

GEZONDHEIDSZORG: ORGANISATIE

AMBULANTE ONTWENNING BIJ ALCOHOLAFHANKELIJKHEID: LITERATUURSTUDIE EN PILOOTONDERZOEK

G. DOM¹, B. GOOSSENS^{2, 3}

Inleiding

Dit artikel biedt een neerslag van een klinische pilootstudie „ambulante ontwenning bij alcoholafhankelijkheid” die door de Belgische federale overheid toevertrouwd werd aan het Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen te Boechout als kleinschalig zorgvernieuwingproject. Dit project liep van 1/12/2001 tot 30/11/2002.

Het had als doel een onderzoek te doen naar de veiligheid, effectiviteit en haalbaarheid van een ambulante ontwenning voor patiënten met een alcoholafhankelijkheid. Een eerste luik van het project bestond uit een literatuuronderzoek. In een tweede luik werd een protocol ontwikkeld en werd een beperkte reeks patiënten volgens dit protocol behandeld. Een laatste luik bestond uit de bevraging van relevante zorgpartners uit de regio om een idee te krijgen of dit (nieuw) aanbod een plaats zou kunnen hebben in het bestaande aanbod.

Alcoholmisbruik en -afhankelijkheid zijn prominent aanwezig in de bevolking. Uit de „Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study” (NEMESIS) blijkt dat alcoholafhankelijkheid aanwezig was bij 3,7% van de volwassen bevolking, binnen de laatste 12 maanden voor het onderzoek (1). Zowel individueel, familiaal als maatschappelijk zijn de hieraan verbonden gevolgen meer dan aanzienlijk. Patiënten met een alcoholafhankelijkheid kenmerken zich onder meer door een slechtere gezondheid en hogere globale gezondheidskosten (2).

Een belangrijk gegeven is dat slechts een minderheid van de mensen met alcoholproblemen effectief in behandeling is. Vele factoren spelen hierbij een rol. Het betreft hier zowel

Samenvatting

In dit artikel onderzoeken we de veiligheid, effectiviteit en haalbaarheid van een ambulant ontwenningprogramma voor alcoholafhankelijke patiënten.

Een literatuurstudie werd opgesteld via *Medline*, de VAD-bibliotheek (Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen) en handmatig zoeken met de sneeuwbalmethode. Een (beperkt) klinisch pilootonderzoek, gesubsidieerd door de Belgische federale overheid, een tevredenheidsmeting bij patiënten en hun familie en een bevraging van hulpverleners in de regio (huisartsen en psychiaters van een PAAZ-dienst) werden uitgevoerd.

In de literatuur vonden we evidentie dat een ontwenning ambulant, in een daghospitaal of thuis even veilig en effectief is als een residentiële ontwenning. Deze resultaten werden bevestigd door eigen klinisch pilootonderzoek (n = 10). Patiënten (n = 9) en hun familie (n = 4) toonden een hoge tevredenheid en huisartsen (n = 20) en psychiaters (n = 2) meldden een nood aan een dergelijk ambulant ontwenningprogramma in de regio. We vonden sterke evidentie dat ambulante ontwenning meer kosteneffectief is dan een residentiële ontwenning (ratio 1:4).

Ondanks de algemeen positieve resultaten voor ambulante ontwenning kunnen niet alle patiënten opgenomen worden in een dergelijk programma. Verder onderzoek, met grotere steekproeven, is nodig betreffende de langetermijneffecten, klinische guidelines en indicatiecriteria.

¹ Verslavingscluster,

² Dienst Patiëntenzorg, PC Broeders Alexianen, Boechout.

³ Correspondentieadres: dr. G. Dom, Verslavingscluster, PC Broeders Alexianen, Provinciesteenweg 408, 2530 Boechout.

problemen rond het opsporen als rond verschillende drempels naar behandeling. Eén van deze drempels is de stap naar een opname, wat door veel personen als een „stap te ver” wordt aanvoeld. Ze erkennen wel hun afhankelijkheidsproblemen, zijn gemotiveerd om een stoppoging te overwegen, maar een opname, met alle daaraan verbonden familiale, financiële en stigmatiserende gevolgen, schrikt hen af.

De aandacht voor ambulante ontwenning van alcoholafhankelijke patiënten neemt momenteel sterk toe. Vele patiënten vragen specifiek naar deze interventievorm en voeren deze zelfs op eigen initiatief, zonder professionele begeleiding, uit. In Engeland, de VS en sommige Scandinavische landen wordt ambulante ontwenning, onder medische begeleiding, steeds meer toegepast. Verschillende studies uit deze landen tonen aan dat ambulante alcoholontwenning een veilige en kostenbesparende methode kan zijn (3).

