

DEEL 2

PROTOCOL BEHANDELING VAN ADHD BIJ VERSLAVING

2 Het protocol behandeling

2.1 Algemene toelichting

Attention-deficit/hyperactivity disorder (aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit) is een stoornis die onder verslaafden vaak blijkt voor te komen. Na zorgvuldige diagnostiek (zie hiervoor het diagnostiekprotocol) dient adequate behandeling te volgen van ADHD. Deze behandeling dient geïntegreerd te zijn in de gangbare hulpverlening aan verslaafden in de instelling.

Het gegeven dat ADHD geen specifieke kinderstoornis is, maar een stoornis die in veel gevallen blijft bestaan tot in de volwassenheid is in Nederland nog maar kort bekend (Kooij e.a., 1999). De behandeling, en dan met name medicamenteus, lijkt positieve effecten te hebben. De effecten van medicamenteuze behandeling van ADHD bij verslaafden zijn echter nog nauwelijks onderzocht. Dit plaatst hulpverleners in de verslavingszorg voor een dilemma: in toenemende mate worden zij geconfronteerd met patiënten waarvan (door ervaring van de hulpverlener, door de toenemende kennis bij patiënten, bijvoorbeeld via Internet, of door toepassing van het *Protocol screening en diagnostiek van ADHD bij verslaving*) bekend is dat zij naast hun verslaving ook ADHD hebben, maar een adequate behandeling bestond tot dusverre niet. Dit protocol is bedoeld om professionals in de verslavingszorg handvatten te bieden bij het vormgeven van de behandeling van verslaafden die ook ADHD hebben.

2.2 Uitgangspunten van dit protocol

Bij het opstellen van de onderdelen van behandeling van ADHD bij verslaafden is een aantal uitgangspunten geformuleerd:

- ADHD is een stoornis die ook bij volwassenen voorkomt. De stoornis heeft een sterk neurobiologische achtergrond. Uit onderzoek blijkt dat medicamenteuze behandeling de symptomen van de stoornis positief kan beïnvloeden.
- ADHD is een chronische aandoening, die tot op heden niet oorzakelijk behandeld kan worden.
- De aard van de stoornis vraagt om extra aandacht op het gebied van voorlichting en begeleiding bij zowel diagnostiek als behandeling.
- Behandeling van verslaafden kent in veel gevallen een episodisch karakter. Behandelingen worden gestart, afgebroken, opnieuw gestart, elders voortgezet etc.

- Het tegelijkertijd optreden van ADHD en verslaving, dikwijls vergezeld van andere psychiatrische en/of persoonlijkheidsstoornissen, maakt dat per individu gekeken dient te worden waar accenten voor behandeling gelegd worden.
- De verslavingszorg kent een divers behandelaanbod.
- Behandeling van ADHD kan helpen meer greep te krijgen op de verslavingsproblematiek.

Op basis van deze overwegingen wordt in dit protocol onderscheid gemaakt tussen *voorschriften* en *suggesties*. Voorschriften gelden bijvoorbeeld bij het voorschrijven van Methylfenidaat. Als dat gebeurt, dient dit aan voorwaarden te voldoen. Bij suggesties, bijvoorbeeld het geven van begeleiding bij het maken van plannings, is het van belang dat deze in een behandeling opgenomen worden maar hoe dat gebeurt, is mede afhankelijk van de instelling.

In een bijdrage aan het Handboek Verslaving (Carpentier, 2002) wordt het onderwerp ADHD en verslaving behandeld. Daarin is opgenomen een paragraaf over behandeling. Een citaat uit dat handboek schept de juiste kaders voor het aanbieden van een behandeling voor ADHD binnen de verslavingszorg:

Principes van een geïntegreerde behandeling

Er is nog weinig ervaring opgedaan met de behandeling van ADHD bij mensen met ernstige verslavingsproblematiek. (...) Toch kan bij dit soort meervoudige problematiek worden uitgegaan van een geïntegreerde behandeling, waarbij elk probleem in het geheel wordt meegewogen en op basis van prioriteit wordt aangepakt (tabel).

Tabel Fases in een geïntegreerde behandeling

1	<i>Abstinentie</i> = voorwaarde voor verdere behandeling
2	<i>Stabilisatie</i> : medicamenteuze behandeling ADHD/comorbide stoornissen
3	<i>Behandeling</i> : verslavingsproblemen/psychiatrische problemen begeleiding voor ADHD (controle compliance)
4	Resocialisatiefase: coaching ADHD

Indien haalbaar, is abstinentie de eerste stap, hetgeen ook direct het verdere handelbeleid gaat bepalen. In de daaropvolgende fase wordt gestreefd naar stabilisatie: hier speelt met name de medicamenteuze behandeling van ADHD een duidelijke rol. Pas als voldoende stabiliteit is bereikt, wordt een intensievere en diepgaandere aanpak van de verslaving en de onderliggende psychiatrische problematiek mogelijk. In deze fase is het belangrijk dat de ADHD-symptomen onder controle blijven: toezicht op de *compliance* aan de medicamenteuze behandeling is dan wezen-

lijk. Deze begeleiding kan individueel of in een groep geboden worden: de groep biedt het voordeel van bijkomende psycho-educatie en lotgenotencontacten. Pas in de laatste resocialisatiefase kan toegekomen worden aan de specifiek op ADHD gerichte coaching. (...)

Als abstinentie niet haalbaar is, wordt het behandeldoel stabilisatie (bijvoorbeeld in de vorm van een onderhoudsdosis methadon). Ervaringen met behandeling van ADHD in een dergelijke opzet zijn nog anekdotisch. Toch is zeer goed voorstelbaar dat ook hier medicamenteuze behandeling van ADHD een positieve bijdrage aan de stabiliteit kan leveren. Belangrijk is dan wel dat voldoende *compliance* voor een medicamenteuze behandeling aanwezig is. (B 9020 p. 18-19)

Dit protocol neemt als uitgangspunt de behandeling van ADHD. Nadrukkelijk wordt gesteld dat die behandeling vorm moet krijgen binnen het totale behandelplan voor de betreffende patiënt. Daar moet nagegaan worden wat er aan behandeling nodig is, en in welke volgorde dit aangeboden zal worden. In overleg met de patiënt zal het behandelplan vervolgens worden vastgesteld en uitgevoerd. De tabel zoals die hierboven is weergegeven kan daarbij als leidraad fungeren.

2.3 *Betrekken van het systeem bij de behandeling*

Het is van groot belang om in een vroeg stadium het systeem van de patiënt bij de behandeling te betrekken. ‘Belangrijke anderen’ kunnen een bijdrage leveren bij:

- diagnostiek
- weergeven van effecten van behandeling
- mede zorgdragen voor continuering of weer oppakken van behandeling

Afhankelijk van de werkwijze en het programma in de instelling kan er ten behoeve van het systeem van de patiënt apart aandacht besteed worden aan ADHD. In elk geval dient de (hier bijgevoegde) informatiefolder aan partners/ouders/ familie verstrekt te worden.

In de testfase is er geen specifiek programma voor het betrekken van het systeem bij de behandeling uitgevoerd. Ook is er in de literatuur geen onderzoek bekend dat laat zien dat het betrekken van het systeem een positief effect heeft op de behandeling van ADHD bij volwassenen.

Desondanks meent het deskundigenpanel dat de systeembenadering extra aandacht verdient. De bijdragen zoals die hierboven vermeld staan kunnen in belangrijke mate het slagen van de behandeling ondersteunen.

Er is begonnen met het organiseren van informatiebijeenkomsten voor partners/familieleden van patiënten met ADHD. Deze ‘belangrijke anderen’

spelen vaak een essentiële rol in de behandeling van de patiënt. In een bijeenkomst van partners/familieleden werd informatie gegeven en werd de mogelijkheid gegeven ervaringen uit te wisselen. De eerste ervaringen zijn positief. Het werken met deze groep is echter nog te experimenteel om in dit protocol op te nemen. Wel wil het deskundigenpanel het experiment als ‘mogelijk waardevol’ bij u aanbevelen.

2.4 *Aanwijzingen voor andere onderdelen van de behandeling*

Algemeen

Kenmerken van de houding van teamleden in hun contacten met patiënten die tevens ADHD hebben, zijn: steunend, directief, voorlichtend (bedoeld wordt hier: het telkens opnieuw leggen van het verband tussen het gedrag en de stoornis), lange adem (steunend contact behouden, daar waar anderen op-hielden). Hiervoor is kennis van wat ADHD inhoudt onontbeerlijk.

Voor het verkrijgen van die kennis wordt verwezen naar het onderdeel ‘Informatie voor professionals’, dat als bijlage in deze uitgave is opgenomen.

