

Diagnose en behandeling bij ADHD

Het correct stellen van de diagnose ADHD vereist kennis en ervaring. De diagnose wordt volgens de richtlijnen dan ook gesteld door daartoe gekwalificeerde hulpverleners, in de praktijk vaak een kind- en jeugdpsychiater of een GZ-psycholoog. Bij het signaleren van mogelijke symptomen van ADHD speelt de huisarts een belangrijke rol. De huisarts moet serieus omgaan met signalen die op het bestaan van ADHD kunnen wijzen.

Niet te snel denken aan fouten in de opvoeding

Bij vrijwel alle kinderen, en trouwens ook veel volwassenen, komen wel eens aandachtsproblemen, hyperactiviteit en impulsiviteit voor. Bij sommige kinderen komt dit vaker voor dan bij anderen. "Waar in dit continuüm het afkappunt voor de definitie ADHD ligt, valt niet exact te bepalen", vindt de Groningse kinderpsychiater **Luuk Kalverdijk**. "De grens wordt vooral bepaald door vele, soms subjectieve, factoren. Van belang is ook of de omgeving van het kind het gedrag als problematisch ervaart. Dat is ook voor ons een heel belangrijk criterium, want pas als die grens bereikt is, worden wij ingeschakeld. De ervaring leert dat men eerder laat dan te vroeg de beslissing neemt om hulp te zoeken."

Kalverdijk is werkzaam bij Ac-care, instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie in Groningen.

Hij is betrokken bij de werkgroep medicatie van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Hij maakte ook deel uit van de richtlijncommissie ADHD. "Er is in het afgelopen decennium een opvallende omslag opgetreden in de visie op ADHD", aldus Kalverdijk. "Tot in de negentiger jaren werd bij gedragsproblemen van kinderen in eerste instantie gedacht aan fouten in de opvoeding. Naarmate we meer te weten komen over de onderliggende biologische factoren, denken we daar steeds genuanceerder over. Het is een feit dat ouders van een ADHD-kind vaak zelf ook warrig en druk zijn, maar we realiseren ons meer dat een of beide ouders dezelfde erfelijke aanleg voor ADHD hebben als het kind. Het is vaak te laat om bij de ouders de opgelopen schade nog volledig te behandelen, maar

voor het kind kunnen we in veel gevallen nog veel doen. Daarom is het van belang dat alle betrokken partijen mogelijke signalen van ADHD serieus nemen."

Lastig onderscheid tussen aan ADHD-gerelateerde stoornissen

Aan het stellen van de diagnose gaat een periode vooraf waarin ouders, onderwijzers en andere betrokkenen steeds meer aanwijzingen krijgen dat er met het kind in kwestie 'iets mis is'. "In dit stadium kan de huisarts een belangrijke rol spelen", aldus Kalverdijk. "De huisarts kent vaak de familie, zodat hij kan weten of er sprake is van een erfelijk verhoogd ADHD-risico. Als de diagnose al eerder bij een broertje of zusje gesteld is, is het legitiem om tijdens het spreekuur aan de ouders te vragen 'Hoe is het eigenlijk met uw jongste kind, op de crèche of in de peuterspeelzaal?' De huisarts heeft de patiënt wellicht ook vanaf de geboorte met enige regelmaat gezien, zodat hij zich een mening kan vormen over de ontwikkeling van het kind."

Het is voor de meeste huisartsen waarschijnlijk te veel gevraagd om tot in detail op de hoogte te zijn van ADHD en andere kinderpsychiatrische stoornissen, denkt Kalverdijk. "Er is veel specialistische ervaring nodig om een goed onderscheid te kunnen maken. Zo komen ook de oppositionele stoornis, de agressieve gedragsstoornis, de pervasieve ontwikkelingsstoornissen, leerstoornissen, motorische problemen, angst en depressie vaak voor, al of niet in combinatie met ADHD. Naast ADHD kennen we de *Attention Deficit Disorder*, dat wil zeggen zonder hyper-

De huisarts kent vaak de familie, zodat hij kan weten of er sprake is van een erfelijk verhoogd ADHD-risico.

actieve en impulsieve verschijnselen. ADHD-kinderen worden door hun omgeving ervaren als dromerig, moeilijk te peilen en moeilijk te raken. Deze groep wordt minder snel verwezen, maar heeft wel degelijk concentratieproblemen die leiden tot onderpresteren op school. Ook zij kunnen zeer gebaat zijn bij behandeling. Het is voor de huisarts, die gemiddeld niet meer dan tien minuten per consult kan uittrekken, niet doenlijk om al deze stoornissen goed van elkaar te onderscheiden.”

