**1.5 Downloaden van de bestanden**

**Als je nog steeds denkt dat deze training iets voor jou is en je hem wilt gaan volgen, dan even wat praktische zaken waardoor het volgens van deze training een stuk makkelijker wordt. Dat heeft te maken met het vooral alvast downloaden van een aantal relevante documenten die je dan alvast in een tastbare vorm bij de hand hebt.**

* Het ligt nl in de aard van een e-learningtraining besloten dat alles op het beeldscherm verschijnt en even later weer verdwijnt om plaats te maken voor een andere tekst of afbeelding, omdat nu eenmaal niet meer dan 1 of 2 documenten tegelijkertijd op een beeldscherm kunnen worden gepresenteerd.
* Toch is het wel handig om van alle relevante zaken die je op het scherm ziet verschijnen ook ‘Hardcopy’ versies in en bij de hand hebt.
* Daarom zou ik als ik jou was, eerst even alle relevante bestanden op de downloadpagina downloaden en uit printen zodat je ze tijdens de training bij de hand hebt en niet telkens terug hoeft naar een vorige les.
* Je kunt ze uiteraard ook per les uitprinten ipv allemaal in een keer. Kijk maar wat voor jou het beste werkt.
* Hier zie je die downloadpagina met alle documenten. De belangrijkste om tijdens de training bij de hand te hebben, heb ik even geel gemarkeerd. Als je die in elk geval even downloadt en uitprint, dan kun je voorlopig vooruit. De rest kun je dan altijd later nog doen als ze aan de orde komen.
* Zodra je die uitgeprint hebt, gaan we echt van start en gaan we verder met de vraag hoe je de patiënten met Enkelvoudige ADHD die je eerst een proefbehandeling zou kunnen aanbieden, alvorens te verwijzen, kunt herkennen en opsporen en welke patiënten je maar beter meteen kunt verwijzen. Het hoofdstuk over ‘Selectie van patiënten met ADHD voor de 1e en 2e lijn’.
* Nu eerst maar even downloaden en printen.

Videotekst tot hier.

==================

* Het betreft:
  + Het overzicht van de gehele training in de vorm van een mindmap
  + Samenvatting van de hele training (Tekstueel)
  + De videoscripts van de verschillende lessen
  + De semigestructureerde ‘Workflow’ in de vorm van het stroomdiagram
  + AVL (ADHD Vragenlijst)
  + DIVA (Diagnostisch Interview voor Volwassenen met ADHD’ Uitgebreidere ADHD vragenlijst met ook aandacht voor het beloop van de klachten gedurende de levensloop en dus van jongs af aan).
  + Voorbeelden recepten van:
    - Methylfenidaat kortwerkend 4 uur **(Ritalin)**
    - Methylfenidaat middellang werkend (6 uur met een piekje in de ochtend) **Medikinet**
    - Methylfenidaat middellang werkend (8 uur met een piekje in de middag) **Equasym**
    - Methylfenidaat XR 12 uur **(Concerta)**
    - Dexamfetamine kortwerkend (6 uur) **(Tin Tin)**
    - Lis-dexamfetamine langwerkend (12 uur) **(Elvanse)**
    - Atomoxetine (24 uur) (**Strattera)**
    - Guanfacine (24 uur**) (Intuniv)**
  + Opbouwschema per hele tablet (10 mg) per dag.
  + Opbouwschema per halve tabl (5 mg) per dag (Kinderen < 40 kg)
  + IEZES-schema = ‘Interventie Effect Zelf Evaluatie Schaal’).
    - Ingevuld voorbeeld
    - Leeg (in te vullen) schema
    - Toelichting volwassenen
    - Toelichting kind- en jeugd.
  + Toets/ Zelfevaluatievragen.
  + Referenties/ Verwijzingen.

===============

**(Volgende stuk is exact hetzelfde als document 3 over diagnostiek)**

**Selectie van patiënten voor de 1e en 2e lijn:**

* Dat begint met een inschatting die uiteraard op elk moment tijdens de rit kan worden bijgesteld.
* Zoals gezegd lopen er erg veel kinderen/ jeugdigen, maar ook volwassenen hebben klachten die men in classificatorische zin zou kunnen scharen onder classificaties als AD(H)D.