Psychotherapie

In de literatuur wordt genoemd dat er onder andere aandacht dient te zijn voor rouw. Rouw om de gemiste kansen, het feit dat “nu pas bekend is wat er aan de hand is”. Daarnaast is men zo vertrouwd geraakt met het eigen gedragspatroon, dat het vaak moeite kost dit patroon los te laten.

Volgens Nadeau (1999, p. 45) zou psychotherapie de volgende kenmerken moeten hebben:

- praktijkgericht – gericht op het leren omgaan met dagelijks terugkerende problemen;
- doelgericht – gericht op specifieke punten in plaats van het ‘in het wilde weg’ behandelen van het ene onderwerp na het andere;
- directief – de therapeut geeft richtlijnen, praktisch advies en stelt benaderingswijzen voor;
- oplossingsgericht – resultaatgericht en rekening houdend met gevoelens;
- educatief – vergroot het inzicht in ADHD en de gevolgen ervan;
- ondersteunend – verschaft begrip en bemoediging;
- inzicht gekoppeld aan handelen – inzicht in symptomen of problemen worden gekoppeld aan specifieke handelingen voor het oplossen van problemen.

Volgens Nadeau (1999, 48) hebben volwassenen met ADHD hulpmiddelen en geheugensteuntjes nodig zodat zij tijdens de sessie niet afdwalen. Deze hulpmiddelen kunnen zijn:

- het bijhouden van een dagboek om gedachten, vragen en problemen in op te schrijven die tijdens de volgende sessie besproken kunnen worden;
- het maken van 'huiswerk' in de vorm van specifieke opdrachten waaraan de ADHD-volwassene tussen twee sessies moet werken;
- het maken van aantekeningen over de belangrijkste punten, doelen en onderwerpen;
- het geven van een korte samenvatting waarin de belangrijkste punten van de sessie worden benadrukt; dient tevens als geheugensteuntje voor de doelen waaraan de ADHD-volwassene die week moet werken;
- het gesprek weer richten op het onderwerp dat aan de orde was als de ADHD-volwassene zelf over iets is begonnen dat op dat moment niet belangrijk is.

Terugvalpreventie

Veel klinieken werken met terugvalpreventiegroepen. Hierin past wellicht een gedeelte van voorlichting over en behandeling van ADHD.

Sociale vaardigheidstraining

Hierbij kan worden aangesloten bij de gangbare sociale vaardigheidstrainingen zoals die veel klinieken geven. Daarbij kan worden nagegaan welke meer specifieke problemen mensen met ADHD tegenkomen in de omgang met anderen.

2.5 Valkuilen en oplossingen

In veel gevallen zijn volwassenen die met ADHD gediagnosticeerd worden opgelucht. Als medicamenteuze behandeling aanslaat is de patiënt in eerste instantie zeer tevreden over de resultaten. Men ervaart het veelal als een wonder om eindelijk de aandacht vast te kunnen houden. Bovendien heeft men door de diagnose een verklaring voor de mislukkingen die hun leven tot dan toe kenmerkte.

Na twee tot drie maanden kan er een terugslag plaatsvinden. De voordelen van ADHD vallen weg, de nadelen van 'je aandacht erbij kunnen houden' worden voelbaar. Het leven blijkt ondanks de diagnose en behandeling van ADHD nog steeds problemen op te leveren. In veel gevallen wordt het zorgvuldig omgaan met medicatie ook minder. Hierdoor is de kans op rebound-

effecten, het verergeren van de ADHD-symptomen, aanwezig. De kans op terugval is in deze periode dan ook zeker niet denkbeeldig. Bij psycho-educatie, lotgenotencontact en coaching dient hier aandacht aan geschonken te worden.

Een tweede valkuil vormt het mogelijke succes van behandeling van ADHD. Dit houdt drie gevaren in:

- 1 Verslaafden die geen ADHD hebben worden toch als zodanig behandeld (criteria diagnostiek rekken op).
- 2 Er wordt meer geëxperimenteerd met medicatie door behandelaren (behandelvoorschriften rekken op).
- 3 Er wordt meer misbruik van voorgeschreven middelen gemaakt door verslaafden.

Om dit te voorkomen dient men – alvorens over te gaan tot behandeling van ADHD, juist in de verslavingszorg – zo zeker mogelijk te zijn van de diagnose. Het juist en zorgvuldig toepassen van screenings- en diagnostiekinstrumenten is noodzakelijk.

Naast diagnostiek dient tevens zorgvuldig nagegaan te worden of en op welke manier de medicatie van invloed is op de symptomen van ADHD. Voor het juist uitvoeren van diagnostiek en behandeling van ADHD bij verslaafden acht het deskundigenpanel het onontbeerlijk dat betreffende behandelaren daartoe deskundig en bekwaam zijn. Om deze deskundigheid en bekwaamheid zoveel mogelijk objectief vast te stellen zijn twee criteria geformuleerd. Aan minstens een daarvan moet worden voldaan.

- 1 De betreffende behandelaar heeft ten minste 25 volwassen ADHD-patiënten gediagnosticeerd en langdurig behandeld.
- 2 De behandelaar heeft aanvullende scholing in diagnostiek en behandeling van ADHD bij volwassenen gevolgd.

Als een patiënt op basis van de screening diagnostiek behoeft en op basis daarvan behandeling, en er is geen behandelaar in de instelling aanwezig die aan een van deze criteria voldoet, dan dient de patiënt voor diagnostiek en behandeling van ADHD naar een behandelaar te worden verwezen die hiertoe wel is opgeleid.

Om misbruik te voorkomen is een zorgvuldige registratie van medicijn-verstrekking nodig.

Dit protocol handelt uitsluitend over behandeling van ADHD. Bij veel patiënten met complexe problematiek zal deze behandeling moeten plaatsvinden in een context van meervoudige problematiek, waardoor de eenvoudige behandelopzet van dit protocol niet meteen toe te passen is. In dit

verband is een goede structurering van de behandeling aangewezen, waarbij de problemen in een geïntegreerd kader volgens een vooraf bepaalde prioriteit aangepakt worden, en er vanaf het begin aandacht is voor de continuïteit in de behandeling. De ervaring leert dat een eenzijdige benadering van ADHD zonder oog voor de andere problematiek op vrij korte termijn – ook bij een succesvolle behandeling van ADHD - kan leiden tot afhaken in de behandeling en terugval in middelengebruik.

3 Psycho-educatie

3.1 Doel

Doel van psycho-educatie is het verstrekken van informatie aan patiënten. Psycho-educatie vindt op verschillende momenten en in verschillende programmaonderdelen plaats. Het kan onderdeel zijn van individuele contacten tussen patiënt en hulpverlener, of onderdeel van groepsactiviteiten.

Voorschrift

Patiënten dienen geïnformeerd te worden over de volgende onderwerpen.

- ADHD, symptomen, erfelijkheid, de functiestoornis in de hersenen, andere stoornissen, mogelijke relatie tussen ADHD en misbruik van middelen, mogelijke gevolgen van ADHD.
- Behandeling.

Over medicatie dient besproken te worden wat de werking is van de medicijnen, wat de mogelijke bijwerkingen zijn en op welke wijze de patiënt de registratieformulieren dient in te vullen. Speciaal aandacht dient geschonken te worden aan reboundeffecten (bij het stoppen met medicatie, of na uitwerking van een dosis) en aan de te verwachten terugslag die vaak na ongeveer drie maanden behandeling optreedt bij patiënten. Minder zorgvuldig omgaan met inname van medicatie is vaak de oorzaak van deze terugslag. In deze periode is de kans op terugval in gebruik van middelen groot.

Vervolgens dienen de onderwerpen geïntroduceerd te worden die bij coaching en lotgenotencontact aan de orde komen:

- plannen
- financieel beheer
- relaties
- sociale vaardigheden
- andere informatiebronnen omtrent ADHD

De ouders, partner, het gezin van de patiënt dienen mondelinge informatie te krijgen over de hierboven genoemde onderwerpen. Daarnaast dient de (bijgevoegde) folder *ADHD bij volwassenen. Informatie voor patiënten, familie en andere betrokkenen* (Trimbos-instituut, 2002) aan hen verstrekt te worden.

Deze folder kan uiteraard ook aan de patiënt worden gegeven. Meer gedetailleerde informatie is te vinden in:

- Aandacht. Een kopzorg? Een gids voor volwassenen met concentratieproblemen. Kathleen Nadeau. Lisse: Swets & Zeitlinger BV, 1999.

- Ze noemen 't ADHD. A. Dekker. Lisse: Swets & Zeitlinger BV, 2000.
- In kort bestek. ADHD bij volwassenen. S. Kooij & A. Paternotte, Uitgave Vereniging Balans. 2001.
- ADHD bij volwassenen. Inleiding in diagnostiek en behandeling. J.J. Sandra Kooij. Swets & Zeitlinger BV, 2002, 2^e druk.

