

Erratum bij RIOB; Richtlijn Opiatonderhoudsbehandeling, januari 2006

Inhoudsopgave

>	Hoofdstuk 4	p.	69
>	Hoofdstuk 6	p.	129
>	Gebruikte literatuur	p.	138
>	Woordenlijst	p.	141

Hoofdstuk 2

- > In bijlage 1 van hoofdstuk 2 (blz. 26-31; de patiëntprofielen in de methadonverstrekking in Nederland) is het subprofiel 3.1 de 'zorgwekkende zorgzoeker' weggevalen

Hoofdstuk 3

- > Verwijzing naar bijlage 5 onder 3.1 moet zijn bijlage 4

Literatuurstudie Buprenorfine

- > Inhoudsopgave (p.175):

3.3 Individuele studies

3.4 Overige studies

- > Bijzondere tekens p.167, onder 1.2 zie tekst hieronder

1.2 Buprenorfine

Buprenorfine is een semi-synthetische opiaatderivaat gemaakt van thebaine (één van de vele alkaloiden die natuurlijk aanwezig zijn in opium). Opiaten worden geclassificeerd op basis van affiniteit voor bepaalde receptor subtypes, die ieder hun eigen effecten laten zien. De verschillende receptorsubtypen en hun gemedieerde effecten zijn: 1) μ -opioïd receptor, centraal analgetische effecten 2) κ -opioïd receptor, dysfore en sedatieve effecten 3) δ -opioïd receptor, perifere analgetische effecten en 4) σ -opioïd receptor, specifieke nonthermale pijnreacties. Opiaten zoals bijvoorbeeld heroïne grijpen met name aan op de μ -opioïd receptor. (Davids en Gastpar, 2004)

Buprenorfine grijpt in eerste instantie aan als partiële agonist op de μ -opioïd receptor. Een partiële agonist combineert zowel agonistische als antagonistische eigenschappen en laat een verminderde intrinsieke activiteit zien in vergelijking met pure agonisten. Door de verminderde intrinsieke activiteit als gevolg van aangrijpen van buprenorfine wordt het analgetische effect van de stof veel kleiner of het blijft geheel uit. (Davids en Gastpar, 2004)

Verder heeft buprenorfine ook de eigenschappen van een κ -opioïd receptor antagonist, maar vertoont daarbij geen intrinsieke effectiviteit. Dit houdt in dat buprenorfine blokkering van de κ -opioïd receptor kan bewerkstelligen, wat mogelijk leidt tot een antidepressief effect van buprenorfine. Tenslotte heeft buprenorfine een zeer lage affiniteit voor de δ -opioïd receptor en geen affiniteit voor de σ -opioïd receptor. (Davids en Gastpar, 2004)

Door de krachtige affiniteit van buprenorfine voor de μ -opioïd receptor zou buprenorfine een goed opiaatvervangend medicament bij opiaatafhankelijkheid kunnen zijn in het kader van onderhoudsbehandeling. Verder bewerkstelligt buprenorfine als partiële agonist een verminderde intrinsieke activiteit, waardoor bijwerkingen en verslavende effecten hypothetisch minder aanwezig zullen zijn (Fiellin et al., 2004). Buprenorfine wordt in het algemeen voorgeschreven in een sublinguale tabletvorm. De inhoud bevat als hoofdbestanddeel buprenorfine, maar ter voorkoming van misbruik van de tabletten is daar soms naloxon aan toegevoegd in een 4:1 ratio voor respectievelijk buprenorfine en naloxon. (Fudala et al., 2003)

- > P. 179 ? moet zijn kleiner of gelijk teken
- > P. 185 na 2) moet zijn α_2 -agonisten
- > P. 185 na 3 moet zijn: Naloxon werkt als een competitieve antagonist op de μ -, κ -, en σ -receptoren het centraal zenuwstelsel.
- > P. 188 ? onderaan bladzijde moet zijn κ -opioïd receptoren.

Literatuurstudie co-morbiditeit AS I

- > Opsomming die op p. 211 begint moet doorlopen op p.212 (punt 6 en 7)
- > P. 218 achter studie van Limbeel moet voor eerste getal 'man-teken' staan, voor tweede getal een 'vrouw-teken'.
- > P. 223 onder 3.1.4 De bestudeerde studies toonden aan dat 1/3 tot 2/3 van de patiënten voldoen aan de criteria voor persoonlijkheidsstoornis (i.p.v. de vraagtekens).

Colofon

- > ? op p. 255 moet € zijn.