* Dat wil overigens niet zeggen dat er dan in alle gevallen ook in diagnostische zin sprake is van ADHD.
* Dat komt voornamelijk omdat de criteria voor ADHD erg aspecifiek geformuleerd zijn. Ik heb zelf bijv. helemaal geen ADHD maar als ik een nacht niet geslapen heb voldoe ik ook al snel aan de criteria.
* En dat geldt voor heel veel zaken. Als je om welke reden dan ook niet ‘lekker in zijn vel’ zit, bijv. als je angstig bent, somber, tegen een burn-out aan zit, psychotisch bent, relatieproblemen hebt of een PTSS, dan kun je je al snel niet goed concentreren en/ of ben je onrustig en voldoe je in classificatorische zin al snel aan de criteria van AD(H)D waarbij je je dus kunt afvragen of dat dan wel echt zo is (primair) en of er dus in diagnostische zin ook sprake is van ADHD of dat de kenmerken eerder secundair aan andere problemen (en dus of de nadruk ligt op een ‘Nature’ [aanleg/ ‘hardware’] of ‘Nurture’ [omstandigheden/ ‘software’] probleem.
* Een belangrijk onderscheid is daarom het beloop in de tijd en dus de vraag of de klachten al van jongs af aan bestaan (<6e jaar) en ook al aanwezig waren toen er nog geen sprake was van de bovengenoemde omstandigheden.
* Het onderscheid tussen classificatie en diagnose kun je je het beste voorstellen als een boom, bestaande uit wortels, een stam, hoofdtakken, steeds fijnere vertakkingen en uiteindelijk de bladeren, waarbij de bladeren de symptomen en verschijnselen voorstellen en de takken psychologische kwetsbaarheiden, de hoofdtakken neuro-psychologische kwetsbaarheden, de stam de genen en de wortels de familiaire kwetsbaarheden. (Waarbij je zo’n metafoor natuurlijk ook nog kan uitbreiden naar aspecten als licht en ruimte, water en voedingsstoffen die bijv. voor opvoedingsaspecten staan).
* Classificeren is in deze beeldspraak te vergelijken met het van buitenaf tegen die boom aankijken en bladeren tellen waarbij we hebben afgesproken dat je van ADHD spreekt als je bijv. 6 of meer van de 9 bladeren hebt aan de tak concentratiezwakte en 6 of meer van de 9 van de tak impulsiviteit/ hyperactiviteit.
* Theoretisch betekent dat dat er maar liefst 9x8x7x6x5x4 = 60.480 in het kwadraat = 3,6 miljard (!) mogelijke combinaties zijn die allemaal ADHD worden genoemd. Als zulks al geldt voor zoiets relatiefs eenvoudigs als ADHD wat dan te denken van ASS, depressie of psychotische stoornissen en vraag je je af wat die classificaties eigenlijk zeggen?
* Gelukkig is het in de praktijk niet zo dramatisch omdat veel van die symptomen samenhangen en je meer naar overkoepelende constructen kijkt.
* Toch kan het geen kwaad hier ooit eens even bij stil te hebben gestaan waarna we dan nu weer parkeren en teruggaan naar de praktijk van alle dag.
* Zoals gezegd is classificeren dus te vergelijken is met het van de buitenkant naar bomen kijken en bladeren tellen (waarbij je dus al wel aan je water aanvoelt dat bepaalde bladeren waarvan je voor het gemak maar aanneemt dat ze een eenzelfde tak hangen, in werkelijkheid heel wel aan verschillende takken kunnen hangen), is diagnosticeren te vergelijken met het beschrijven van de problemen op het niveau van de takken en bij voorkeur van de stam en de wortels waarbij je ook nog probeert iets te zeggen over de hoeveelheid licht, de ruimte, water en voedingsstoffen en dus de omstandigheden waaronder de boom is gegroeid van eikel of zaadje tot boom en die wellicht verklaart waarom hij scheef gegroeid is, aan een kant dode takken heeft of kale plekken in de kruin.
* Het zou mooi zijn als dat bij iedereen uitgebreid in kaart zou worden gebracht maar dat is lang niet altijd nodig, bijv. omdat het vaak gaat om voldongen feiten die niet meer teruggedraaid of ongedaan gemaakt kunnen worden en/ of geen consequenties hebben voor de behandeling.
* Zeker in tijden van schaarste van middelen (beschikbaar personeel/ hulpverlening) is het van belang te onderscheiden voor wie dat wel en voor wie dat minder of niets toevoegt (of het zelfs erger kan maken).
* In concreto gaat het dan om de vraag hoe je de mensen die moeten worden verwezen naar de tweede lijn onderscheidt van hen voor wie dat weinig toevoegt.
* Behalve een inschatting omtrent primaire of secundaire aard van de klachten, het beloop in de tijd en een ev. familiaire (genetische) kwetsbaarheid, is ev. comobiditeit ook van belang om te beslissen of je een patiënt eerst een proefbehandeling aanbiedt of die stap overslaat en meteen gaat verwijzen.
* Het is daarbij goed om te weten dat ADHD in 75% van de gevallen gepaard gaat met tenminste 2 andere psychiatrische problemen en dus meestal niet alleen komt.
* Je moet dan denken aan Angst en depressie (xx%), verslaving, etc.
* Om de ongecompliceerde primaire ADHD zonder comorbiditeit, die je in aanmerking wilt laten komen voor een proefbehandeling alvorens te verwijzen, te selecteren uit de grote groep van mensen met meervoudige problemen van allerlei andere aard, kan het volgende stroomdiagram behulpzaam zijn:

**Stroomdiagram:**

* Kom je uit op verwijzing naar de 2e lijn dan doe je daar inderdaad het beste aan en houdt de module hierop.
* Kom je uit op ‘Zelf een proefbehandeling middels MPH instellen’, ga dan verder met de module die je aan de hand neemt en je vertelt hoe je dat kunt doen.
* De volgende stap is het laten invullen van een uitgebreidere vragenlijst (DIVA) die o.a. ook het beloop in de tijd in kaart brengt. Net zo belangrijk is dat het de patiënt concepten aanreikt om systematischer over zijn klachten te kunnen deken en prakten bijv. met belangrijke derden, wat vaak resulteert in een gevoel van erkenning en meer controle waardoor er vaak ook al beter mee te leven valt en de lijdensdruk dus afneemt.