Psycho-educatie dient te starten op het moment dat vervolgdagnostiek aan-toont dat er sprake is van ADHD. Hoewel het in de klinische verslavingszorg gebruikelijk is dat een belangrijk gedeelte van de behandeling in groepsessies wordt aangeboden, dient voorlichting over ADHD ook individueel te gebeu-ren.

De informatie die aangeboden moet worden valt uiteen in twee delen:

- 1 Informatie omtrent de stoornis en de medicamenteuze behandeling (werking, bijwerkingen, rebound, therapietrouw). Deze informatie wordt bij voorkeur gegeven door degene die de diagnose stelt en die de medicamenteuze behandeling instelt.
- 2 Informatie omtrent de gevolgen van ADHD. Deze informatie wordt gegeven door de persoonlijk begeleider van de patiënt. Indien in de instelling niet gewerkt wordt met persoonlijk begeleiderschap, dient in het behandelteam afgesproken te worden wie verantwoordelijk is voor het geven van deze informatie.

Juist vanwege de aard van de stoornis is het van groot belang om de informatie over ADHD op meerdere manieren aan te bieden. Daarbij kan aangesloten worden bij de gangbare programmering in de instelling. In dit protocol wordt voorgesteld om de informatie terug te laten komen bij:

- Individuele contacten tussen behandelaar en patiënt.
- Groepsmomenten, bijvoorbeeld de lotgenotengroep. Ook kan ervoor gekozen worden om de informatie per module aan een groep(je) aan te bieden.
- Individuele contacten tussen coach en patiënt.

De informatie kan op verschillende manieren worden aangeboden. Ook bij het behandelonderdeel *coaching* (hoofdstuk 5) zal aandacht worden besteed aan psycho-educatie. Om overlap in tekst te voorkomen is in de bijlagen in module-vorm de inhoud van de informatie opgenomen.

3.2 *Ambulante overwegingen*

Bij patiënten die in de ambulante setting worden ingesteld op medicatie dient tijdens het geven van psycho-educatie bijzondere aandacht besteed te worden aan onderwerpen als: reboundverschijnselen, verwachte terugslag, therapietrouw en bijwerkingen. Therapietrouw is voor veel patiënten die medicijnen slikken een moeilijk punt. Voor patiënten die meerdere malen per dag Ritalin op tijd moeten slikken is dit vaak een extra groot probleem vanwege de reboundverschijnselen die kunnen optreden, de verwachte terugslag en de bijwerkingen. Binnen de ambulante setting ontbreken de structuur en het dagelijkse contact met het behandelteam die in de kliniek als ondersteuning kunnen bieden voor therapietrouw. Omdat de patiënt het in de ambulante setting zonder deze ondersteuning moet stellen dienen hem zoveel mogelijk handvatten aangereikt te worden. Een van deze handvatten is een goede voorlichting over het belang van therapietrouw en de manieren om het tijdig innemen van het medicijn te bevorderen (o.a. gebruik van timers, of over gaan op langwerkende methylfenidaat) .

4 Medicamenteuze behandeling

4.1 Medicatie

Nadrukkelijk wordt verwezen naar de uitgangspunten voor dit protocol. Voor het instellen op medicatie is abstinentie in principe een voorwaarde.

Medicatie vormt een belangrijk onderdeel van behandeling van ADHD. Hoewel het geen oorzakelijke oplossing biedt, worden in veel gevallen wel de symptomen van ADHD positief beïnvloed. Dit kan een belangrijke bijdrage leveren aan het oplossen van verslavingsproblemen. In het algemeen kan dan ook gesteld worden dat het zinvol is om zo snel mogelijk na vaststelling van de diagnose ADHD te starten met medicamenteuze behandeling. Dit betekent dat bij heropname van een patiënt bij wie eerder de diagnose ADHD is gesteld, en bij wie een succesvolle behandeling met medicatie was ingezet, er zo snel mogelijk gestart moet worden met diezelfde medicamenteuze behandeling.

Voorschrift

Voordat medicamenteuze behandeling wordt gestart, dient eerst zorgvuldig informatie te worden verstrekt over de aard, werking en mogelijke bijwerkingen. (Zie verder hoofdstuk 3 Psycho-educatie).

Van de patiënt wordt verwacht dat hij/zij informatie verstrekt over het al dan niet afwijken van voorgeschreven medicatie en over de werking en mogelijke bijwerkingen. Hiertoe dient gebruik te worden gemaakt van de bijgevoegde registratieformulieren (zie bijlagen).

4.2 Toelichting registratieformulieren

Algemeen

Als Methylenfenidaat voorgeschreven wordt, zal hiervan op grond van de Opiumwet registratie moeten worden bijgehouden. Via het medisch systeem van de instelling is dat formeel geregeld. Die aanwijzingen dienen dan ook zorgvuldig te worden opgevolgd. Zolang de patiënt in de instelling verblijft, dienen deze algemene voorschriften op grond van de wet te worden opgevolgd.

Specifiek

Omdat het vinden van een juiste dosering en van een juist toedieningsschema moeilijk is, dienen een aantal gegevens vastgelegd te worden. Daartoe dienen de bijgevoegde formulieren.

Het is van groot belang om zeer zorgvuldig te noteren wanneer welke medicatie is ingenomen, wanneer het voorschrift is veranderd etc.

Gedurende de testfase is kritiek geleverd op een aantal van de onderstaande formulieren. Vooral de Verpleegkundige Observatieschaal leverde problemen op. Zeker gedurende de start van het instellen op medicatie heeft men geen referentiepunt. Daarnaast heeft men, door de wisselende diensten, niet altijd de juiste observatiegegevens.

Het deskundigenpanel heeft ervoor gekozen de formulieren in de huidige samenstelling onderdeel te laten zijn van het protocol. Toepassing van de formulieren dwingen professionals en patiënt na te gaan wat het effect van de medicatie is.

Over de frequentie van het invullen van de formulieren dienen in het kader van het opstellen van het behandelplan afspraken te worden gemaakt.

4.3 Algemene opmerkingen over medicamenteuze behandeling van ADHD bij volwassenen

Voorschrift

Van alle middelen, maar vooral van stimulantia, moet een zorgvuldige registratie worden bijgehouden. Vanwege de korte werkingsduur van Methylfenidaat en de reboundeffecten als het middel uitwerkt (met op die momenten voor verslaafden waarschijnlijk een verhoogde kans op terugval) dient veel aandacht te worden gegeven aan voorlichting. Ook is, om tot een juiste dosering te komen, zorgvuldige registratie van zowel medicijngebruik als effecten (symptoomreductie en bijwerkingen) nodig.

Hiertoe dient gebruik te worden gemaakt van de bijgevoegde registratieformulieren.

Met betrekking tot de duur van het verstrekken van medicatie is het van belang dat behandelaren en patiënten zich realiseren dat de tot nu toe geboden behandeling inwerkt op de symptomen. De oorzaken worden niet weggenomen. Dit betekent dat bij staken van de behandeling te verwachten valt dat de symptomen terugkomen. Juist bij de groep verslaafden zal dit een extra risico op terugval betekenen.

Urinecontroles op misbruik van middelen

Misbruik van middelen heeft invloed op de ADHD-symptomen. Bovendien kan het de werking van medicijnen voor ADHD beïnvloeden. Dit houdt risico's in voor de patiënt. Daarnaast kan dit het beeld van de stoornis en van het effect van de behandeling vertroebelen. Vandaar dat in de ADHD-behandeling incidenteel urinecontrole en -analyse op misbruik van middelen uitgevoerd kan worden. De aard van deze controles is niet bedoeld om het beleid van de instelling ten aanzien van misbruik van middelen te beïnvloeden. Het gaat erom een zo duidelijk mogelijk beeld te krijgen van ADHD-symptomen en de behandeling daarvan. Als uit controle blijkt dat er bijgebruikt wordt, dient dit in de verdere behandeling te worden meegenomen.

(Contra-)indicaties bij medicatie

Bij het voorschrijven van medicatie dient mogelijke (plotselinge) terugval in misbruik van middelen in overweging te worden genomen. Terugval zal in veel gevallen tot gevolg hebben dat medicatie niet meer wordt ingenomen, of dat medicatie zal interacteren met de gebruikte middelen.

Informatie hierover dient met de patiënt bij het voorschrijven van medicatie te worden besproken.

Ritalin bij onregelmatige werktijden

Wanneer een patiënt, bijvoorbeeld vanwege ploegendienst, te kampen heeft met onregelmatige werktijden is het raadzaam om de patiënt over te zetten op langwerkende methylfenidaat. Als dit niet mogelijk is i.v.m. financiële redenen, dient de patiënt ondersteund te worden bij het innemen van zijn medicijnen door een inname-schema te maken voor de dag van overstap.

