagd een oordeel te geven over de relevantie en de toepasbaarheid van de aanbevelingen in de Belgische context. Per aanbeveling werd bediscussieerd:

1. Is de aanbeveling duidelijk?
2. Is het een goed antwoord op onze vraag?
3. Is het relevant en toepasbaar?
  - Is de vereiste deskundigheid aanwezig?
  - Zijn er organisatorische barrières?
  - Zijn er economische barrières?
  - Is het extrapoleerbaar naar onze patiënten?
4. Wat doen we met de aanbeveling?
  - Behouden
  - Aanpassen (waarom en hoe?)
  - Verwerpen (en waarom?)
5. Hoe sterk bevelen we de aanbeveling aan?
  - Sterk (de voordelen wegen zwaarder dan de nadelen)
  - Zwak (de voordelen zijn minder zwaar of in balans met de nadelen)

Indien het panel van mening was dat de aanbeveling duidelijk was, een goed antwoord op de vraag, relevant en toepasbaar voor de Belgische context werd deze weerhouden. In dat geval gaf het panel aan op welke manier ze de aanbeveling wilden aanbevelen. Bij een sterke graad van aanbeveling is het panel van mening dat de voordelen de nadelen duidelijk overtreffen. Bij een zwakke graad van aanbeveling is er een balans tussen voor- en nadelen of is men onzeker over de voordelen.

Samen met het panel behandeling hebben we 140 aanbevelingen bediscussieerd en met het panel preventie 24. Gezien het beperkte aantal kwaliteitsvolle richtlijnen voor preventie, beantwoordden de beschikbare richtlijnen niet alle preventie-vragen die vooraf door het panel van experts waren opgesteld. Om deze reden werd in de periode mei – september 2012 een experimenteel traject doorlopen om te onderzoeken of en hoe we de richtlijn preventie meer inhoud zouden kunnen geven. Cruciaal hierbij was dat de aanbevelingen

wetenschappelijk zijn onderbouwd. Twee bronnen van informatie zijn onderzocht op bruikbaarheid voor ons project:

1. Relevante richtlijnen die niet onze norm voor hoge kwaliteit haalden. We bekeken op basis van welke criteria ze niet aan de norm voldeden. We probeerden daarin een onderscheid te maken tussen het niet halen van de kwaliteitsnorm omwille van 'gebreken' in de procedurele aanpak die een belangrijke impact gehad kunnen hebben op het eigenlijke resultaat van de richtlijn en beperkingen die te maken hebben met de eigenheid van het veld (onder meer het gebrek aan evidentie voor bepaalde facetten van preventie) of gebrekkig rapportage van de methode.
2. Informatie van recent verschenen systematische reviews. Hiervoor voerden we een zogeheten 'overview' uit, ofwel een systematische review van systematische reviews over het gehele veld van preventie. De informatie uit deze reviews kon dan worden gebruikt in de toelichting van bestaande aanbevelingen.

Noch de informatie gegenereerd uit de richtlijnen met een lagere kwaliteit, noch de resultaten uit het overzicht van systematische literatuurstudies bleek waardevol als aanvulling op de richtlijn. De resultaten van het overzicht werden wel beschreven in een manuscript (bijlage 7). De voorlopige versies van de richtlijn in ontwikkeling werden teruggekoppeld naar het panel.

##### *5. Externe review (pilotfase)*

Als onderdeel van het adaptatie proces voerden we een pilotfase uit, waarin we verschillende belanghebbenden vroegen om feedback te geven op de voorlopige versie van de richtlijnen. Het belangrijkste doel was om de toepasbaarheid van de aanbevelingen voor de Belgische context te evalueren.

De drie voorlopige richtlijnen werden beoordeeld door vier groepen belanghebbenden:

- experten op het gebied van wetenschappelijk onderzoek over alcohol of ander drugmisbruik bij jongeren (methodologische experten);
- professionals die werken met jongeren met alcohol of ander drugmisbruik (klinische experten);
- adolescenten en;
- ouders van adolescenten die middelen misbruiken.