Profiel 3	Kenmerken verslaving en verslavingsgedrag	Subprofiel 3.1	Algemene kenmerken subprofiel 3.1	Kenmerken hulpverlening
<p>Scene bewoner</p>	<p>Gebruikt dagelijks veel en van alles: koop en gebruikt in de scene (is afhankelijk van de scene), methadon op de zwarte markt</p> <ul style="list-style-type: none"> — Heeft lichamelijke klachten; uitputting en ondergewicht — Heeft psychische klachten; trauma's in eerder leven — Vaak sprake van algehele verwaarlozing (gebit, lichamelijke zorg en zelfverzorging) en geen vermogen om hier iets aan te doen — Geen of weinig contacten met familie en niet gebruikende vrienden — Weinig contacten met de hulpverlening — Vaak geen werk of geen intentie om werk te zoeken — Woont en leeft in de scene, heeft alle contacten daar en vaak geen woonruimte — Verwerft inkomen in de scene, heeft geen uitkering en is niet verzekerd 	<p>Zorgzoeker: zorgwekkende</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Heeft een sterke afhankelijkheid en volledig afwezig inzicht — Heeft geen agenda bij contacten met hulp — Kan geen doelen/uitgangspunten expliciet maken — Beseft niet dat hij/zij als patiënt zich een bepaalde opstelling eigen moeten maken — Komt in interacties met hulp onmogelijk tot onderhandeling over doelen, wensen of problemen — Kans op uitval is erg groot — Heeft geen inzicht in eigen situatie — Komt moeilijk tot reflectie — Cyclus hulpvragen, opname en uitsluiting herhaalt eendeloos: frustratie patiënt en hulpverlener +++ 	<p>Doel van de hulpverlening moet zijn: beperking van de overlast en hulp bij acute en chronische psychische, somatische en sociale problemen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bemoediging die is ingebed in de basiszorgvoorzieningen zoals Methadonpost, Dagcentrum, Nachtopvang en gebruikersruimte. Met een actieve benadering waarbij de hulpverlener zich niet richt op de eigen verantwoordelijkheid van de verslaafde patiënt maar zich richt op het insluiten in de hulpverlening en zo de gevolgen van gedrag probeert te verduidelijken ■ Medicatieverstrekking dagelijks op locatie, via de post of door outreachende hulp <ul style="list-style-type: none"> □ outreachende intensieve praktische hulp inclusief medicatieverstrekking; zorg op maat □ groepsgericht begeleid wonen, gezonde sociale contacten en regelmatig leven □ werkprojecten, structuur in dagelijkse leven □ nachtopvang

Profiel 3	Kenmerken verslaving en verslavingsgedrag	Subprofiel 3.2	Algemene kenmerken subprofiel 3.2	Kenmerken hulpverlening
<p>Scene bewoner</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Gebruikt dagelijks veel en van alles: koop en gebruikt in de scene (is afhankelijk van de scene), methadon op de zwarte markt — Heeft lichamelijke klachten; uitputting en ondergewicht — Heeft psychische klachten; trauma's in eerder leven — Vaak sprake van algehele verwaarlozing (gebit, lichamelijke zorg en zelfverzorging) en geen vermogen om hier iets aan te doen — Geen of weinig contacten met familie en niet gebruikende vrienden — Weinig contacten met de hulpverlening — Vaak geen werk of geen intentie om werk te zoeken — Woont en leeft in de scene, heeft alle contacten daar en vaak geen woonruimte — Verwerft inkomen in de scene, heeft geen uitkering en is niet verzekerd 	<p style="text-align: center;">Zorgmijder: zorgwekkende</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Heeft een onvermogen om toekomstplannen te maken en te funderen — Is niet in staat om positieve identiteiten te construeren — Kan geen eenduidig verhaal over eigen leven te maken — Heeft geen grip op structuren om zich heen — Kan geen gebruik maken van de hulpverlening — Het marginaliseren cumuleert 	<p>Doel van de hulpverlening moet zijn: beperking van de overlast en hulp bij acute en chronische psychische, somatische en sociale problemen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bemoediging die is ingebed in de basiszorgvoorzieningen zoals Methadonpost, Dagcentrum, Nachtopvang en gebruikersruimte. Met een actieve benadering waarbij de hulpverlener zich niet richt op de eigen verantwoordelijkheid van de verslaafde patiënt maar zich richt op het insluiten in de hulpverlening en zo de gevolgen van gedrag probeert te verduidelijken ■ Medicatieverstrekking dagelijks op locatie, via de post of door outreachende hulp <ul style="list-style-type: none"> □ outreachende intensieve praktische hulp inclusief medicatieverstrekking; zorg op maat □ groepsgericht begeleid wonen, gezonde sociale contacten en regelmatig leven □ werkprojecten, structuur in dagelijkse leven □ nachtopvang