Medicatie voorschrijven bij 'moeilijke' patiënten

Voor alle patiënten geldt dat de behandelaar de patiënt in het begin vooral behulpzaam moet zijn in het leren omgaan met zijn symptomen en met het zorgvuldig innemen van zijn medicatie. Bij 'moeilijke' patiënten (zoals patiënten met een structuurloos leven, patiënten met een comorbide stoornis en patiënten die weinig perspectief hebben op het afbouwen of stabiel krijgen van het middelengebruik) dient de behandelaar de patiënt te helpen door mee te denken over hoe de patiënt kan leren omgaan met zijn symptomen en (eventueel) met het zorgvuldig innemen van zijn medicatie. Pas wanneer later in de behandeling blijkt dat dit niet lukt, moeten er restricties worden ingesteld.

- Bij het voorschrijven van medicatie dient in overweging genomen te worden of de patiënt voldoende *structuur* in zijn leven heeft. Voor het innemen van medicatie heeft een patiënt namelijk een dagelijkse structuur nodig. Een dakloze, bijvoorbeeld, heeft dit over het algemeen niet. Wanneer een patiënt niet over voldoende structuur beschikt kan deze kunstmatig worden verkregen door de medicijnen in een dagelijkse dosis aan te bieden via: a) de apotheek, b) de kliniek van de verslavingszorginstelling, c) een hostel van de verslavingszorginstelling en d) de methadonpost.
- Wanneer bij een patiënt een *comorbide stoornis* wordt geconstateerd dient overwogen te worden welke stoornis eerst behandeld wordt. Wanneer een patiënt een comorbide *angststoornis* heeft wordt deze eerst behandeld. Reden hiervoor is dat patiënten met een onbehandelde angststoornis vaak met een toename van angstklachten op methylfenidaat reageren. Ook een *depressie* dient eerst behandeld te worden. Ten eerste vanwege de ernst van de stoornis, waardoor het leven en de behandeling vaak stagneren. Ten tweede verloopt de beoordeling van het effect van de behandeling met Ritalin beter als de stemmingsstoornis in remissie is. In geval van comorbiditeit met *As II-stoornissen* wordt geadviseerd eerst de ADHD (en eventuele andere As I- stoornissen) te behandelen en daarna de persoonlijkheidsstoornissen. Reden voor deze volgorde is dat als onrust en impulsiviteit zijn afgenomen door medicatie, de patiënt vaak toegankelijker is voor andere therapeutische interventies (Kooij, 2002).
- Bij het voorschrijven van medicatie dient in overweging genomen te worden of een patiënt voldoende perspectief heeft op het *afbouwen en stabiel krijgen van het middelengebruik*. In de praktijk is gebleken dat het starten met Ritalin in sommige gevallen een steun kan betekenen in het afbouwen en stabiel houden van het middelengebruik. Het te voorzichtig en rigide voorschrijven van medicatie aan mensen met ADHD uit de sociale verslavingszorg levert namelijk ook risico's op.

4.4 *Criteria waaraan patiënt moet voldoen om te kunnen starten met de medicamenteuze behandeling*

Klinische setting - insluitcriteria

1. Diagnostiek is afgerond, volgens protocol.
2. De patiënt is niet meer onder invloed van middelen.
3. Voorgenomen behandelmethoden zijn opgenomen in de individuele behandelovereenkomst.
4. De patiënt is in staat en bereid tot samenwerking en tot het nakomen van afspraken.

Ambulante setting - insluitcriteria

Bovenstaande criteria, plus de volgende aandachtspunten

5. De patiënt moet abtinent of stabiel willen worden.
6. De patiënt gaat akkoord met urinecontroles (op indicatie).
7. De aanwezigheid van een betrokkene uit de omgeving van de patiënt.
8. De patiënt neemt actief deel aan de rest van de behandeling.
9. De patiënt heeft een goed en regelmatig contact met de coach/casemanager.

4.5 *Criteria op basis waarvan besloten kan worden te wachten met medicamenteuze behandeling*

Klinische setting – uitsluitcriteria

- Bij ernstige comorbiditeit (o.a. angst, depressie, dwang) dienen eerst deze stoornissen behandeld te worden.
- De patiënt heeft nog last van onthoudingsverschijnselen.
- Bij zwangerschap wordt pas na de bevalling (weer) behandeld.
- Eén of meer psychotische episodes in de voorgeschiedenis (patiënt mag wel imipramine).
- Onbehandelde epilepsie.
- Onbehandelde hartritme stoornissen.
- Onbehandelde hypertensie.
- Onbehandelde hyperthyreoïde.
- Onbehandeld glaucoom.

Ambulante behandeling – uitsluitcriteria

Bovenstaande criteria, plus:

- De patiënt is onvoldoende in staat en/of gemotiveerd om abstinente of stabiel te worden.
- De patiënt heeft in het verleden veelvuldig methylphenidaat (Ritalin) misbruikt en deze houding lijkt niet gewijzigd.
- Er is sprake van bekende therapieontrouw bij de patiënt.
- De patiënt heeft een structuurloos leven (dakloos, matige sociale integratie).

N.B.: Checklists van deze criteria staan in bijlage 13 en 14.

4.6 Maatregelen om de compliance aan de medicamenteuze behandeling in een ambulante setting te vergroten

De structuur die in de klinische setting geboden kan worden door het veelomvattende behandelaanbod en de voortdurende aanwezigheid van het behandelteam, valt in de ambulante setting helaas niet te bieden. Dit maakt compliance aan de medicijnen voor de patiënt in de ambulante setting nog moeilijker. De compliance is echter essentieel voor het effect van de medicatie. Daarom adviseert dit protocol een aantal maatregelen om de compliance in ambulante setting te verhogen en het misbruik van Ritalin (vooral teveel pillen ineens slikken) te verlagen.

Deze maatregelen dienen uitvoerig met de patiënt besproken te worden en te worden vastgelegd in het behandelplan.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Verstrekking van medicatie in kleine hoeveelheden• Zorgvuldige registratie• Betrokkenheid van persoon uit de omgeving van de patiënt• Schrijven van terugvalanalyse• Urinecontroles (op indicatie)• Contact met de huisarts, mede om dubbelverstrekking te voorkomen• Opname van voorschriften en consequenties in behandelcontract |
|---|

Toelichting

- De eerste maand wordt het recept wekelijks verstrekt door de verslavingsarts of psychiater die is verbonden aan de verslavingszorginstelling. De medicijnen kunnen eventueel bij de apotheek worden opgehaald. Na een maand kan de frequentie van het contact met de verslavingsarts/psychiater meestal worden afgebouwd en kunnen

recepten voor langere termijn worden verstrekt. De medicijnverstrekking door de apotheek kan in deze periode eventueel nog wel wekelijks plaatsvinden. Indien de patiënt gebruik maakt van methadon kan de medicijnverstrekking (in overleg met de methadonpost) plaatsvinden bij de methadonpost (voordeel: kan soms in dagelijkse dosis worden verstrekt).

- Er vindt een zorgvuldige registratie plaats van verstrekking en inname van de medicijnen, het klachtenpatroon en de bijwerkingen (bijvoorbeeld door een verpleegkundige). Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van *Registratieformulier medicatie*, de *ADHD Rating scale* en de *Bijwerkingenlijst*, zoals deze zijn opgenomen in de bijlagen.
- Wanneer er een sociaal netwerk aanwezig is, wordt de persoon uit de omgeving van de patiënt de eerste 3 maanden minimaal eens in de 2 weken bij diagnostiek en/of behandeling betrokken. Aan deze persoon wordt aanvullende informatie over het klachtenpatroon van de patiënt gevraagd en informatie over de wisselwerking tussen ADHD en verslaving gegeven. De aanwezigheid van deze persoon zal tevens de compliance vergroten.
- Wanneer een patiënt laat weten dat hij zijn medicijnen op een verkeerde manier heeft ingenomen kan men de patiënt een “terugvalanalyse” laten schrijven (naast de terugvalanalyse welke geschreven wordt bij misbruik van middelen).
- Aangezien misbruik van middelen invloed heeft op ADHD-symptomen en de werking van de medicijnen kan beïnvloeden, is het bij sommige patiënten zinvol om incidenteel urinecontroles en -analyse op misbruik van middelen uit te voeren.