Twee methodologische experten beoordeelden de kwaliteit van de richtlijnen aan de hand van het Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) II instrument. Tien

klinische experts beoordeelden de toepasbaarheid van de richtlijnen in de Belgische context aan de hand van het GuideLine Implementability Appraisal (GLIA) instrument, wat werd aangepast naar onze noden. De richtlijnen werden ook voorgelegd aan 32 adolescenten (28 van het secundair onderwijs en 4 die een drug educatie programma doorliepen). Aan hen werd gevraagd of ze al dan niet zouden meewerken mocht een bepaalde aanbeveling in de praktijk worden omgezet. Tot slot is de richtlijn voorgelegd aan een groep van 8 ouders van jongeren die middelen misbruiken.

De methodologische experts gaven de voorlopige richtlijnen de volgende AGREE II domeinscores: onderwerp en doel 82%, betrekken van belanghebbenden 76%, methodologie 86%, helderheid van presentatie 83%, toepasbaarheid 79% en onafhankelijkheid van de opstellers 64%. De meningen van de klinische experts over de voorlopige richtlijnen zijn gepresenteerd in tabel e.

**Tabel e.** Mening over de richtlijnen van de klinische experts (gemiddelde score op een 4-puntenschaal van 1=volledig oneens niet tot 4 = volledig eens)

	Alcohol misbruik	Drug misbruik	Preventie
1. Is deze richtlijn waardevol voor u?	3.5	2.3	3
2. Is deze richtlijn consistent met de behandelmethodede <u>binnen uw organisatie</u> ?	3	3	3
3. is deze richtlijn consistent met <u>uw</u> behandelmethodede?	3	3	3
4 Is deze richtlijn volgens u consistent met de verwachtingen van jongeren?	3	2.8	2.3
5. Ziet u zichzelf deze richtlijn toepassen in uw praktijk?	3	2.8	3
6. Zou u het gebruik van deze richtlijn aanbevelen bij collega's?	3	2.8	3
7. Vindt u de implementatie van deze richtlijn haalbaar binnen uw sector in België?	3.5	2.8	3.3

Aanbevelingen waar ten minste de helft van alle adolescenten het niet mee eens waren betroffen het verhogen van de prijs van alcohol en het verbieden van alcohol reclame. Dit zou volgens hun mening een weinig doeltreffende manier zijn om het alcoholmisbruik tegen te gaan. Meer dan de helft van de adolescenten van het secundair onderwijs zou het niet op prijs stellen als zij van een leerkracht op school informatie en advies zouden krijgen over hun overmatig drinkgedrag. Ook zouden ze het betrekken van ouders in hun behandeling niet op prijs stellen. Meer dan de helft van de adolescenten die drug educatie kregen zouden, in geval ze betrokken waren bij een ongeval, liever niet meewerken aan testen om het

alcoholgehalte in het bloed te bepalen. Ook twijfelen ze over het verlenen van hun medewerking aan behandelingen voor cannabismisbruik, vanuit de veronderstelling dat 'cannabismisbruik ongevaarlijk is en dat hiervoor geen behandeling nodig is'.

De ouders waren het veelal eens met de aanbevelingen in de richtlijn en zouden het zeer op prijs stellen om betrokken te worden bij de behandeling van hun kind. Alle ouders waren het oneens met de aanbeveling dat het verhogen van de prijs van alcohol het drinken tegen zou gaan.