Er wordt geschat dat tussen 13 en 71% van diegenen die zich aanbieden voor alcoholontwenning, te kampen krijgt met significante ontwenningssymptomen (4). Het aanbieden van een ontwenningbehandeling vormt daarom vaak een belangrijke eerste stap in een groter geheel van interventies om het verslavingsprobleem te behandelen. Met het oog op de prognose blijft een lang aangehouden behandeling voor patiënten met ernstige, chronische alcoholproblemen immers de belangrijkste bepalende factor.

Literatuurstudie

Methode

Via *Medline*, de VAD-bibliotheek (Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen) en handmatig zoeken via de sneeuwbalmethode komen we tot een literatuurstudie die de effectiviteit, veiligheid, kosteneffectiviteit en patiënttevredenheid betreffende niet-residentiële ontwenningbehandelingen in kaart brengt.

Resultaten

Plaats van een ontwenningbehandeling binnen het zorgsysteem

Uit de literatuur komen drie niet-residentiële settings naar voren waarbinnen een ontwenningbehandeling wordt uitgevoerd:

1. Thuisontwenning: een of meerdere keren per dag wordt de patiënt thuis bezocht door een begeleider onder supervisie van een arts.
2. Ambulant: hier gaat de patiënt op geregelde tijden op afspraak bij een arts en/of begeleider. Het betreft hier meestal geen dagelijkse opvolging
3. Dagbehandeling (meestal partieel-partieel): de patiënt komt dagelijks naar het centrum voor opvolging en begeleiding.

In toenemende mate wordt de betrokkenheid van de eerste lijn bij de behandeling van alcoholproblemen benadrukt. Vooral de huisarts heeft hier een centrale rol bij de diagnostiek, de behandeling en de coördinatie van de zorg (5, 6).

Thuisontwenning heeft vooral in Engeland een hoge vlucht genomen (7). Na bevraging van patiënten kwam een duidelijke voorkeur (2/3) voor thuisontwenning naar voren (8). Ook de huisartsen blijken hier erg bij betrokken. In een regionale bevraging van 126 huisartsen geeft drie vijfde van de huisartsen die geantwoord hebben, te kennen dat zij in staat zijn om in hun praktijk in thuisontwenning te voorzien (9). Aansluitend blijkt dat huisartsen de nood aanvoelen van ondersteuning door andere medewerkers (o.a. getrainde verpleegkundigen) (10).

Effectiviteit en veiligheid

De doelstelling van een ontwenningbehandeling is meervoudig (11):

1. Het effectief ondervangen van ontwenningssymptomen.
2. Het vermijden van mogelijke ernstige symptomen zoals delirium tremens, en dervings-epilepsie.
3. Het onderbreken van een afhankelijk drankpatroon.
4. Het motiveren tot en aanhaken aan verdere begeleiding en behandeling.

Verschillende studies tonen aan dat thuisontwenning even veilig en effectief is als residentiële ontwenning voor patiënten met een ernstige alcoholafhankelijkheid. Het gaat hier over die (sub)groep van patiënten bij wie wel ernstige ontwenningssymptomen te verwachten zijn, maar die daarbuiten geen al te ernstige problemen ervaren op sociaal, medisch en (neuro)psychiatrisch vlak (11-14). Patiënten met een thuisontwenning rapporteren bovendien dat zowel hun gezondheid als de kwaliteit

van hun relaties worden onderhouden en zelfs verbeteren.

Studies met betrekking tot ambulante ontwenning tonen dezelfde tendensen (15).

In een aantal studies wordt thuisontwenning vergeleken met dagbehandeling. Beide settings tonen vergelijkbare slaagpercentages (16, 17).

Ook vergelijkingen wat betreft behandelingsresultaten (op niveau van alcoholgebruik) tussen dagbehandeling en residentiële behandelingen zijn reeds uitgevoerd. Een aantal studies tonen, wat de outcome betreft, in de eerste 6 maanden na het ontslag een licht voordeel voor de residentiële setting in vergelijking met de dagbehandeling. Na 6 maanden blijkt dit gunstig effect evenwel te verdwijnen en na 18 maanden zijn de outcomeparameters voor de twee settings gelijk (18, 19). Ander longitudinaal onderzoek toont eveneens dat op langere termijn het resultaat van ambulante behandelingsvormen minstens even goed is als voor residentiële of gemengde behandelingsvormen (20).

Contra-indicaties voor niet-residentiële ontwenning

Hoewel voor de meerderheid van de patiënten geldt dat ze – vaak met medicamenteuze ondersteuning – veilig kunnen ontwennen, blijft voor een aantal een alcoholontwenning een potentieel levensbedreigend risico (21). Een aantal situaties vragen toch een residentiële opvang. Daarbij moet voornamelijk gedacht worden aan patiënten gekend met (dervings)epilepsie, een voorgeschiedenis van delirium, ernstige en gedeestabiliseerde psychiatrische comorbiditeit (o.a. zelfmoordneiging), uitgesproken polytoxicomanie en een slechte lichamelijke toestand (22).