Voor alle patiënten met verslavingsproblematiek is het raadzaam om de ontwikkelingen rondom de vergoeding van de langwerkende variant van methylfenidaat (Concerta) bij te houden. In deze harde capsules met vertraagde afgifte in het maag-darm stelsel, is de methylfenidaat vervat in een gel, die het middel onbruikbaar maakt voor intranasale of intraveneuze toediening. Daarnaast is het een voordeel dat de langere werkingsduur van dit middel problemen voorkomt met het vergeten van het tijdig innemen en de reboundeffecten van kortwerkende methylfenidaat (Ritalin).

N.B.: Een checklist van deze maatregelen staat in bijlage 15.

4.7 Middel van eerste keus: Methylfenidaat, lang- of kortwerkend (*Concerta of Ritalin*)

Methylfenidaat valt als wekamine onder de opiumwet. Het remt de heropname van dopamine en noradrenaline. Gecontroleerd onderzoek heeft bij ongeveer 50-70% van de adequaat behandelde kinderen en volwassenen met ADHD een duidelijk effect aangetoond op de concentratie, hyperactiviteit, impulsiviteit en agressiviteit (Kooij et al., 2004). Onder verslaafden ligt dit percentage mogelijk wat lager, hoewel onderzoek daarnaar op dit moment nog ontbreekt. Dit zou kunnen samenhangen met de vaak voorkomende comorbiditeit (Carpentier, 2002; Handboek Verslaving).

4.8 Contra-indicaties

Eén of meerdere psychotische episodes in de voorgeschiedenis geldt, net als zwangerschap, als contra-indicatie. En verder: *onbehandelde* epilepsie, hartritmestoornissen, hypertensie, hyperthyreoïdie en (onbehandelde) glaucoom.

Voorschrift

Wijze van opbouwen en gebruik. Kortwerkende methylfenidaat wordt in twee weken opgebouwd. De eerste week vier giften van 10 mg, om de vier uur een tablet (8-12-16-20 uur). De tweede week wordt de dosis verhoogd naar 0,75 mg/kg, in vier of vijf giften, afhankelijk van eerder uitwerken van de dosering. De maximale dosis is 1 mg/kg. Methylfenidaat werkt al na een half uur en is in de meeste gevallen na twee tot vier uur uitgewerkt. Het is daarom van groot belang om individueel de beste toedieningstijden voor die persoon vast te stellen.

Langwerkende methylfenidaat kan worden gestart met een tablet van 18 of 36 mg, 1x per dag 's ochtends. De tablet werkt 10-12 uur, zodat gedurende de dag geen medicijnen meer hoeven te worden ingenomen. De kans op vergeten van doseringen is hierdoor een stuk minder, en de effectiviteit neemt duidelijk toe. De dosis wordt vervolgens afhankelijk van effect en bijwerkingen verhoogd (2 x 36 mg Concerta is equivalent aan ongeveer 60 mg Ritalin). De juiste dosis voor volwassenen is nog niet in onderzoek vastgesteld, maar zal waarschijnlijk hetzelfde zijn als voor Ritalin. Dit is bij volwassenen gemiddeld 60 mg Ritalin/dag, met een spreiding van 30-120mg. Het zal duidelijk zijn dat eenmaal daagse inname van langwerkende methylfenidaat de voorkeur verdient voor chaotische en ex-verslaafde

patiënten met ADHD, die hun pillen doorgaans maar korte tijd goed kunnen innemen. Deze groep heeft bovendien extra kans op terugval in middelenmisbruik bij het optreden van reboundverschijnselen als een tablet is vergeten. Zodra de vergoeding voor langwerkende methylfenidaat een feit is, zullen deze problemen voorbij zijn.

De meeste mensen komen uit met, of beneden de maximum dosering Methylfenidaat van 1 mg/kg/dag, hoewel sommige mensen iets meer nodig hebben. De maximale dosering wordt aangehouden omdat hiermee onderzoek is gedaan; dit wil niet zeggen dat hogere doseringen niet mogelijk of gevaarlijk zouden zijn; wel dat onderzoeksgegevens hierover ontbreken.

Afhankelijk van de werking en bijwerkingen dient per patiënt de beste dosis en schema van innemen te worden vastgesteld. Hiervoor is soms aanmerkelijk langere tijd nodig dan twee weken.

Daar bij kortwerkende methylfenidaat de juiste dosering en het tijdig innemen zo belangrijk is, dienen afspraken te worden gemaakt tussen arts/verpleging en patiënt over de tijden van inname van het medicijn. (N.B. die tijden kunnen dus per individuele patiënt sterk verschillen!) Hierbij is een timer (horloge of GSM met instelbaar alarmsignaal) een voorwaarde.

Tekst over langwerkende methylfenidaat (Concerta) overgenomen uit: JJS Kooij (2002, 2^e druk). ADHD bij volwassenen. Inleiding in diagnostiek en behandeling. Swets & Zeitlinger Publishers, Lisse:

‘Sinds 2003 is in Nederland het langwerkende Oros-methylfenidaat (Concerta®) geregistreerd voor ADHD, net als methylfenidaat, alleen voor kinderen (Wolraich e.a., 2001, Swanson e.a., 2003). Voor volwassenen is er geen enkel middel officieel geregistreerd. Oros-methylfenidaat werkt 10-12 uur, waardoor met een capsule ’s ochtends in veel gevallen kan worden volstaan voor een hele dag effect. Op een dergelijk middel met langzame afgifte is lang gewacht door patiënten en behandelaars. Doordat kortwerkende methylfenidaat maar 2-4 uur werkt per dosering, is voor een volwassene vier tot zesmaal daags getimed doseren noodzakelijk. Dit is niet alleen een grote belasting voor de patiënt, maar in de praktijk blijkt bijna niemand langdurig in staat om de medicijnen goed, dat wil zeggen, tijdig in te nemen. Non-compliance (slechte therapietrouw) bleek in onderzoek geassocieerd met minder effectiviteit van kortwerkende methylfenidaat (Kooij e.a., 2004). Men vergeet aldus de medicatie in te nemen door een stoornis, waarvan de symptomen alleen bestreden kunnen worden door tijdige inname van die medicatie. Dit gegeven vormt een cynische paradox. Nu eindelijk de langwerkende methylfenidaat op de Nederlandse markt is, wordt het niet vergoed. Hierdoor kunnen de meeste patiënten deze effectieve medicatie nog steeds niet gebruiken. Hopelijk verandert deze situatie door overleg tussen patiëntenvereniging, politiek en farmaceutische industrie.

De langwerkende methylfenidaat heeft als bijkomend voordeel dat de stof is opgelost in een gel en omhuld is door een keiharde capsule, waardoor de kans op misbruik van de stof onmogelijk wordt geacht.'

'Bij de eenmaal daagse toediening van langwerkende methylfenidaat is timen van de inname niet meer nodig en zullen reboundverschijnselen waarschijnlijk nauwelijks meer voorkomen. Dit is van groot belang voor de stabiliteit van het effect van de medicatie. Doordat maar eenmaal in plaats van vier- tot zesmaal daags een capsule hoeft te worden ingenomen, zal de therapietrouw al gauw vier- tot zesmaal beter zijn met langwerkende methylfenidaat. Omdat langwerkende methylfenidaat niet voor volwassenen is geregistreerd, wordt het aan hen 'off-label' voorgeschreven. Informatie van de fabrikant over de juiste dosis voor deze groep patiënten ontbreekt. Dit is overigens eveneens het geval bij kortwerkende methylfenidaat, dat ook alleen voor kinderen is geregistreerd.

Oros-methylfenidaat (Concerta ®) is er in 3 doseringen:

18 mg – equivalent aan 3 x 5 mg kortwerkende methylfenidaat

36 mg - equivalent aan 3 x 10 mg kortwerkende methylfenidaat

54 mg - equivalent aan 3 x 15 mg kortwerkende methylfenidaat (nog niet beschikbaar).

De dosering wordt individueel bepaald aan de hand van effect en bijwerkingen. Eerste klinische indrukken wijzen erop dat volwassenen het middel goed verdragen en stabiel zijn dan met herhaalde doseringen kortwerkende methylfenidaat. De dosis is soms lager dan op grond van bovenstaand equivalentie schema verwacht zou worden. Een patiënt die bijvoorbeeld 60-75 mg kortwerkende methylfenidaat/dag gebruikte, kan goed uit komen met 36 mg of 54 mg langwerkende methylfenidaat. Bij weinig bijwerkingen kan een hogere dosis worden geprobeerd om een eventuele toename van effect te evalueren.

Bij langwerkende methylfenidaat geldt dezelfde voorbereiding, maar de instructies voor het gebruik van de medicatie zijn eenvoudiger (eenmaal daags innemen bij het ontbijt) en er hoeft geen timer te worden aangeschaft. Na een week vindt een (eventueel telefonische) evaluatie plaats van effect en bijwerkingen; de dosis kan worden verhoogd van 18 naar 36 mg of van 36 naar 54-72 mg. Na twee weken langwerkende methylfenidaat wordt de dosis vastgesteld en bloeddruk, pols en gewicht gemeten.