Samenvattend, de resultaten die verzameld werden in deze pilootfase zijn gebruikt om de voorlopige versies van de richtlijnen beter af te stemmen op de noden en gefundeerde opinies van diverse belanghebbenden. De methodologische experts waren van mening dat de richtlijnen op een correcte manier ontwikkeld waren. Zij hadden bruikbare opmerkingen die de onderzoekers in staat stelden om het wettelijk kader waarbinnen de richtlijn dient te worden toegepast mee in te schrijven in de richtlijn, onder meer de Wet ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer. De klinische experts waren over het algemeen positief over de richtlijnen, maar de verkregen feedback was weinig coherent. Dit weerspiegelt waarschijnlijk de verscheidenheid van hulpverleners en contextuele factoren die een rol spelen bij de hulpverlening in dit brede veld welke zowel preventie en behandeling betreft als ook alcohol, en andere illegale drugs. De meest voorkomende commentaar was het gebrek aan instructie over hoe de richtlijnen nu concreet moesten toegepast worden in de praktijk. Door het verwerken van de feedback van de belanghebbenden is getracht de herkenbaarheid en betrokkenheid van de richtlijnen voor de gebruikers te verhogen.

#### *6. Evaluatie van het adaptatie proces*

De ADAPTE methode is een vrij nieuwe methodiek. Het is nog niet frequent gebruikt, vooral niet binnen West-Europese settings. De methodiek is ook nog niet eerder gebruikt in een multidisciplinaire context met verschillende domeinen zoals scholen en de gezondheids- en welzijnssector. Om die reden is het belangrijk om het proces van richtlijn adaptatie te evalueren en hieruit lessen te leren. Het doel van deze evaluatie is om zicht te krijgen op het adaptatie proces vanuit het oogpunt van de panel leden, inclusief diegenen van het onderzoeksteam die in het proces waren betrokken. Deze evaluatie dient om de sterke en zwakke punten van de procedure te identificeren en te resulteren in aanbevelingen voor toekomstige richtlijn adaptatie processen.

Deze proces evaluatie is uitgevoerd aan de hand van een schriftelijke vragenlijst. Deze vragenlijst inventariseerde onder andere de mening van het panel over diverse stellingen



zoals de samenstelling van het panel, of men zich serieus genomen voelde, en of het adaptatie proces helder was. De panelleden konden hun mening geven op een Likert-schaal van 1=volledig eens tot 5=volledig oneens.

Vervolgens peilden we de subjectieve ervaringen zoals motivatie en concentratie tijdens de vergaderingen, met de antwoordmogelijkheden op een Likert schaal van 1 (hoog) naar 5 (laag). Panelleden die zeer laag scoorden werd gevraagd hun antwoord toe te lichten in een vrij tekstveld. Tot slot werd gevraagd naar eventuele nieuw opgedane kennis, vaardigheden en attitude tijdens de vergaderingen en de belangrijkste kansen en beperkingen van de adaptatie procedure.

Alle leden van het panel die ten minste bij één vergadering aanwezig waren geweest werd gevraagd de vragenlijst in te vullen. Er werden twee schriftelijke reminders gestuurd. Panelleden die nog niet hadden gereageerd werden gecontacteerd om de vragenlijst telefonisch af te nemen. Het panel behandeling bestond uit 12 experts en 4 personen van het onderzoeksteam, het panel preventie uit 16 experts en 3 personen vanuit het onderzoeksteam. Twee leden van het onderzoeksteam zaten in beide panels.

De response op onze vragenlijst was 67% (8/12), 63% (10/16) en 80% (4/5) voor de experts van het panel behandeling, de experts van het panel preventie en het onderzoeksteam, respectievelijk. De experts van de beide panels waren een mix van hulpverleners, beleidsmakers en wetenschappelijke medewerkers. Vier experts hadden ervaring in het ontwikkelen van richtlijnen en vijf hadden ervaring in het toepassen van richtlijnen in de praktijk.

