ADHD jeugd huisartsenpraktijk, aanpak Midden-Brabant

1. Diagnosestelling ADHD in de 1e lijn

Vaak komen ouders met hun niet-pluis gevoel over hun kind, al dan niet door de leerkracht of jeugdarts ondersteund, bij de huisarts. De huisarts moet voorts verder analyseren of er daadwerkelijk sprake is van ADHD, de ernst van het probleem inschatten en eventuele psychiatrische comorbiditeit vaststellen.
De diagnose ADHD (= Aandachtstekortstoornis met hyperreactiviteit), zoals omschreven in de DSM 5, wordt gesteld op grond van (hetero-)anamnese, ondersteund door vragenlijsten voor kind, ouders en leerkracht. De jeugdarts kan hierbij helpen. De jeugdarts stelt zelf geen diagnose en mag ook geen medicatie op recept voorschrijven.
De in november 2014 uitgegeven NHG-standaard ADHD stelt dat er minstens 6 van de 9 kenmerken van *onoplettendheid* als mede ook van *hyperactiviteit en impulsiviteit* gedurende minstens 6 maanden aanwezig moet zijn. Deze kenmerken, die niet passen bij het ontwikkelingsniveau van het kind, moeten voor het 12e jaar zichtbaar zijn, op meerdere leefgebieden (thuis/school/club) spelen, beperkend zijn voor het dagelijkse functioneren en niet optreden ten gevolge van een andere psychische stoornis.
Naast de anamnese wordt aanvullend onderzoek naar ADHD verricht door het afnemen van vragenlijsten.
Bij 30% van de kinderen die de diagnose ADHD in de SGGZ krijgen, blijkt de problematiek niet gepaard te gaan met (psychiatrische) comorbiditeit; er is dan dus sprake van *ongecompliceerde* ADHD. Het onderscheid tussen gecompliceerde ADHD (mét comorbiditeit) dan wel ongecompliceerde ADHD kan gemaakt worden aan de hand van de volgende vragen naar:

- Maakt het kind wel of niet goed contact?
- Is er oppositioneel gedrag?
- Zijn er twijfels aan de verstandelijke vermogens?
- Is er ernstige opvoedingsproblematiek?
- Zijn er aanwijzingen voor depressie of angst?
- Is er sprake van kleine criminaliteit?

(Van Manen, Beeres, Oud, Hassink-Franke, H&W, dec. 2011, pag. 650-651)
Volgens de flowchart ADHD bij kind Midden-Brabant kan het kind bij verdenking van niet te complexe ADHD verwezen worden naar het ADHD centrum ETZ voor diagnostiek en behandeling.
Bij gecompliceerde ADHD kan het kind worden verwezen naar de Specialistische GGZ voor jeugd (bv Breburg).
Ook is mogelijk om een kinderpsycholoog, orthopedagoog in de BGGZ te vragen verdere diagnostiek te laten verrichten als de huisarts hierin meerwaarde ziet.

2. Start van de behandeling door de huisarts & POH-GGZ

In Midden-Brabant worden de meeste ADHD-behandelingen en begeleidingen opgestart door de kinderartsen met hun team bij het ADHD centrum ETZ. Vaak wordt op medicatie ingesteld als er een duidelijke diagnose gesteld is.
Bij ongecompliceerde ADHD van een kind ouder dan 6 jaar, kan de huisarts zelf starten met medicatie en vooral ook het geven van psycho-educatie. Bij gecompliceerde ADHD of een kind jonger dan 6 jaar is verwijzing naar de jeugd-GGZ geïndiceerd. Bij probleemgedrag maar geen ADHD kan de JGZ of een wijkteam een rol spelen in de ondersteuning van de ouders. De jeugdarts/jeugdverpleegkundige kan in afstemming met de huisarts tevens een belangrijke rol op zich nemen in begeleiding van ouders en leerkrachten na diagnose ADHD.
De huisarts kan de medicatie starten conform de NHG-standaard en alleen met Methylfenidaat. Bijna driekwart van de kinderen met ADHD verbetert sterk op medicatie. De POH-GGZ speelt een duidelijke rol in het geven van opvoedingsadviezen en psycho-educatie, al dan niet gebruikmakend van e-healthprogramma's, informatief (bijv. Thuisarts.nl) of begeleidend (bijv. Minddistrict-modules).
Bij het instellen op medicatie moeten naast monitoring van werking en bijwerkingen ook somatische controles plaatsvinden, namelijk het meten en monitoren van lengte, gewicht, bloeddruk en polsfrequentie.
Het monitoren van het effect van de behandeling is te meten met de Verkorte Conners Score Lijst (VCL), waarin 10 vragen over de kernsymptomen.
Als een huisarts zichzelf niet bekwaam voelt in het starten van ADHD–medicatie, dan is er ook een mogelijkheid om een huisarts met speciale interesse in een hagro te vragen om kinderen met ADHD van collega's in te stellen op medicatie.