Bij jongeren met ADHD blijkt uit meta-analyses van de beschikbare onderzoeksdata, dat behandeling met stimulantia de kans op middelenmisbruik vermindert met 50%.

Jongeren met ADHD die met stimulantia werden behandeld, hadden eenzelfde risico op middelenmisbruik als leeftijdgenoten zonder deze stoornis. Bij volwassenen neemt de kans op middelenmisbruik ook af, maar minder spectaculair dan bij adolescenten (1.4 versus 5.8 maal) (Wilens e.a., 2003).

4.9 *Bijwerkingen*

Deze zijn mild en nemen vaak af in de loop van de tijd: hartkloppingen, een gejaagd gevoel, misselijkheid, minder eetlust, meer moeite met in- of door-slapen. In het begin kan milde euforie optreden, welke na een paar weken afneemt.

4.10 Suggesties

Als na twee weken ondanks op tijd doseren hinderlijke bijwerkingen blijven bestaan, kan de dosis worden verlaagd. Als de medicatie eerder dan na vier uur uitwerkt, kan een korter doseringsschema worden aangehouden, bijvoorbeeld 5 x 1½ tablet, om de drie uur. Voor iemand van 75 kg betekent dit in totaal 75 mg, de maximale dosis (= 1 mg/kg/dag).

In verband met het effect op de eetlust wordt aanbevolen 'zo nodig' de tabletten tijdens of na de maaltijd in te nemen. Dit lukt overigens niet altijd in verband met een korter doseringsschema.

Er zijn diverse mogelijkheden als slaapproblemen ontstaan of blijven bestaan. Hierbij moet rekening worden gehouden met reboundverschijnselen: na uitwerken van de laatste dosis kan 's avonds zogenaamde reboundontremming optreden, met toename van hyperactiviteit, onrust, prikkelbaarheid of concentratievermindering. Sommige patiënten zijn 's avonds extreem moe. Denkbare alternatieven zijn dan:

- Een halve tablet geven om 23.00 uur bij rebound na uitwerken van de dosis van 20.00 uur.
- De dosis van 20.00 uur weglaten.
- Deze laatste dosis eerder geven.
- Melatonine 1-3 mg om 20.00 uur voorschrijven. (Melatonine heeft invloed op de biologische klok. Dit middel wordt ook voorgeschreven bij jetlag-verschijnselen. Klinische ervaring heeft goede resultaten opgeleverd bij ADHD-patiënten met slaapproblemen; hiervan is nog geen gecontroleerd onderzoek bekend)(Kooij, 2002).

Voorschrift

Extra controles. Pols, bloeddruk en gewicht dienen regelmatig gecontroleerd te worden. De eerste twee weken in elk geval eenmaal per week.

Bijzonderheden rond Methylfenidaat (Ritalin)

Risico op misbruik. De Gezondheidsraad adviseert Methylfenidaat niet aan verslaafden voor te schrijven, tenzij in onderzoeksprojecten. Op basis van de testfase wordt in dit protocol van dit advies afgeweken en wordt aangesloten bij aanwijzingen omtrent de voorwaarden waaronder tot verstrekking van Methylfenidaat kan worden overgegaan, zoals weergegeven in het Handboek Verslaving (Carpentier, 2002).

De voorwaarden zijn erop gericht de risico's, die gekoppeld zijn aan het gebruik van Methylfenidaat (MPH), actief aan te pakken en te beperken. De afspraken vormen

ook een test voor de werkrelatie met de patiënt: de patiënt krijgt op die manier kans zich te bewijzen en vertrouwen op te bouwen. Een voor de hand liggende voorwaarde is bewezen effectiviteit van het middel: MPH wordt alleen voorgeschreven als duidelijk bewezen is dat het effectief is voor de ADHD-symptomen (daarbij uitgaand van een nauwkeurige diagnostiek). Dit lijkt vanzelfsprekend, maar is vooral een waarschuwing tegen het te lichtvaardig inzetten van dit middel: uitsluitend na een zorgvuldige proefbehandeling, met zo veel mogelijk geobjectiveerde waarnemingen van een duidelijk positief behandelresultaat (door gebruik van onderzoeksinstrumenten en heteroanamnese), wordt overgegaan tot langdurig voorschrijven van het middel. De klinische ervaring is dat het middel niet bij alle patiënten effectief is; het is dus zeker geen wondermiddel. (...)

Regelmatig toezicht op het correct gebruik van MPH is aangewezen: in overleg met de apotheek wordt slechts de te gebruiken dosis verstrekt in kleine hoeveelheden en bij de patiënt wordt – zeker in de eerste fase – hierover regelmatig navraag gedaan. Als abstinentie het doel van de behandeling is, kan dit met regelmatige contracten en urinecontroles gevolgd worden: er is dan een duidelijke indicatie hoe goed de patiënt dit doel van de behandeling kan vasthouden en hoe goed de behandeling verloopt. Ook actieve deelname aan de verdere behandeling is een voorwaarde voor blijvend gebruik van MPH.

Met deze afspraken is misbruik zeker niet uitgesloten, maar wel ingeperkt. Als inderdaad (herhaald) misbruik wordt vastgesteld, is dit reden de medicatie te onderbreken of te staken: het risico op misbruik moet steeds worden afgezet tegen de belangen van de patiënt. Bij voorkeur wordt de patiënt bij herhaling aangesproken op zijn bijdrage in het continueren van de behandeling. Deze benadering zal ongetwijfeld niet bij alle patiënten succesvol zijn. Het biedt hen wel een kans met de meest effectieve medicatie hun problemen aan te pakken.

Mogelijk is een groot deel van de controverse uit de wereld geholpen als ook in Nederland een langwerkende versie van MPH op de markt komt, die nu al in de Verenigde Staten wordt gebruikt. In deze capsules met vertraagde afgifte in het maag-darmstelsel (merknaam Concerta) is de MPH vervat in een gel, die het middel onbruikbaar maakt voor intranasale of intraveneuze toediening. (Jaffe, 2002) (B 9020 p. 20-21).

Vanuit de evaluatie (zie bijlage 16) wordt gemeld dat veel patiënten incidenteel experimenteren met de voorgeschreven Methylfenidaat (Ritalin). In de meerderheid van de gevallen is dit experimenteren beperkt in incidentie en in dosering, en tijdelijk van aard, zodat een grote meerderheid van de medewerkers vindt dat Methylfenidaat middel van eerste keus kan blijven. Het deskundigenpanel onderschrijft die mening.

Het doen uitvoeren van urinecontroles moet onderdeel zijn van het instellingsbeleid en dient als ondersteuning voor het opbouwen van een goede behandelrelatie tussen arts en patiënt (zie hierboven het citaat uit het Handboek Verslaving).

Instellen op Methylfenidaat (Ritalin) kost in veel gevallen tijd en moeite

Er is geen eenduidige algemene richtlijn voor het instellen op Methylfenidaat. Het kost vaak veel tijd en moeite om de juiste dosering en frequentie voor de persoon in kwestie te vinden. Vier weken zijn daarbij te beschouwen als ‘snel’. Behandelaren dienen hun patiënten hiervan op de hoogte te stellen. Daarmee is ook een kwetsbare periode voor de patiënt gemarkeerd: die zal door die eerste periode heen moeten. In veel gevallen heeft hij/zij dan juist een moeilijke periode achter de rug: de periode van ontgiften.

4.11 *Middel van tweede keus: Imipramine*

Imipramine behoort tot de tricyclische antidepressiva. Het heeft effect op hyperactiviteit, prikkelbaarheid en impulsiviteit. In tegenstelling tot Methylfenidaat duurt het langer voordat effect merkbaar is. De werking op ADHD-symptomen valt te verwachten na drie dagen (dit in tegenstelling tot effecten van dit middel op depressie. Dit duurt drie tot vier weken). Er lijkt minder effect op de concentratie te zijn dan met Methylfenidaat.

Voorschrift

Wijze van opbouw en gebruik. De dosis Imipramine is ongeveer 75-150 mg. per dag, en wordt geleidelijk op- en afgebouwd. In tegenstelling tot Methylfenidaat duurt het langer voordat effecten merkbaar zijn.

4.12 *Bijwerkingen*

Droge mond, obstipatie en hartkloppingen.

Extra controles

Bij koorts: bloedbeeld. Bij alcoholmisbruik vooraf leverenzymen. In verband met mogelijke daling van bloeddruk in de eerste twee weken eenmaal per week controle.