De aanwezigheid van de expert panel leden tijdens de bijeenkomsten verminderde gedurende het project. Inzake het panel behandeling, 10 experts waren tijdens de eerste vergadering aanwezig, vier waren aanwezig bij de laatste vergadering. Inzake preventie, 12 experts waren aanwezig bij de eerste en 5 bij de laatste meeting. Panelleden die slechts één of tweemaal aanwezig waren gaven aan dat ze gestopt waren vanwege drukke werkzaamheden. Alle experts werd gevraagd schriftelijk feedback te geven indien ze bij een bepaalde vergadering niet aanwezig konden zijn. Hiervan werd slechts zelden gebruik gemaakt omdat dit als zeer tijdsintensief werd ervaren. Experts merkten ook op dat het moeilijk was om bij het proces aan te sluiten indien ze één vergadering hadden gemist.

Tabel f geeft een overzicht van de stellingen inzake het adaptatie proces. Meer dan driekwart van de experts was van mening dat het proces complex was. Minder dan de helft van de

experts vond het proces transparant en efficiënt. Alle onderzoekers waren van mening dat het proces moeizaam maar ook nuttig en transparant was.

**Tabel f.** Percentage van de panelleden dat het (volledig) eens was met de stellingen inzake het adaptieproces (experts n=18, onderzoekers n=4).

<b>Stellingen</b>	<b>Experts</b>	<b>Onderzoekers</b>
Het ADAPTE proces was duidelijk	56%	75%
Het ADAPTE proces was complex	83%	75%
Het ADAPTE proces verliep moeizaam	50%	100%
Het ADAPTE proces was nuttig	50%	100%
Het ADAPTE proces was transparant	39%	100%
Het ADAPTE proces was efficiënt	33%	75%
Het proces verhoogt de kans op acceptatie van richtlijnen door lokale stakeholders	39%	75%
Het expert panel was evenwichtig samengesteld	33%	75%
Het proces strookte met mijn verwachtingen	33%	75%
Ik heb mijn persoonlijk kennis en vaardigheden nuttig kunnen inzetten tijdens dit proces	44%	100%
Ik zou mijn collega's aanbevelen deel te nemen aan een ADAPTE proces	33%	75%
Ik voelde me serieus genomen	78%	100%
Ik denk de geproduceerde richtlijnen te gebruiken in de praktijk	44%	50%
Ik zou de richtlijn promoten bij mijn naaste collega's	39%	100%
De interactie tussen de panelleden en de onderzoeksgroep was naar wens	56%	50%

De motivatie tijdens het proces was hoog voor 50% van de experten en 75% van het onderzoeksteam. De concentratie van hoog voor zowel de experts als de onderzoekers. Achtentwintig procent van de experten rapporteerden veel positieve gevoelens te hebben ten aanzien van het proces en dit was 75% voor de onderzoeksgroep.

Uit de kwalitatieve resultaten bleek dat verschillende panelleden de adaptatiemethode te uitgebreid vonden en niet altijd praktisch. Het onderzoeksteam signaleerde ook een discrepantie tussen de resultaten van wetenschappelijke studies en de vragen van de experten van het panel. Bijna alle panelleden vonden de adaptatie tijdrovend. Dit was vooral gerelateerd aan de grote hoeveelheid informatie die verwerkt moest worden tijdens het proces. Problemen ten aanzien van het wetenschappelijke werk waren de onduidelijke

manier van presentatie en het gebrek aan evidentie dat aan de basis lag van de bronrichtlijnen.

De expert panel leden waardeerden de samenwerking met het onderzoeksteam vanwege hun goede organisatie en enthousiasme. Echter, ze zouden een minder sturende benadering op prijs stellen. De samenstelling van het multidisciplinaire panel werd positief beoordeeld, alhoewel sommigen van mening waren dat belangrijke experts ontbraken. Door de uitval van panelleden raakte het panel uit balans, bijvoorbeeld door een onder-representatie van Franstalige panelleden en een over-representatie van scholen in de laatste vergadering van het panel preventie.