Huisarts moet afgaan op hetero-anamnese

Het signaleren dat een kind ‘anders is dan gemiddeld’ behoort zeer zeker tot de taken van de huisarts. Dat kan op zichzelf al erg lastig zijn, omdat de huisarts af moet gaan op de hetero-anamnese van de ouders, de leerkracht of misschien de schoolarts. De patiënt in kwestie kan zich in de spreekkamer voorbeeldig gedragen. De huisarts staat dan voor het lastige dilemma tussen ‘ik vind deze moeder wel erg zorgelijk’ en ‘laat ik de patiënt op grond van observaties van anderen maar verwijzen naar een specialist.’

Daarbij kan het wel van belang zijn dat de huisarts aan de hand van de DSM IV-criteria (zie kaderstuk) doorvraagt naar concrete voorbeelden van het afwijkende gedrag. ‘U noemt uw kind druk, maar wat bedoelt u daar precies mee? Hoe vaak loopt hij tijdens de maaltijd van tafel? En is dat bij alle maaltijden het geval?’ Een andere belangrijke vraag is sinds wanneer de problemen bestaan. Als dat pas sinds twee maanden het geval is, dan is ADHD niet zeer waarschijnlijk. De klachten moeten volgens de DSM IV ten minste zes maanden bestaan, en in tenminste twee leefgebieden (bijvoorbeeld thuis en op school) manifest worden, voordat er sprake is van ADHD. Het is dan uiteraard wel van belang op te helderen wat twee maanden tevoren de aanleiding kan zijn geweest tot het ontstaan van de klachten. Plotseling druk worden, of minder goed gaan presteren op school, kan wijzen op stress zoals overvraagd worden, misbruik of pesten, of op het begin van een andere stoornis zoals een depressie of angststoornis.

“Een andere valkuil is dat de concentratiestoornis bij ADHD niet in alle gevallen uitsluit dat de patiënten sommige taken wel degelijk bijzonder geconcentreerd kunnen uitvoeren”, aldus Kalverdiijk. “Onze

ervaring is dat sommige ADHD-kinderen zich geheel kunnen verliezen in computerspelletjes. Soms gaan ADHD-kinderen zo op in zo’n spel dat ze juist te slecht afleidbaar zijn. Als de moeder de patiënt roept om aan tafel te komen, dan hoort het kind haar niet. Er zijn ook patiënten die slechts een beperkt aantal van de symptomen hebben. Ze zijn bijvoorbeeld wel impulsief, praten hinderlijk voor hun beurt en kunnen slecht wachten, maar als ze aan het werk zijn, maken ze wel netjes hun werk af, ze zijn niet snel afgeleid, en niet bijzonder beweeglijk. Om dit soort valkuilen te ontwijken, moet de huisarts niet zelf de diagnose stellen, maar bij verdenking doorverwijzen. Volgens de multidisciplinaire richtlijn ADHD van de GGZ moet de diagnose worden gesteld door gekwalificeerde hulpverleners, bijvoorbeeld een GZ-psycholoog of een kinder- en jeugdpsychiater.”¹

Somatische oorzaken uitsluiten voor verwijzing

Het is van belang dat de huisarts eventuele somatische oorzaken van de klachten uitsluit alvorens te verwijzen. Hoewel er bij de meeste kinderen met ADHD geen aanwijsbare lichamelijke oorzaak is te vinden, verdient dit aspect toch de aandacht. De visus, het gehoor en het motorisch functioneren dienen te worden beoordeeld. Ook andere oorzaken voor druk en ongeconcentreerd gedrag dienen te worden overwogen: bijvoorbeeld neurologische afwijkingen (hersensletsel, epilepsie), endocriene afwijkingen (schildklier), bijwerkingen van medicatie (sympaticomimetica) en erfelijke aandoeningen (en dan meestal in combinatie met andere afwijkingen). De hulpverlener naar wie de patiënt verwezen wordt, zal er vaak vanuit willen kunnen gaan dat het kind lichamenlijk nagekeken is.

