**ADHD behandeling in de eerste lijn**

**Videoscript 1: Introductie**

**1.1 De Titelpagina (‘ook wel ‘Landingspagina’ genoemd)** enwaar alle relevante praktische informatie over de training is samengevat, kun je vinden onder deze link.

**We beginnen even met de vraag: Waar gaat deze training eigenlijk over:**

* Welnu, deze training gaat over het diagnosticeren en behandelen van enkelvoudige ADHD in de eerste lijn, voor dat je gaat verwijzen naar de GGZ.
* En met enkelvoudige ADHD wordt dan bedoeld ADHD zonder allerlei andere problemen en dus met geen of weinig co-morbiditeit …
* Waarom, nou ja omdat je die maar beter wel meteen kunt verwijzen omdat daar vaak allerlei extra gedoe achter weg komt.
* Maar die mensen met op zichzelf staande ADHD, zonder al te veel andere problemen, die kun je misschien eerst een proefbehandeling met medicatie van een paar weken aanbieden, omdat dat heel vaak de problemen een heel stuk vermindert en ze dan vaak niet meer verwezen zouden hoeven te worden.
* En mocht je proefbehandeling niet aanslaan of er toch allerlei extra problemen achterweg komen dan kun je immers altijd alsnog verwijzen.

**1.2 Dan even iets over de doelgroep:** Voor wie is deze training is in eerste instantie bedoeld ? Ik heb bij het maken van deze training de volgende mensen voor ogen gehad:

* POH-ers onder supervisie van de HA
* Verpleegkundig specialisten.
* Andere voorschrijfbevoegden (Jeugdartsen, basisartsen, kinderartsen, etc.)

Dus als je je herkent in een van deze groepen en je wilt wel eens wat meer weten over de mogelijkheden om zelf mensen met enkelvoudige ADHD te behandelen, dan is deze training geschikt voor jou.

**1.3 Eerst moeten we een even stil staan bij het probleem waar deze module een oplossing voor beoogt te bieden:**

* In essentie gaat het dan om de onverantwoord lange en alsmaar groeiende wachtlijsten in de GGZ.
* Erg veel kinder- en jeugdigen maar ook volwassenen hebben klachten die men in classificatorische zin zou kunnen scharen onder de classificatie AD(H)D.
* Al die mensen worden verwezen naar (kinder- en jeugd-) psychiaters of volwassen psychiater wiens praktijken al snel vollopen, met lange wachtlijsten tot gevolg waardoor je daar al snel niet meer terecht kunt.
* Ook omdat deze mensen vaak jaren bij hen onder controle blijven i.p.v. dat ze worden terugverwezen naar de huisarts/ POH voor de halfjaarlijkse medicatiecontroles (bloeddruk, pols en gewicht en het voorschrijven van herhaalrecepten) en het dossier bij de psychiater weer gesloten kan worden, waarna er dus weer ruimte ontstaat voor nieuwe patiënten.
* Natuurlijk voegt het langjarig volgen van de ontwikkeling van bijv. kwetsbare jongeren door de GGZ, vooral tijdens life-events en overgangen van de Basisschool naar de middelbare school, het uit huis gaan, zelfstandig wonen, vervolgopleiding, relaties, etc.), wel iets toe, maar lang niet altijd in een mate dat je dat standaard bij iedereen zou moeten doen.
* En als de nood aan de man is en er alsmaar langere wachtlijsten en personeelstekorten ontstaan, moeten er andere afwegingen worden gemaakt en andere prioriteiten worden gesteld.
* In feite gaat er dan iets spelen van ‘Als het niet kan zoals het moet, dan moet het maar zoals het kan’. En als het dan later weer beter gaat met die wachtlijsten, dan kun je de boel altijd weer gedeeltelijk terugdraaien zodat het beheersbaar blijft.
* Het mooiste zou zijn als dit soort beleid niet star vast ligt, zo van zo doen we dan nu eenmaal, zo hebben we het altijd gedaan en zo blijven we het dus ook maar doen, maar dat dat flexibel kan worden aangepast aan de omstandigheden. Dus als de wachtlijsten oplopen dat er dan wat meer proefbehandelingen in de 1e lijn worden ingezet en wat minder wordt verwezen en als de wachtlijsten weer afnemen, er wat sneller kan worden verwezen.

**1.4 En dan komen we meteen bij een mogelijke oplossing die deze training beoogt te bieden voor dat problemen van die dichtslibbende wachtlijsten:**

* Dat selectiever verwijzen naar de GGZ kan bijv. door scherper te definiëren wie wel naar de tweede lijn verwezen moet worden en bij wie men in eerste instantie ook heel wel een proefbehandeling binnen de eerste lijn zou kunnen overwegen om pas, nadat e.e.a. niet voldoende of niet het gewenste resultaat blijkt te hebben, alsnog te verwijzen.
* Deze module probeert daarin te voorzien en een aanzet te geven om over dergelijke prioritering en flexibilisering in de zorg na te gaan denken, wellicht ook of misschien zelfs wel eerder nog, op heel andere gebieden dan de ADHD-zorg, die ik hier dan ook slechts als voorbeeld en pilot heb gebruikt omdat ik nu toevallig in die hoek werkzaam ben.
* Maar het principe kun je dus ook vertalen naar andere gebieden waar je zelf misschien beter in zit. Maar ik beperk mij dus maar even tot de behandeling van ADHD.
* Deze training gaat mn over medicamenteuze behandeling die je pas inzet nadat psychologische interventies als psycho-educatie en CGT onvoldoende soelaas hebben geboden.
* Er van uit gaande dat dat inderdaad het geval is, is dan de volgende stap het instellen op een proefbehandeling middels Methylfenidaat (Ritalin) volgens opbouwschema gedurende drie weken onder registratie van de te verwachten effecten.
* Daarvoor moeten we eerst even stil staan bij het IEZES schema.
* Vervolgens leg je de patiënt het opbouwschema voor de tweede week uit en vraagt hem die de komende drie weken bij te houden. Daarnaast nog een partner of i.g.v. kind de leerkracht op school.
* Je schrijf een recept uit voor drie weken.
* Maakt een afspraak voor over drie weken om het effect te evalueren adhv de ingevulde scorelijsten.
* Je besluit samen met de betrokkenen of de voordelen opwegen tegen de nadelen en of ze er wel of niet mee door zullen gaan.
* In dat geval breng je de optie van XR preparaten ter sprake.
* Als het onvoldoende effect heeft overweeg je ev. nog Dexamphetamine, Strattera of Guanfacine
* Maar als dat ook onvoldoende werkt, dan verwijs je alsnog naar de tweede lijn.
* Kinderen met ADHD onder de 6 jaar verwijs je overigens sowieso naar de 2e lijn en ga je niet zelf medicamenteus behandelen.
* Op deze manier zullen heel veel mensen niet meer naar de duurdere 2e lijn te hoeven worden verwezen, kunnen we met minder mensen in de tweede lijn doen wat niet in de eerste lijn gedaan kan worden, blijven we beschikbaar voor de meer complexere gevallen, verkort dat de wachtlijsten en slipt de boel niet dicht.
* Kortom: alleszins de moeite van het overwegen en wellicht een pilot van een half jaar waard om nadien te evalueren en op grond van de bevinden te besluiten e.e.a. al dan niet in aangepaste vorm voort te zetten.