

De eerste lijn moet hier affiniteit mee hebben, die is de spil in het systeem

ADHD-zorg: multidisciplinaire aan

Bij kinderen of jongeren waar ADD of ADHD wordt geconstateerd, is vaak sprake van een samenspel van factoren thuis, op school of in de vrije tijd. Dat maakt de kans op onder- of overdiagnose groot, net als de risico's op te beperkte behandeling of juist te lang of te zwaar. Kan een multidisciplinaire invulling van ADHD-zorg dit ondervangen? Welke oplossingen kan dat bieden? Hoe kun je dit organiseren en onder welke voorwaarden is dit succesvol? Twee praktijkvoorbeelden, in Achterveld en in Uithoorn, illustreren de ins en outs van een multidisciplinaire ADHD-aanpak.

In de eerste plaats: er is geen blauwdruk voor de inrichting van ADHD-zorg. Dat is afhankelijk van te veel factoren. De grootte van stad, wijk of dorp. De ketenzorg die al georganiseerd is. De mate waarin eerstelijnszorg, basis GGZ, specialistische GGZ, gemeente, scholen en maatschappelijke organisaties samenwerken. Feit is dat er – sinds de decentralisaties en transitie in de zorg twee jaar geleden zijn ingezet – allerlei *bottom-up* initiatieven voor samenwerking zijn gestart. In Een was daar benieuwd naar en vroeg in een van haar nieuwsbrieven aan de leden naar de ervaringen met multidisciplinaire ADHD-zorg.

Beslisboom

Gezondheidscentrum De Heelkom in Achterveld, een dorpje met 2500 inwoners tussen Barneveld en Amersfoort, reageerde enthousiast op die oproep. De Heelkom bestaat al bijna dertig jaar en sinds enkele jaren is Annemarie Drenth er een van de huisartsen. Onder andere met eerstelijnspsycholoog Rein Westerduin werkte ze aan een multidisciplinair protocol voor het zorgaanbod voor kinderen met ADHD. Dat begon zo'n twee jaar geleden. "Zo'n concreet onderwerp was meteen een goede aanleiding om de samenwerking met het sociaal team aan te jagen", zegt Annemarie Drenth. In Achterveld is er van oudsher een cultuur van overleg tus-

sen zorgorganisaties, maatschappelijke werk, gemeente en scholen. "Er was bijvoorbeeld altijd al een medewerker Wmo in ons centrum. Nu is dat weer heel modern", zegt ze lachend.

Er werd al gewerkt met multidisciplinaire protocollen voor zorg bij kindermishandeling en overgewicht. En analoog daaraan ontstond het plan om de AD(H)D-zorg te stroomlijnen, vertelt Rein Westerduin. "Er was behoefte om een ge-

zamenlijke visie te ontwikkelen, onder andere met de scholen hier in Achterveld." Want problemen ontstaan uit een samenspel van factoren en daarom is samenwerking wenselijk. Als voorbeeld noemt hij een jongen van veertien jaar die wordt aangehouden omdat hij een brommer heeft gestolen. Hij blijkt bij meer instanties bekend te zijn. "Dan moet je alle factoren onderzoeken. Is er sprake van ADD of ADHD. Kan hij daarmee *'copen'*? Of is er iets anders aan de hand?"



In Achterveld is er van oudsher een cultuur van overleg tussen zorgorganisaties, maatschappelijk werk, gemeente en scholen

Om dubbel werk te voorkomen, hebben de partijen een beslisboom ontwikkeld. Kinderen met geringe beperkingen en/of op enkelvoudig gebied gaan naar het Centrum voor Jeugd en Gezin of het sociaal team. Een triageteam kan ze van daaruit eventueel doorverwijzen naar de basis GGZ voor diagnostiek kort traject of uitgebreide diagnostiek. De bekostiging daarvan gebeurt via contract met de gemeente. Op verdenking van stoornis komen ze bij de POH-GGZ jeugd. Kinderen of jongeren met ern-

pak in de praktijk



Een beslisboom zorgt ervoor dat ieder kind op de juiste plek wordt geholpen.

stige beperkingen op meerdere gebieden worden via de huisarts ook naar de POH-GGZ jeugd verwezen. Daar vindt een inventarisatie van het probleemgedrag plaats en gedragstherapie voor drie maanden. Als er dan problemen blijven, start de huisarts medicatie op met methylfenidaat, eventueel gecombineerd met gedragstherapie. Zo'n tachtig procent reageert hier goed op. Mocht het toch nog nodig zijn, dan is er een verwijzing naar de specialistische GGZ: een kinderpsychiater of kinderarts.

“Dit systeem zorgt er zo veel mogelijk voor dat iedereen op de juiste plek wordt geholpen. Zonder deze beslisboom vallen kinderen een beetje buiten de boot”, zegt Rein Westerduin. “Vroeger moesten we direct doorverwijzen naar de tweede lijn en dan was er altijd een wachttijd van vier tot vijf maanden.