Het onderzoeksteam was van mening dat de adaptatie procedure heeft geleid tot bruikbare en betrouwbare richtlijnen voor de Belgische context. Expert panel leden gaven aan dat deelname aan het proces hun kennis heeft verhoogd, bij sommige expert panelleden was ook de attitude ten opzichte van richtlijnen veranderd.

Om toekomstige adaptatie processen te verbeteren zouden richtlijnen de evidentie voor hun aanbevelingen op een meer eenduidige manier moeten presenteren. Het adaptatie proces zou expliciet aandacht moeten hebben voor de balans tussen hoge wetenschappelijke standaarden en de behoeften en verwachtingen vanuit de praktijk. Bij de adaptatie van multidisciplinaire richtlijnen zou vaker gebruik gemaakt kunnen worden van bijeenkomsten in subgroepen. Voor Belgische richtlijnen dient de taalbarrière tijdens het proces een aandachtspunt te zijn.

Op basis van dit onderzoek bevelen we het volgende aan:

- Om de ADAPTE methodologie te verbeteren zijn meer evaluaties van deze methodologie nodig, die vervolgens gepubliceerd moeten worden. Hierdoor kunnen onderzoekers leren van eerdere ervaringen.
- Voor adaptaties van toekomstige multidisciplinaire richtlijnen zou het werken met subgroepen binnen een multidisciplinaire panel geëxploreerd moeten worden. Dit zou uitval van panel leden met niet-klinische profielen kunnen tegenaan vanwege een gevoel niet te kunnen bijdragen aan een discussie wanneer dit vooral klinisch gericht is.
- Er moet duidelijkheid komen over de manier waarop we de inbreng van experts in de richtlijnen kunnen valoriseren. Dit is vooral belangrijk indien deze inbreng niet kan worden ondersteund met empirisch bewijs.

- De ontwikkelde richtlijnen richten zich vooral op de acties die gedaan zouden moeten worden maar, met enige uitzonderingen, geven niet aan welke professional de actie moet doen of hoe dit precies gedaan zou moeten worden. Belangrijkste reden is dat we niet meer evidentie hebben om de aanbevelingen te concretiseren en omdat de acties samenhangen met lokale factoren. Daarom zou de richtlijn op institutioneel niveau geconcretiseerd en geoperationaliseerd moeten worden. Deze voorzieningen kunnen beter inspelen op de individuele behoeften van bepaalde lokale profielen van de jongeren en de mogelijkheden van de hulpverleners, wat waarschijnlijk de implementatie ervan zal bevorderen.
- Het gebrek aan evidentie, specifiek voor de populatie van adolescenten was een terugkerend probleem. Dit geeft aan dat er behoefte is te investeren in origineel, empirisch onderzoek inzake de gaten in de evidentie in de kennis rondom de preventie, screening, assessment en behandeling van jongeren die alcohol of drugs misbruiken. Deze studies zouden uitgevoerd moeten worden, waarbij zowel de effecten en het proces worden geëvalueerd. Interventies die effectief zijn gebleken kunnen vervolgens worden geïntegreerd in toekomstige updates van deze richtlijnen.
- Het gebruik van richtlijnen in een voorwaarde voor het inzetten van richtlijnen ter verbetering van de kwaliteit van zorg. Om de kans te vergroten dat de richtlijnen daadwerkelijk in de praktijk worden gebruikt zou een implementatie en disseminatie strategie moeten worden ontwikkeld. De ADAPTE-youth richtlijnen kunnen worden verspreid onder de organisaties die zijn geïdentificeerd in de descriptieve map. Deze actoren kunnen ook gestimuleerd worden om te reageren op de huidige gaten inzake de preventie, screening, assessment en behandeling van alcohol- en drugmisbruik onder jongeren. Communicatie platforms die zulke discussies stimuleren zou hierin een rol kunnen hebben. Toekomstige projecten waarin richtlijnen worden ontwikkeld zouden tijd en middelen moeten reserveren om een plan te ontwikkelen om de nieuwe richtlijnen in de praktijk te implementeren.