Ook een onstabiele leefomgeving met ernstige sociofamiliale moeilijkheden vormt een tegenaanwijzing (23). Toch blijkt dat ook patiënten met een minder stabiele leefomgeving op een veilige en effectieve manier ambulant kunnen ontwennen (24). Uiteraard vormen ook transportproblemen een bijkomende moeilijkheid.

Kosteneffectiviteit

Een aantal studies tonen duidelijk aan dat ambulante ontwenning meer kosteneffectief is dan residentiële ontwenning (5, 25).

Specifiek voor thuisontwenning toont een Australische groep dat de kost van deze vorm

van ontwenning tussen 12 en 26% bedraagt van een ontwenning in een gespecialiseerd centrum en tussen 4 en 10% van een ontwenning in een algemeen hospitaal (13).

Een berekening op basis van een klinisch onderzoek in Londen raamt een verschil in kosten tussen een ambulante ontwenning en een standaard- (12 dagen), residentiële ontwenning op 600% (26). Dit zijn vergelijkbare gegevens met onderzoek in Australië, waar men tot een 1-op-4-verhouding komt (8).

Cooper berekent dat men met de middelen, overeenkomstig met 308 ligdagen, een thuisontwenningsdienst met verpleging en ondersteunende staf voor drie jaar kan organiseren (27). Deze bevinding wordt bevestigd door Collins et al. (28). Het opstarten van hun ambulant programma leidde tijdens dat jaar in hun regio tot een vermindering met 50% van de opnamen voor ontwenning.

Cooper wijst er evenwel ook op dat thuisontwenning meer zorgvragen creëert dan residentiële ontwenning (27). Dit moet men echter in rekening brengen met een ander belangrijk gegeven, m.n. dat patiënten in een vroeger stadium van hun verslavingsproces bereikt worden, wat mogelijk op lange termijn heel wat gezondheidskosten uitspaart (24).

Patiëntentevredenheid

Uit de literatuur komt regelmatig naar voren dat de tevredenheid van de patiënten in niet-residentiële settings hoog scoort (24). Daarnaast blijkt ook een aanzienlijke groep van patiënten, die deelnamen aan een ambulant programma, aan te geven nooit een residentiële ontwenningsprogramma te overwegen (29). Bennie wijst erop dat men via deze interventie meer patiënten jonger dan 35 jaar lijkt te bereiken en op deze wijze mogelijk vroeger in de ontwikkeling van het alcoholprobleem kan ingrijpen (30).

Een bijkomend voordeel is dat ontwenning thuis minder stigmatiserend is dan een opname. Dit zou vooral belangrijk kunnen zijn voor het bereiken van vrouwen (27, 31).

Klinische pilootstudie „ambulante ontwenning bij alcoholafhankelijkheid”

De pilootstudie omvat een intensieve ambulante begeleiding van de lichamelijke ontwenning van middelen, waarbij het programma zich

in de eerste plaats richt op de ontwenning van alcoholafhankelijkheid. De doelgroep wordt omschreven als patiënten met kenmerken van afhankelijkheid, die evenwel nog voldoende sociofamiliaal ondersteund zijn om een voldoende steunende thuissituatie te waarborgen. Deelname aan het programma kan enkel op verwijzing van de huisarts of een andere behandelaar. Bij de start van het programma dient iemand uit het sociale netwerk bereid te zijn om mee te werken. Dezelfde contra-indicaties worden gehanteerd zoals beschreven in de literatuur (22, 24). Om een vergelijking mogelijk te maken, worden de ernstscores van de ontwenningsgroep vergeleken met deze van patiënten die in behandeling zijn in een dagbehandelingsprogramma, specifiek gericht op afhankelijkheidsproblematiek.

Programma

Het programma wordt toegevoegd aan het behandelingspakket van een afdeling die gespecialiseerd is in de opname en de behandeling van patiënten met een verslavingsprobleem t.a.v. alcohol of medicatie. Toch wordt er een aparte structuur ontworpen (lokaaltje, specifiek vrijgestelde psychiatrisch verpleegkundige) om het specifieke programma tot uiting te laten komen. De duur van het programma hangt af van de nood van de patiënt, maar wordt beperkt tot 2 weken.