Juist in die maanden worden de problemen snel erger.” Of AD(H)D werd over het hoofd gezien of onderbehandeld. Westerduin ziet bij volwassenen hoe groot de gevolgen daarvan kunnen zijn.

Nacontroles

In Uithoorn wordt al twee jaar gewerkt aan ketenzorg screenen, monitoren en terugvalpreventie bij kinderen en jongeren met AD(H)D, zo vertellen huisarts Lena Apeldoorn en POH-GGZ kinderen en jeugd Nicole Hermans bij De Amstel huisartsen, dat deel uitmaakt van Gezondheidscentrum Waterlinie. “De POH-GGZ verzorgt de screening en eerste diagnostiek voor verwijzing”, legt Lena Apeldoorn uit. “En als het traject in de tweede lijn afgelopen is, dan pakt de POH-GGZ het weer op. Die doet controles na een half jaar en daarna tel-

kens na een jaar.” Nicole Hermans: “We vragen na of alles lekker loopt, of er nog problemen thuis zijn of met gedrag. En we meten gewicht, lengte en bloeddruk. Als het nodig is, dan kunnen we extra training of zorg aanbieden.” Soms wordt er voor een enkel consult terugverwezen naar de tweede lijn, zegt Lena Apeldoorn. “En we proberen altijd te kijken of de medicatie nog effectief is. Zo kunnen we zomaar ongezien verlengen voorkomen; als het mogelijk is bouwen we af.”

Doordat de eerste lijn de nacontrole overneemt, kan de GGZ de behandeling veel sneller sluiten, geven Hermans en Apeldoorn aan. Binnen de drie huisartsenpraktijken van De Waterlinie zijn veertig tot zestig kinderen of jeugdigen opgeroepen, schat Nicole Hermans in. Dan gaat het om gevallen van onge-

Een absolute voorwaarde om een multidisciplinaire samenwerking in de ADHD-zorg te doen slagen, is een gezamenlijke visie die de belangen overstijgt

compliceerde AD(H)D. De gecompliceerde gevallen blijven binnen de tweede lijn. Een groot voordeel is dat het op deze manier zekerder is dat ADHD-patiëntjes na behandeling ook gevolgd blijven worden. Dat geldt voor de behandelaars maar ook voor henzelf: “We doen een actieve oproep en daar wordt goed op gereageerd”, zegt Nicole Hermans. “De meeste patiënten vinden het prettig als ze nog in de gaten worden gehouden.” Het stoppen van medicatie gebeurt nu gelukkig onder begeleiding, concludeert Lena Apeldoorn. “Vroeger deden ze dat vaak zelf en hadden wij er geen weet van.”

Olievlek

Deze werkwijze wordt fifty-fifty gefinancierd door gemeente en zorgverzekeraars, vergelijkbaar met de vergoedingen voor andere taken van de POH-GGZ kinderen en jeugd. De ADHD-zorg is geen pilot, maar een definitief project dat loopt binnen drie huisartsenpraktijken. Binnenkort wordt het uitgebreid naar tien praktijken in Uithoorn. Ook op de Veluwe willen ze gaan uitbreiden, vertelt Annemarie Drenth. Net als in Uithoorn willen ze de opgedane kennis delen. “Het protocol is ook bedoeld voor andere centra. We zijn een samenwerking gestart met

een huisartsgroep in Leusden. We zijn onderdeel van Gezondheidscentra Midden Nederland, en we hebben ons project gepresenteerd tijdens een zorgcafé. Dat werd enthousiast ontvangen. Er was ook kritiek. “Waarom hang je de samenwerking op aan maar één diagnose?”, werd er gevraagd. Maar dat speelt in Achterveld niet. De lijnen zijn hier kort, wij weten elkaar hier altijd wel te vinden.”

De nieuwe aanpak kan als een olievlek werken. Annemarie Drenth gelooft wel in de bottom-up ontwikkeling. Een absolute voorwaarde om een multidisciplinaire samenwerking in de ADHD-zorg te doen slagen is een gezamenlijke visie die de belangen overstijgt, vindt Rein Westerduin. “Alleen dan kan je elkaar sterker maken.” Dat vraagt ook om de juiste attitude in de eerste lijn, benadrukken zowel Lena Apeldoorn als Annemarie Drenth. “Je moet hier als huisarts wel affiniteit mee hebben.” Samen met de POH-GGZ is die de spil in het systeem. Annemarie Drenth: “Als huisarts ken je een familie door en door. Je weet alle somatische klachten, omstandigheden en levensfasen. Dan kun je snel herkennen of een kind of jongere ADHD-klachten heeft of dat er iets anders speelt, of een combinatie daarvan.” <<

Tekst: Leendert Douma

Foto's: Thinkstock



Als huisarts ken je een familie en kun je snel herkennen of een kind of jongere ADHD-klachten heeft of dat er iets anders speelt.