4.13 Over Bupropion en Dextro-amfetamine

Bupropion

Onderzoeksresultaten in Amerika wijzen erop dat *Bupropion* (een dopaminerg antidepressivum, merknaam Zyban) mogelijk een goed alternatief kan zijn voor behandeling van ADHD bij volwassenen. Het middel lijkt voor de doelgroep interessante eigenschappen te hebben, met mogelijk zelfs enige anti-craving activiteit. Er zijn op dit moment drie problemen rond dit middel:

- 1 Het is niet geregistreerd in Nederland (wel in Amerika) voor de indicatie ADHD. Het is alleen geregistreerd als middel ter ondersteuning bij stoppen met roken.
- 2 Het wordt niet vergoed.
- 3 In doseringen boven 300 mg kan het epilepsie luxeren.

In dit stadium is het dan ook nog te vroeg het als middel in dit protocol op te nemen. Wel wordt geadviseerd de ontwikkelingen rond dit middel goed te volgen.

Dextro-amfetamine wordt aan volwassenen met ADHD ook als middel voorgeschreven, indien Methylenfenidaat onvoldoende werkt. Omdat nog onvoldoende bekend is over de risico's op verslaving is er voor gekozen Dextro-amfetamine niet in dit protocol op te nemen.

5 Coaching

5.1 Coaching

Doel is de patiënt vaardigheden aan te leren op belangrijke levensgebieden die door de ADHD onvoldoende zijn ontwikkeld.

De elementen zoals die bij psycho-educatie zijn genoemd, dienen in elk geval in individuele gesprekken aan bod te komen. Om onderscheid te maken tussen in de verslavingszorg gangbare vormen van persoonlijk begeleidingsschap spreekt men van coaching.

In de meeste instellingen wordt gewerkt met een vorm van individueel begeleiderschap. Deze persoon lijkt de meest aangewezen persoon om gedurende de klinische fase de rol van ADHD-coach op zich te nemen.

Voorschrift

Over de attitude van de coach. De term *coach* is niet toevallig gekozen. De vergelijking met een sportcoach is een goede. Een voetbalcoach voetbalt niet zelf in de wedstrijd. Maar in de training en tijdens de wedstrijden is de coach zeer actief en sturend aanwezig (al leidt dat niet altijd tot succes).

In de rol van coach dient de begeleider sturend op te treden en initiatieven te ondernemen, zonder daarbij de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt weg te nemen. De patiënt blijft zelf verantwoordelijk voor het leren omgaan met zijn/haar beperkingen.

In de testfase (zie bijlage 16) is veel gesproken over of, en in hoeverre er bij de begeleiding van patiënten met ADHD meer uitgegaan moest worden van het zogenaamde handicapmodel: de patiënt wil wel, maar kan (door de stoornis) niet. De testfase leert dat hier zorgvuldig mee moet worden omgegaan.

Een voorbeeld: doordat een patiënt ADHD heeft, kan hij er moeite mee hebben op tijd te komen. Het is zijn verantwoordelijkheid om met die moeite aan de slag te gaan. Het hebben van ADHD kan geen vrijbrief zijn voor het niet nakomen van afspraken.

De attitude van medewerkers daaromheen is dan van belang: niet repressief, maar ondersteunend.

Coaching bestaat uit het geven van informatie en het bezig zijn met de praktijk, dat wil zeggen: actief training geven in vaardigheden en het begeleiden van de patiënt bij het in praktijk brengen daarvan.

Kenmerken van een coach

Het opleidingsniveau van een coach blijkt in de praktijk minder bepalend voor goede coaching dan de aanwezigheid van een aantal vaardigheden. Een coach dient over de volgende eigenschappen/vaardigheden te beschikken.

- De coach dient een geduldig persoon zijn.
- De coach dient zelf gestructureerd te zijn.
- De coach dient een groot inlevingsvermogen te hebben.
- Een groepscoach dient ervaring met groepsprocessen te hebben.

Informatie geven

De informatie is opgedeeld in vijf modules (zie bijlagae 11). Elke module is opgebouwd uit drie onderdelen: informatie geven; oefenstof; nagaan of informatie is binnengekomen. De modules die aan bod komen zijn:

- Wat is ADHD?
- Relatie tussen ADHD en misbruik van middelen.
- Medicamenteuze behandeling.
- Andere vormen van behandeling.
- Gevolgen van ADHD.

Over de term *oefenstof* het volgende. Voor patiënten met ADHD is het moeilijk, soms onmogelijk om zich langere tijd te concentreren. De oefenstof zoals die hier gepresenteerd wordt, dient opgevat te worden als mogelijkheid. De aard en de vorm van de oefenstof die patiënten aankunnen is per patiënt verschillend en dient telkens aangepast te worden.

Met opzet is de term *huiswerk* vermeden. Er dient geen verplichtend karakter aan het opgeven van de oefenstof verbonden te worden.

Coaching naast leefstijltraining

Er bestaat enige overeenkomst tussen ADHD-coaching en leefstijltraining. Binnen ADHD-coaching wordt net als in de leefstijltraining aandacht besteed aan de verslaving. In de leefstijltraining komen net als in de ADHD coaching de leefgebieden als ‘planning’, ‘financieel beheer’ en ‘relaties/sociale vaardigheden’ aan bod. Toch zijn er ook duidelijk verschillen. Tijdens de coaching staat de ADHD en de gevolgen en behandeling hiervan centraal, terwijl tijdens de leefstijltraining de verslaving centraal staat. Aangeraden wordt daarom:

- Een ADHD-groep en een leefstijltraining-groep naast elkaar te laten bestaan (patiënten hoeven de groepen niet gelijktijdig te volgen). In instellingen welke de ADHD-diagnostiek en -behandeling pas korte tijd

aanbieden kan dit tevens zinvol zijn om de kennis over ADHD wat meer te verankeren bij de medewerkers.

- *Individuele* ADHD-coaching en *individuele* leefstijltraining kunnen los van elkaar bestaan. In de individuele leefstijltraining kan expliciet aandacht besteed worden aan de ADHD, terwijl in de ADHD-coaching aandacht besteed kan worden aan het middelenmisbruik.

Zowel groepscoaching als individuele coaching dienen wekelijks of eens in de twee weken gegeven te worden. Wanneer er een langere periode tussen de sessies zit neemt de werkzaamheid af door te weinig regelmaat.

Ambulante behandeling

Aangezien de meeste verslavingsbehandelingen episodisch verlopen dient er, zodra ADHD is vastgesteld, ambulant een coach te worden aangesteld. Deze coach blijft vervolgens gedurende het totale traject aan de patiënt gekoppeld. Zodoende heeft de coach in de ambulante setting, naast de hierboven beschreven taak van het aanleren van vaardigheden op belangrijke levensgebieden, de taak om als case manager te fungeren. De functie van de coach als case manager bestaat uit het bieden van een continue factor in het contact tussen de patiënt en de verslavingszorginstelling. De coach/case manager doet dit onder andere door middel van de volgende taken:

- actief actie ondernemen om de patiënt te volgen in zijn traject (dit kan ook inhouden dat een patiënt vaker nagebeld moet worden)
- patiënten aan specifieke diensten en behandelonderdelen koppelen
- herhaaldelijk aanbevelingen voor behandeling geven (aan patiënt en team)
- de planning van de behandeling binnen de verschillende settings coördineren

Wanneer de ambulante coach zijn functie als case manager niet meer kan vervullen dient hij zijn taken over te dragen aan een volgende case manager (ambulant of klinisch).

Modules coaching

Omdat de informatie die in de modules aan bod komt ook gebruikt kan worden bij psycho-educatie, zijn deze modules opgenomen in de bijlagen.

5.2 *De praktijk*

Naast het bieden van algemene informatie dient een aantal zaken heel concreet aan bod te komen. Het gaat dan om bespreken, plannen maken, oefenen, nabespreken.

In module 5 (zie bijlagen) komen de gevolgen van ADHD aan de orde. In de algemene toelichting van dit protocol is gesproken over de fasering en integratie van ADHD-behandeling in de behandeling die nodig is voor verslavings- en mogelijke andere problemen.

In dat kader is het van belang om de onderstaande onderwerpen op te nemen in het behandelplan. Bij het opstellen van het behandelplan zal dan in overleg met de patiënt bekeken worden welke onderwerpen eerst en welke later aan bod zullen komen.