Na aanmelding van de patiënt gebeuren de opname en screening tijdens een psychiatrische consultatie waar een inschatting wordt gemaakt van de problematiek en de haalbaarheid van een ambulante ontwenning. Bij aanvaarding in het programma wordt onmiddellijk een medicatieschema opgemaakt. Naast de psychiatrische screening vindt er ook een beperkte, individueel te bepalen somatische screening plaats (bloedonderzoek, EEG, ECG).

Het programma bestaat uit een dagelijks (ook tijdens de weekends!) gesprek met de specifiek vrijgestelde psychiatrisch verpleegkundige, of een vervanger, in het ziekenhuis. Tijdens deze gesprekken komen vooral de motivatie en de psycho-educatie van de patiënt en zijn omgeving aan bod. Een evaluatie van de psychiatrische, psychosociale en fysieke status van de patiënt vindt plaats in nauw overleg met de coördinerende psychiater (eerste auteur). Een

psychiatrisch consult, verdere medische exploratie en aanpassing van medicatie zijn mogelijk. Er is ook regelmatig overleg met de verwijzer en indien nodig kunnen thuiszorginterventies door een psychiatrisch verpleegkundige en eventueel een kortdurende opname plaatsvinden.

Bij de afronding van het programma is het de bedoeling dat de patiënt alcoholvrij is. In het afrondend gesprek met de psychiater wordt het verloop van de ontwenning besproken en wordt, indien nodig, een advies gegeven voor mogelijke verdere behandeling. Dit advies wordt ook opgenomen in de rapporten voor de verwijzer. Een ontwenning is inderdaad maar een eerste fase in een verder behandelingsproces. De patiënt dient samen met zijn verwijzer de verdere nodige stappen te bespreken.

Methodologie en meetinstrumenten

Volgende items worden bevraagd in het onderzoek. Een vergelijkende groep patiënten uit de dagbehandeling (N = 23) wordt ook gescoord wat betreft demografische gegevens en ernst van de afhankelijkheidsproblematiek.

1. Demografische gegevens.
2. Ernst van verslaving wordt gescoord aan de hand van volgende vragenlijsten:
 - European Addiction Severity Index (E-ASI)
 - Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)
 - Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-revised (CIWA-Ar).
3. Patiëntentevredenheid: een enquêteformulier wordt opgemaakt dat de patiënt, anoniem, kan binnenbrengen.
4. Tevredenheid familie: ook hier wordt een enquêteformulier opgemaakt dat anoniem terugbezorgd kan worden.
5. Bevraging artsen uit de regio: hiervoor wordt een enquêteformulier opgesteld dat kan ingevuld worden via de website van de regionale huisartsenvereniging. Via e-mail worden alle artsen uitgenodigd dit formulier elektronisch in te vullen.
6. Bevraging PAAZ-dienst: een overleg met de relevante PAAZ-dienst uit de regio wordt georganiseerd. Tijdens dit rondetafelgesprek worden systematisch een aantal elementen bevraagd.
7. Kostenanalyse: een inschatting wordt gemaakt op basis van de huidige ligdagprijzen.

TABEL 1
Demografische gegevens

	Ambulant ontwenningprogramma (n = 10)	Dagbehandeling (n = 23)
Leeftijd gemiddeld	41	44,9
% vrouwen	20	21,74
% geen voorafgaande behandeling	30	8,7
% woont alleen	20	13,04
% familiale belasting	80	47,83
n kinderen gemiddeld (mediaan)	1,4 (0,5)	

Resultaten

In totaal krijgen 16 personen een opname-gesprek voor het nieuw ontwenningprogramma tijdens de periode van 1 mei tot 30 september 2002. Van deze 16 personen starten er 13 met het programma, waarvan er uiteindelijk 10 het hele programma doorlopen. Voor drie patiënten blijkt een opname toch noodzakelijk. De volgende resultaten hebben dus betrekking op de 10 patiënten die het ambulante ontwenningprogramma hebben afgerond.

Demografische gegevens

Uit tabel 1 blijkt dat de gemiddelde leeftijd (41 en 44,9 jaar), het aantal vrouwen (20% en 21,74%) en het aantal patiënten die alleen wonen (20% en 13,04%) vergelijkbaar zijn tussen de ambulante en de dagbehandelingsgroep. Beduidend meer patiënten in de ambulante groep (30%) hebben geen voorafgaande ontwenning-behandeling gehad in vergelijking met de

dagbehandelingsgroep (8,7%). Ook is te zien dat bij 80% van de patiënten uit de ambulante groep afhankelijkheidsproblemen voorkomen in de familie, terwijl slechts bij 47,83% van de patiënten uit de dagbehandelingsgroep.

Omkaderende vragenlijsten met ernst van verslaving

Tabel 2 toont aan dat de mate waarin de patiënten last hebben ervaren van hun alcoholprobleem in de afgelopen 30 dagen (= 30 dagen vóór aansluiting met het programma) bijna niet verschilt tussen de ambulante ontwenning- en de dagbehandeling. De scores schommelen beide tussen „nagal” (2) en „tamelijk veel” (3) last.