Verwijzing van de van ADHD-verdachte patiënt geschiedt in de regel naar bureau Jeugdzorg, een kinderpsychiater of een kinderarts met expertise op het punt van ADHD. Aan de hand van vragenlijsten die worden ingevuld door ouders en leerkrachten, wordt geïnventariseerd hoe het kind functioneert. Gewoonlijk volgt dan een gesprek met de ouders en contact met het kind om ook de ontwikkeling in kaart te brengen. Vaak wordt het onderzoek nog uitgebreid met een psychologisch onderzoek van de patiënt. Daarna kan de diagnose gesteld worden. In een adviesgesprek worden de ouders op de hoogte

Het is van belang dat de huisarts eventuele somatische oorzaken van de klachten uitsluit alvorens te verwijzen.

DSM IV: criteria voor de diagnose ADHD

A. Tenminste zes van de negen symptomen van aandachtsstekort en/of zes van de negen symptomen van hyperactiviteit/impulsiviteit bestaan al minstens een half jaar in een mate die onaangepast is en niet in overeenstemming is met het verstandelijke niveau.

Aandachtstekort

1. Let vaak niet goed op details, maakt slordigheidsfouten in schoolwerk of bij andere activiteiten.
2. Heeft vaak moeite om de aandacht bij een taak of een spel te houden.
3. Lijkt vaak niet te luisteren.
4. Heeft vaak moeite om instructies volledig te volgen, maakt taken niet af.
5. Heeft vaak moeite om taken en activiteiten te organiseren.
6. Gaat taken die een langdurige mentale inzet vereisen (schoolwerk, huiswerk) vaak uit de weg.
7. Raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken (speelgoed, boeken, pen/potlood).
8. Wordt gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels.
9. Is vaak vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden.

Hyperactiviteit

1. Beweegt vaak onrustig de handen of voeten of wiebelt op de stoel.
2. Staat op van zijn plaats in de klas of in andere situaties waar wordt verwacht dat iemand blijft zitten.
3. Rent in situaties waarin dit ongepast is vaak rond of klautert overal in.
4. Kan moeilijk rustig spelen of zich bezig houden met spannende activiteiten.
5. Is vaak in de weer of draaft maar door.
6. Praat vaak aan een stuk door.

Impulsiviteit

1. Antwoordt voor de vraag is afgemaakt.
2. Verstoot vaak bezigheden van anderen of dringt zich op.
3. Heeft vaak moeite met op zijn/haar beurt te wachten.

B. Voor de leeftijd van zeven jaar was er al sprake van enige tot disfunctioneren leidende symptomen op het gebied van hyperactiviteit, impulsiviteit of gestoorde aandacht.

C. Enig disfunctioneren als gevolg van de symptomen doet zich voor in twee of meer contacten (bijvoorbeeld op school en thuis).

D. Er is sprake van duidelijke tekenen van klinisch significant disfunctioneren op sociaal vlak of leervlak of op het werk.

E. De symptomen komen niet uitsluitend voor in het kader van een pervasieve ontwikkelingsstoornis, schizofrenie of andere psychiatrische stoornis.

gesteld van de bevindingen en voorgelicht over de aandoening. Ze krijgen lectuur mee naar huis.² Ze krijgen het advies zich te oriënteren bij een oudervereniging van ADHD-patiënten, en de behandelopties worden besproken.

Behandeling door educatie, gedragstherapie of medicatie

De behandeling kan bestaan uit opvoedingsadviezen, gedragstherapie en medicatie. Ouders van patiënten met lichtere klachten krijgen in veel gevallen uitsluitend opvoedingsadviezen. "Soms zijn ouders daarmee al zeer geholpen", aldus Kalverdijk. "Ze weten dan uit de voorlichting dat de toestand van het kind hen niet is aan te rekenen, en hun kind evenmin, maar dat er biologische oorzaken zijn. Goede uitleg over de stoornis en over effecten van een andere aanpak kunnen leiden tot realistischer verwachtingen bij ouders en aanpassing van de opvoedingsstijl. Dit kan in lichtere gevallen voldoende zijn om de patiënt beter te laten functioneren."