3. Begeleiding van kinderen met stabiele ADHD

Uiteindelijk zal een kind stabiel ingesteld zijn op medicatie, en de ouders en het kind voldoende ingelicht zijn door kinderarts, jeugdarts, GGZ (S of basis) of huisarts zelf.
De GGZ/kinderarts zou na een jaar stabiele instelling kunnen terugverwijzen naar de huisarts/POH-GGZ en jeugdarts.
Het kind wordt dan in principe minimaal twee maal per jaar gezien door HA en/of POH-GGZ en de jeugdarts begeleidt leerkracht en gezin in relatie tot school.
Belangrijk is te monitoren op de positieve effecten van de behandeling en ook op de bijwerkingen die kunnen wijzen op een overdosering (apathie, labiliteit, depressie, tics, perseveratie). Medicatie kan bijgesteld worden in overleg met de huisarts.
Tevens vinden de somatische metingen plaats. Ook kan de HA/POH-GGZ een proefstopperiode instellen, waarbij er gekeken kan worden hoe het kind zonder medicatie functioneert.
De door de huisarts gecontroleerde kinderen met ADHD kunnen worden geruiterd om ze beter in beeld te houden.
Bij vragen of problemen is er de mogelijkheid om een kinderarts van het ADHD centrum ETZ te consulteren en tevens pogen we hierover afspraken te maken met S-GGZ Breburg en de BGGGZ.

Bij optreden van ernstige bijwerkingen, het ontwikkelen van comorbide aandoeningen (gedrags-, stemmings- of angstklachten) en het ontstaan van contra-indicaties (psychotische verschijnselen, epilepsie, tics, verslaving, cardiovasculaire aandoeningen) dient het kind verwezen te worden naar de SGGZ/kinderarts.

4. Herhaalreceptuur en dossieronderzoek

De meeste huisartsen herhalen zondermeer de herhaalreceptuur van kinderen met ADHD, waarbij men vaak niet weet bij wie en óf het kind wel ergens gecontroleerd wordt.
Om meer grip hierop te krijgen is het belangrijk om afspraken in de praktijk te maken, waarbij meerdere mogelijkheden te noemen zijn. Het is van grote meerwaarde om in de praktijk afspraken te maken over wie wat doet in de begeleiding waarbij zowel huisarts, POH-GGZ, assistente en apotheker een rol kunnen spelen.
De apotheker draait de patiënten uit met ADHD-medicatie en deze lijst kan gecheckt worden door huisarts, POH-GGZ of assistente. Het kan ook dat met de assistente wordt afgesproken dat ieder herhaalrecept van ADHD-medicatie overlegd wordt met de huisarts. Ook met de apotheker zijn afspraken te maken over de maximale periode waarover ADHD-medicatie wordt voorgeschreven, waarbij de huisarts meer zicht krijgt op het daadwerkelijke medicatiegebruik. Bij aanvraag van een nieuw herhaalrecept wordt het kind met ouder 2x per jaar op het spreekuur uitgenodigd.
Om de totale populatie ADHD bij jeugd in de praktijk in beeld te krijgen is dossieronderzoek nodig.
Hierbij is uitdraai op ICPC p21 bij populatie < 18 jr. zinvol naast een uitdraai op ATC medicatiecode N06 (methylfenidaat-preparaten kort- en langwerkend) en eventueel ATC medicatie-code N05 (andere neuroleptica zoals bv risperidon en melatonine) in de praktijkpopulatie < 18 jr.
Bij het uitdraaien van de medicatiecodes kan apotheker eventueel ook helpen.
Bij het doornemen van deze patiëntenlijsten zal duidelijk worden welke kinderen voldoende in beeld zijn van een specifieke hulpverlener en welke kinderen in de huisartsenpraktijk gezien behoren te worden.
De Aanpak ADHD jeugd in Midden-Brabant geeft een aanzet in het proces van verbetering van ADHD-zorg. Doelstelling is dat zoveel mogelijk huisartspraktijken en ketenpartners zoals JGZ, ADHD centrum ETZ, GGZ-partners op een goede manier betrokken worden en blijven.

Juni 2016

Ingrid Houtman, kaderhuisarts GGZ
Angela van Liempd, medisch directeur zorggroep RCH Midden-Brabant