De mate waarin de patiënten een behandeling belangrijk achten voor hun alcoholprobleem wordt door de patiënten van het ambulante ontwenningprogramma omschreven als „tamelijk belangrijk” (3). De patiënten van de dagbehandeling vinden dit gemiddeld gezien iets belangrijker en neigen meer naar „erg belangrijk” (4).

TABEL 2
Resultaten van de European Addiction Severity Index

	Ambulant ontwenningprogramma	Dagbehandeling
Mate van last alcoholproblemen – gemiddelde (n pat.)	2,60 (n = 10)	2,83 (n = 23)
Behoeftte aan behandeling voor alcoholproblemen – gemiddelde (n pat.)	3 (n = 10)	3,48 (n = 23)
Ernstscore alcohol – gemiddelde (n pat.)	4,44 (n = 9)	6,04 (n = 23)

Voor de groep patiënten van ambulante ontwenningbehandeling wordt het alcoholprobleem door de hulpverleners als „redelijk ernstig” omschreven, „enige behandeling is wel nodig” (4-5). De hulpverleners schatten het alcoholprobleem bij de cliënten van dagbehandeling duidelijk hoger in: „behoorlijk ernstig probleem, behandeling noodzakelijk” (6-7).

Het doorlopen van het ambulante ontwenningprogramma duurt gemiddeld 15,5 dagen (mediaan = 15 dagen, range = 13-22 dagen). Figuur 1 toont dat de ernst van ontwenning progressief afneemt over de tijd. Tussen dag 8 en dag 12 is er echter een lichte stijging te merken. Dit kan verklaard worden door het stopzetten van de medicatie, waardoor de ernst van de ontwenning even weer toeneemt!

Patiëntentevredenheid

Bij het bevragen van de tevredenheid van patiënten ontvangen we 9 enquêteformulieren (= 90%). We kunnen stellen dat de patiënten over het algemeen „eerder” tot „zeer tevreden” zijn over deze behandelingsvorm. Voor 6 patiënten voldoet de behandeling aan hun verwachtingen. De patiënten zijn het minst tevreden over de informatie die ze krijgen vooraleer de behandeling wordt opgestart („zeer tevreden” (n = 4), „eerder tevreden” (n = 2), „eerder ontevreden” (n = 2), „zeer ontevreden” (n = 1)).

Tevredenheid familie

Bij de bevraging van de tevredenheid bij familie bereikten we slechts een responsratio van 40%. Ook de familieleden geven aan „eerder” tot „zeer tevreden” te zijn met deze nieuwe behandelingsvorm. Op de vraag „hoe groot was de belasting voor u persoonlijk tijdens de behandeling?” antwoordt men „eerder klein” tot „geen belasting”.

Bevraging artsen uit de regio

20 huisartsen vullen het elektronisch enquêteformulier in. Hieruit blijkt: (a) dat gemiddeld 9% van de patiënten uit hun praktijk, naar hun mening, problemen heeft met alcohol, 15% met slaap- en kalmeermiddelen, 2% met cannabis, 1% met andere illegale drugs en 3% met het gebruik van verschillende middelen; (b) dat zij van de patiënten met verslavingsproblemen uit hun praktijk gemiddeld 29% verwijzen naar ambulante settings en slechts 9% naar derdelijnsvoorzieningen; (c) dat slechts 4 van de ondervraagde artsen de patiënten met alcoholafhankelijkheid

„frequent” begeleiden tijdens de ontwenning-fase, 14 „uitzonderlijk” en 2 „nooit”; (d) dat op de vraag „In welke mate vormt deze behandelingsvorm een overlapping met uw eigen praktijkvoering?” 15 artsen een „beperkte” en 4 „geen overlapping” antwoorden; slechts 1 huisarts is van mening dat er een „grote overlapping” is; (e) dat 12 artsen vinden dat opleiding georganiseerd moet worden wat betreft de begeleiding van patiënten die problemen ervaren met alcohol en/of andere middelen; (f) dat op de vraag „In welke mate ervaart u in uw praktijk de bestaande hulpverlening als ondersteunend voor mensen met alcoholproblemen?” 13 huisartsen „beperkt” antwoorden en 1 „niet”; 5 artsen vinden dat de ondersteuning „groot” en 1 dat ze „volledig” is; (g) dat 15 huisartsen lacunes ervaren in het zorgaanbod voor patiënten met een verslavingsprobleem zoals het momenteel georganiseerd is in de regio.