Planning

- dag- en nachtritme
- voeding/ eetgewoontes
- agenda, dagplanning (tweemaal daags planningskwartiertje), weekplanning
- bespreking valkuilen: te volle agenda, te lange doellijst, uitstel, chronisch te laat komen

Dagbesteding

- opleiding
- werk
- vrijwilligerswerk
- hobby's
- huishoudelijke taken

Financieel beheer

- korte termijn
- lange termijn
- schulden
- sparen
- kasboek

Omgang met medicatie

Huisvesting

Herstel of opbouw sociaal netwerk

Sociale vaardigheden

- acteren in plaats van reageren
- luisteren

5.3 Over de werkwijze van de coach

Het verdient aanbeveling om veel structuur aan te brengen in wat de coach biedt. Het voert te ver om in dit protocol voor te schrijven hoe het contact tussen patiënt en coach gestructureerd dient te worden. Wel wordt voorgesteld de onderstaande punten vast te leggen:

- Stel vast hoe vaak tijd vrij gemaakt wordt voor coaching. Spreek sessies af van maximaal drie kwartier.
- Stel een lijst op van zaken waaraan gewerkt wordt.
- Werk met concrete opdrachten.
- Spreek duidelijk af wat de patiënt doet en wat de coach doet.
- Spreek een procedure af voor de periode tussen sessies door. Wanneer en onder welke voorwaarden is de coach bereikbaar? Wie is aanspreekbaar als de coach niet aanwezig is?

N.B.: Als het in de instelling mogelijk is om aan patiënten met ADHD een coach te koppelen die dat kan zijn voor zowel de klinische als de ambulante fase, dan heeft dat veruit de voorkeur.

Daar de meeste verslavingsbehandelingen episodisch verlopen, dient, zodra ADHD is vastgesteld, er ambulant een ADHD-coach te worden aangesteld. In de meeste gevallen zal dat een medewerker uit de ambulante setting zijn.

Deze persoon kan ervoor zorgen dat er in de behandeling van ADHD zoveel mogelijk continuïteit komt. Juist als de patiënt met ontslag is, dient duidelijk te zijn waar hij/zij voor begeleiding bij de ADHD-klachten naar toe kan.

Voorschrift

In geval van ontslag uit de klinische setting van de patiënt wordt, na toestemming van de patiënt, de coach ingelicht over het vertrek van de patiënt uit de kliniek. Het verdient de voorkeur dat de patiënt zelf, nog voor zijn vertrek, een afspraak maakt met de coach. Er wordt zorggedragen voor een zorgvuldige overdracht.

De coach zorgt voor continuïteit in de behandeling. Een goede registratie is daarvoor noodzakelijk. Om de coach daarbij te ondersteunen is de checklist coaching (bijlage 12) ontwikkeld. Door deze checklist in te vullen en bij te houden heeft de coach snel de benodigde informatie ter beschikking, op het moment dat de patiënt weer bij hem in beeld komt, bijvoorbeeld na een periode zonder contact met de instelling.

6 Lotgenotencontact

6.1 Lotgenotencontact

Doel is vooral het uitwisselen van ervaringen.

Het met lotgenoten bespreken van ervaringen met ADHD in samenhang met verslavingsproblemen, is een manier om meer inzicht in het eigen functioneren te krijgen. Een lotgenotengroep kan hierin een belangrijke functie hebben. De lotgenotengroep is anders van opzet dan de reguliere zelfhulpgroepen, waar geen hulpverleners bij aanwezig zijn. Hier is voor gekozen om de omgang met medicatie en de daaraan gekoppelde receptenverstrekking praktisch te regelen. Een arts of psychiater kan, op basis van de inbreng van patiënten, direct het medicatiebeleid zo nodig aanpassen. In de testfases bij de ontwikkeling van dit protocol (zie bijlage 16) is het lotgenotencontact vorm gegeven in de groepen voor psycho-educatie.

Suggestie

Aantal deelnemers: maximaal tien. Bij meer deelnemers: groep splitsen.

Voorwaarde voor deelname: abstinentie. Anders overleg.

Begeleiding: arts of psychiater met een verpleegkundige.

Werkwijze

1 Ronde ‘omgaan met medicatie’. Eerst krijgt ieder de gelegenheid te melden hoe is omgegaan met de voorgeschreven medicijnen. Daarbij kan gemeld worden wat de effecten daarvan waren. Ook kan gemeld worden als, om wat voor reden dan ook, is afgeweken van het voorschrift. De gevolgen daarvan zijn uiteraard ook belangrijk om te vertellen.

2 Ieder komt aan bod en bespreekt achtereenvolgens:

- Weekplanning. Hoe is dat gegaan? Wat zijn de plannen voor de komende week?
- Financieel beheer. Zijn er bijzonderheden?
- Sociaal netwerk
- Relaties
- Trek
- Medicatie

Frequentie en duur: 1 x per week een uur.

7 Resocialisatie en nazorg

7.1 Algemeen

Patiënten met verslavingsproblemen hebben in veel gevallen op veel levensgebieden problemen: huisvesting, financiën, opleiding, werk, relaties, vrijetijdsbesteding. Dit geldt zeker ook voor patiënten met ADHD. De combinatie van die twee stoornissen zorgt in de meeste gevallen voor een zich herhalend patroon van ellende op die diverse levensgebieden.

Zowel verslaving als ADHD hebben een chronisch karakter. Dat betekent dat veel patiënten gedurende vele jaren, verspreid over diverse episodes, een beroep zullen doen op de verslavingszorg.

De testfases (zie bijlage 16) zoals die voor de ontwikkeling van dit protocol zijn uitgevoerd, waren te kort om een goed beeld te krijgen van de gevolgen van de behandeling van ADHD op de langere termijn. In dit hoofdstuk willen we kort een aantal aandachtspunten weergeven, die professionals, patiënten en leden van het deskundigenpanel naar voren hebben gebracht. Daarbij komen eerst een aantal aandachtspunten bij resocialisatie en nazorg aan bod. Vervolgens wordt ingegaan op contacten met hulpverleners buiten de verslavingszorginstellingen.

7.2 Aandachtspunten bij resocialisatie en nazorg

Verbroken contacten: maak de coach belangrijk in de instelling.

Patiënten met ADHD laten een spoor van verbroken contacten achter zich. Ook met hulpverleners. Om dat te doorbreken wordt veel waarde gehecht aan één centrale figuur in het contact met de verslavingszorg: de coach.

De medewerkers van de instelling en de patiënt moet er op getraind worden om zodra de patiënt (van wie bekend is dat hij/zij ADHD heeft) zich meldt bij de instelling, direct contact wordt opgenomen met de ADHD-coach. In overleg tussen patiënt, behandelteam van de betreffende locatie en de ADHD-coach kan vervolgens de route voor de patiënt worden vastgesteld. Naast de verslavingsproblematiek kan zo in elk geval aandacht worden besteed aan het vormgeven van de behandeling voor de ADHD-problematiek.

Overgangsmomenten

Het valt te verwachten dat de patiënt op diverse momenten van locatie zal veranderen. Op eigen initiatief (bijvoorbeeld door de behandeling te

verbreken), of in het kader van het te volgen behandelplan (bijvoorbeeld van de detoxificatie-afdeling naar de dagbehandeling). In al deze gevallen is het van groot belang om zorg te dragen voor een goede overdracht van de stand van zaken met betrekking tot de ADHD-problematiek. Daarbij speelt opnieuw het inschakelen van de ADHD-coach een belangrijke rol. Dat geldt zeker ook voor overplaatsingen, waarbij professionals van andere instellingen een rol spelen (zie hieronder bij *contacten met professionals buiten de verslavingszorg*).

Resocialisatie

Resocialisatie is letterlijk: terugkeer in de maatschappij. Veel verslavingszorginstellingen hanteren een vrij strakke behandelstructuur. Vaak wordt aangenomen dat patiënten met ADHD het binnen die structuur redelijk goed doen: ze hoeven immers niet zelf structuur aan te brengen. De terugkeer naar buiten verloopt dan ook vaak moeizaam. Al tijdens de behandeling in de verslavingszorginstelling zal hier aandacht aan besteed moeten worden. Buiten de instelling zal het bestaan van de patiënt zodanig vorm gegeven moeten worden, dat de kans op terugval zo klein mogelijk is.

Nazorg

Dit onderdeel ligt sterk in het verlengde van de resocialisatie. In overleg met de patiënt moet nagegaan worden welke structuur er buiten de instelling is, zodra de behandeling is afgerond. Nagegaan moet worden welke nazorg er door de instelling wordt gegeven, wat de patiënt zelf oppakt en wat door andere professionals moet worden overgenomen.

7.3 Contacten met professionals buiten de verslavingszorg

In contacten met professionals van buiten de verslavingszorg moeten, naast de overdracht rondom de verslavingsproblematiek twee zaken worden overgedragen:

- ADHD diagnose en behandeling.
- Naam en functie van de ADHD-coach.

Afhankelijk van het verloop van de behandeling, kunnen onderdelen daarvan (denk bijvoorbeeld aan het voorschrijven van medicatie) na verloop van tijd aan andere professionals worden overgedragen. Een zorgvuldige communicatie is daarbij van groot belang.