Bevraging PAAZ-dienst

De psychiaters van de PAAZ-dienst zien in de zorgregio een nood aan een dergelijk programma, merken geen overlapping met het eigen aanbod en signaleren een nood aan de mogelijkheid tot psychiatrische thuisbegeleiding na opname op een PAAZ-dienst.

Kostenanalyse

Uit tabel 3 blijkt dat het totaal verschil tussen ambulante en dagontwenning 685,47 euro bedraagt. Ontwenning in een daghospitaal is dus veel goedkoper voor zowel de patiënt als de overheid in vergelijking met een residentiële ontwenning. Ambulante ontwenning daarentegen is nog veel goedkoper wanneer de totaalkosten in rekening genomen worden. De verhouding in de totaalkost van ambulante vs. residentiële ontwenning bedraagt ongeveer 1:4. Voor één residentiële ontwenning kunnen dus ongeveer vier patiënten ambulant ontwennen! Door de subsidiëring van dit pilootproject was de ambulante ontwenning voor de patiënten gratis.

Bespreking

Globaal kan men op basis van de huidige literatuur, voorzichtig besluiten dat er aanzienlijke klinische aanwijzingen zijn dat ambulante ontwenning veilig en effectief is (24). Het aantal onderzoeken betreffende niet-residentiële

TABEL 3
Kostenanalyse (per patiënt voor 14 dagen)

	Ambulant ontwenningprogramma (14 dagen)	Daghospitaal (14 dagen)	Residentiële behandeling (14 dagen)
Aandeel patiënt	€ 0,00	€ 61,00	€ 268,59
Aandeel overheid	€ 608,97	€ 1617,58	€ 2095,46
Totaal	€ 608,97	€ 1678,58	€ 2364,05

ontwenningvormen blijft evenwel nog beperkt (7). Er worden ook geen gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken gevonden die residentiële en niet-residentiële ontwenningvormen vergelijken. De populaties in de verschillende studies zijn vaak klein (29-87 patiënten) en de variabiliteit is erg groot, zowel wat de aard en de doseringen van de gebruikte medicaties als de inclusiecriteria voor de patiënten betreft (3).

Een duidelijke lacune is momenteel het ontbreken van criteria en richtlijnen die kunnen helpen om beslissingen te maken in de zin van welk soort patiënten te linken met welke ontwenningvorm (16, 32). In afwezigheid van zulke richtlijnen of criteria hanteert men momenteel vaak een onsystematische vorm van „getrapte zorg” die minstens zoveel aangestuurd wordt door de regionaal aanwezige diensten en middelen, als door een rationele, wetenschappelijke behandelingsplanning (33). Een mogelijke belangrijke aanzet tot het ontwikkelen van richtlijnen zijn de „Patient Placement Criteria” ontwikkeld door de American Society of Addiction Medicine (ASAM) (34).

Het verschil in kosten tussen ambulante en residentiële ontwenning wordt zeker binnen de huidige ontwikkelingen in onze gezondheidszorg een belangrijk gegeven (35). Meer en meer verschuift de laatste jaren de focus van residentiële behandeling naar ambulante behandelingsvormen, en dit voor alle fasen van de behandeling voor alcoholproblemen (22).

De uitgevoerde klinische pilootstudie onderschrijft de bevindingen in de literatuur. Ambulante ontwenning blijkt veilig, effectief en haalbaar voor de patiënten bij wie ernstige ontwenningssymptomen te verwachten vallen, maar bij wie zich sociaal en medisch-psychiatrisch nog geen te grote problemen voordoen. Ze is goedkoper dan een residentiële ontwenning en de tevredenheid bij patiënten en familie scoort

hoog. Vermoedelijk vult deze behandelingsvorm een leemte in het bestaande aanbod op en bereikt men een populatie die men niet of minder bereikt met residentiële settings. Verschillende studies wijzen erop dat een ambulante ontwenning jongere patiënten kan bereiken, vroeger in hun afhankelijkheidsproces, en minder stigmatiserend is. Dit kan de drempel voor behandeling lager maken, onder meer voor vrouwelijke patiënten (27, 29-31).

Naast de verschillende voordelen blijven er toch mogelijke nadelen en gevaren bij thuis- of ambulante ontwenning aanwezig. Het grootste nadeel is ongetwijfeld het risico van medicatiemisbruik. Een excessief gebruik van medicatie en het gemakkelijk kunnen verwerven van voorschriften kunnen potentieel dodelijk zijn (7). Daarnaast kunnen spanningen binnen de familie contraproductief zijn en de kans op drinken vergroten (23). De mogelijk uitlokkende factoren zijn uiteraard ook vaker aanwezig binnen de thuissituatie.

Deze nadelen kunnen voor een deel vermeden worden door een intensieve, dagelijkse begeleiding en het engagement van een of meerdere steunfiguren.

Echte thuisontwenning, waarbij de begeleider een of meerdere keren aan huis komt, is een dure interventie in vergelijking met een ambulante setting of dagbehandeling. Deze interventie wordt dus best gereserveerd voor patiënten met ernstige mobiliteitsproblemen. Een mogelijk toekomstige belangrijke groep vormen hierbij ouderen met een alcoholafhankelijkheidsprobleem. Ook als uithuizigheid, o.m. vanwege zorg voor kinderen, moeilijk is, lijkt een thuisontwenning aangewezen (36).

Het huidig pilootproject heeft belangrijke beperkingen. De hier bestudeerde groep is extreem klein en de gemeten effectiviteit beperkt zich tot het realiseren van een veilige ontwenning. Hoewel dit op zich een belangrijke stap is,

is dit geen indicatie voor een herstel op lange of middellange termijn. Verder onderzoek is dus aangewezen. Grotere groepen en follow-up-onderzoek zijn hierbij noodzakelijk.

Besluit

Het huidige pilootproject toont aan dat een ambulante ontwenning op een veilige en gezondheidseconomisch vriendelijke wijze haalbaar is, voor een belangrijk deel van de patiënten met een alcoholafhankelijkheid. Bevraging van zowel de patiënten, hun familie als de andere zorgverstrekkers uit de regio toont ook dat hieraan nood is.

Verder onderzoek is aangewezen, niet alleen gericht op de effectiviteit op langere termijn maar ook met het oog op het vastleggen van bruikbare indicatiecriteria en het ontwikkelen van richtlijnen die de zorg op een rationele en wetenschappelijk onderbouwde wijze kunnen helpen sturen.

Abstract

Outpatient detoxification in alcohol dependence: a review of the literature and results from a pilot study

In this article we examine the safety, effectiveness and feasibility of an ambulant detox-

ification program for alcohol dependent patients.

A literature study was carried out by searching the Medlinedatabase and the VAD library (Vereniging voor alcohol en andere drugproblemen) and by using the snowball method. A (limited) clinical pilot study, sponsored by the Belgian federal government, a satisfaction assessment of patients and their family and an interrogation of caregivers in the region (general practitioners and psychiatrists in a psychiatric service of a general hospital) were executed.

In the literature we found evidence that outpatient day care and home detoxification are as effective and safe as residential detoxification. These results were confirmed by our own clinical pilot study ($n = 10$). Patients ($n = 9$) and their family ($n = 4$) showed a high satisfaction rate and general practitioners ($n = 20$) and psychiatrists ($n = 2$) reported a need for such an ambulant detoxification program in the region. We found strong evidence that ambulant detoxification is more cost-effective than residential detoxification (ratio 1:4).

Although the overall results were positive for ambulant detoxification, not all patients can be included in this program. Further research, with larger samples, is necessary, concerning long-term effects, clinical guidelines and indication criteria.

LITERATUUR

1. BIJL RV, VAN ZESSEN G, RAVELLI A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. Ned Tijdschr Geneesk 1997; 141: 2453-2460.
2. MCKENNA M, CHICK J, BUXTON M, HOWLETT H, PATIENCE D, RITSON B. The SECCAT survey: I. The costs and consequences of alcoholism. Alcohol Alcohol 1996; 31: 565-576.
3. SCHERLE T, CROISSANT B, HEINZ A, MANN K. Outpatient alcohol detoxification. Nervenarzt 2003; 74: 219-225.
4. SAITZ R, O'MALLEY SS. Pharmacotherapies for alcohol abuse. Withdrawal and treatment. Med Clin North Am 1997; 81: 881-907.
5. SOYKA M. General practitioner plays a central role as case manager. Diagnosis and therapy of alcoholism. MMW Fortschr Med 2003; 145: 40-42.
6. PRATER CD, MILLER KE, ZYLSTRA RG. Outpatient detoxification of the addicted or alcoholic patient. Am Fam Physician 1999; 60: 1175-1183.
7. COOPER DB. Alcohol home detoxification. Can Nurse 1995; 91: 35-39.
8. STOCKWELL T, BOLT L, MILNER I, PUGH P, YOUNG I. Home detoxification for problem drinkers: acceptability to clients, relatives, general practitioners and outcome after 60 days. Br J Addict 1990; 85: 61-70.
9. WINTERS L, MCGOURTY H. Alcohol services in Chester and Ellesmere Port. Observatory Report Series No. 22. Liverpool: Liverpool Public Health Observatory, 1994.
10. KANER EF, MASTERSON B. The role of GP treating alcohol dependent patients in the community. J Substance Misuse 1996; 1: 132-136.
11. ALTERMAN AI, HAYASHIDA M, O'BRIEN CP. Treatment response and safety of ambulatory medical detoxification. J Stud Alcohol 1987; 49: 160-166.
12. STOCKWELL T, BOLT L, MILNER I, RUSSEL G, BOLDERSTORM H, PUGH P. Home detoxification from alcohol: its safety and efficacy in comparison with inpatient care. Alcohol Alcohol 1991; 26: 645-650.
13. BARTU A, SAUNDERS W. Domiciliary detoxification: a cost effective alternative to inpatient treatment. Aust J Adv Nurs 1994; 11: 12-18.

14. SOYKA M, HORAK M. Ambulatory detoxification of alcoholic patients – evaluation of a model project. *Gesundheitswesen* 2000; 62: 15-20.
15. ABBOTT PJ, QUINS D, KNOX L. Ambulatory medical detoxification for alcohol. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1995; 21: 549-563.
16. ALLAN C, SMITH I, MELLIN M. Detoxification from alcohol: a comparison of home detoxification and hospital-based day patient care. *Alcohol Alcohol* 2000; 35: 66-69.
17. BENNIE C. A comparison of home detoxification and minimal intervention strategies for problem drinkers. *Alcohol Alcohol* 1998; 33: 157-163.
18. GREENWOOD GL, WOODS WJ, GUYDISH J, BEIN E. Relapse outcomes in a randomized trial of residential and day drug abuse treatment. *J Subst Abuse Treat* 2001; 20: 15-23.
19. FINNEY JW, HAHN AC, MOOS RH. The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction* 1996; 91: 1773-1796.
20. MUNDLE G, BRUGEL R, URBANIAK H, LANGLE G, BUCHKREMER G, MANN K. Short- and medium-term outcome of outpatient treatment of alcohol dependent patients. A 6-, 18- and 36-month follow-up. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2001; 69: 374-378.
21. CHICK JD. Death during alcohol withdrawal. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 853.
22. FULLER RK, HILLER-STURMHOFEL S. Alcoholism treatment in the United States. An overview. *Alcohol Res Health* 1999; 23: 69-77.
23. WATTS M. The significance of drinking context for home detoxification. *Nurs Stand* 2001; 15: 33-37.
24. FLEEMAN ND. Alcohol home detoxification: a literature review. *Alcohol Alcohol* 1997; 32: 649-656.
25. BERG BJ, DUBIN WR. Why 28 days? An alternative approach to alcoholism treatment. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41: 1175-1178.
26. KLINSMA MP, CAMERON ML, BURNS TP, MCGUIGAN SM. Out-patient alcohol detoxification-outcome after 2 months. *Alcohol Alcohol* 1995; 30: 669-673.
27. COOPER DB. Home detoxification and assessment. Oxford: Radcliff Medical Press, 1994.
28. COLLINS MN, BURNS T, VAN DEN BERK PA, TUBMAN GF. A structured programme for out-patient alcohol detoxification. *B J Psychiatry* 1990; 156: 871-874.
29. DEPREITERE J, VAN DEN AMEELE H, DE BISSCOP E, ISEBAERT L. Korte oplossingsgerichte systemische aanpak van probleemdrinkers en alcoholafhankelijken op een poliklinisch ontwenningencentrum. *Tijdschr Geneesk* 2002; 58: 651-659.
30. BENNIE C. Home detoxification service for problem drinkers: a pilot study. *Alcoholism: The Quarterly Newsletter for Medical and Allied Professions* 1992; 1: 1-3.
31. MADDEN S, PLANT MA, BENNIE C, PLANT ML. Home detoxification for problem drinkers: a female-friendly approach? *J Subst Use* 2000; 5: 106-111.
32. MYRICK H, BRADY KT, MALCOLM R. New developments in the pharmacotherapy of alcohol dependence. *Am J Addic* 2001; 10 (Suppl): 3-15.
33. BRESLIN CF, SOBELL MB, SOBELL LC, BUCHAN G, CUNNINGHAM JA. Towards a stepped care approach to treating problem drinkers: the predictive utility of within treatment variables and therapist prognostic ratings. *Addiction* 1997; 2: 1479-1489.
34. American Society of Addiction Medicine. Patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders, second edition-revised (ASAM PPC2-R). Washington DC: American Society of Addiction Medicine, 2001.
35. HAYASHIDA M, ALTERMAN AI, McLELLAN AT, et al. Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxification of patients with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndrome. *N Engl J Med* 1989; 320: 358-365.
36. RAISTRICK D. Alcohol withdrawal and detoxification. In: Heather N, Peters TJ, Stockwell T, eds. *International handbook of alcohol dependence and problems*. New York: Wiley Publishers, 2001.