Bij ernstiger klachten, bijvoorbeeld bij patiënten met tevens opstandig en agressief gedrag, krijgen ouders en patiënt de keus voorgelegd tussen gedragstherapie en medicatie, of een combinatie van beide. Kalverdijk: "van al deze benaderingen zijn successen gerapporteerd. In de *MTA-study (Multimodal Treatment Study of children with Attention deficit/hyperactivity disorder)* zijn de effecten van gedragstherapie en medicatie vergeleken.³ Deelnemers aan deze studie waren 579 ADHD-patiënten in de leeftijd van zeven tot tien jaar die gerandomiseerd veertien maanden diverse vormen van behandeling kregen. Met alleen gedragstherapie werd bij 34% van de kinderen 'normaal functioneren' bereikt. Met alleen medicatie lukte dit bij 56% van de kinderen, en met een combinatie van gedragstherapie en medicatie bij 68%."

Uit de *MTA-study* en vergelijkbare studies blijkt, dat gedragstherapie bij de meeste patiënten minder effectief is dan medicatie. "Toch heeft gedragstherapie een belangrijke plaats bij ADHD", aldus Kalverdijk. "Vooral kinderen met comorbide angst of oppositioneel gedrag blijken veel baat te hebben bij gedragstherapie. Verder blijkt dat bij gedragstherapie de medicatie lager kan worden gedoseerd, en dat de ouders meer tevreden zijn over de behandeling. Het is mogelijk dat de effecten die eenmaal zijn behaald beter blijven bestaan. Een andere reden om in eerste instantie af te zien van medicatie kan zijn, dat de ouders of de patiënt ernstige bezwaren hebben tegen 'middelen die het gedrag beïnvloeden'."

vloeden'. Als met gedragstherapie niet voldoende effect wordt bereikt, kunnen we later alsnog medicatie toevoegen. In de meeste gevallen zien we dan een verbetering optreden."

Als een patiënt goed is ingesteld op medicatie, wordt hij vaak terugverwezen naar de huisarts, als het goed is met instructies voor de follow-up van de medicatie en de mogelijkheid van terugconsultatie bij de specialist. De huisarts doet de receptuur, kan beoordelen of de medicatie nog werkzaam is, en hij kan eventuele bijwerkingen van de medicatie en de therapietrouw controleren. Dit laatste is juist bij ADHD een zeer belangrijk aspect. De multidisciplinaire richtlijn ADHD beveelt aan dat ook adequaat ingestelde kinderen minimaal eens per half jaar worden gezien door een arts met kennis en ervaring met deze problematiek.¹

Langwerkende medicatie vergoeden

Gezinnen met één of meer kinderen met ADHD worden vaak met extra kosten geconfronteerd. Gedragstherapie en de begeleiding van medicatie valt onder de AWBZ, en worden dus volledig vergoed. Ook de meest gebruikte medicatie, kortwerkend methylfenidaat (Ritalin®), wordt volledig vergoed. Voor extra ondersteuning van de patiënt op school, kan de school in de meeste gevallen een beroep doen op een zogenaamd 'rugzakje'. Voor activerende en ondersteunende begeleiding in de thuissituatie kan soms een beroep worden gedaan op een persoonsgebonden budget. Een aantal behandelopties wordt echter niet of erg beperkt vergoed. Middelbare scholieren kunnen profiteren van professionele huiswerkbegeleiding, die niet of niet volledig vergoed wordt. Dit geldt ook voor sommige typen medicatie.

Een bezwaar van kortwerkend methylfenidaat is de relatief korte werkingsduur, uiteenlopend van 1,5 tot 5 uur, met een gemiddelde van ongeveer 3,5 uur.⁴ Nieuwere formuleringen van methylfenidaat zoals Concerta® werken langer (10 tot 12 uur), maar zijn duurder en worden niet volledig vergoed. Equasym®XL is ook een langwerkend stimulantium, kan eenmaal daags worden toegediend. Het vergoedingsprobleem geldt ook voor de noradrenaline-heropnameremmer atomoxetine (Strattera®) die ook eenmaal daags kan worden ingenomen.

Kalverdijk is een aanhanger van ruimhartiger vergoeding van de langer werkende preparaten: "een kind dat 's ochtends bij het opstaan kortwerkend methylfenidaat inneemt, is halverwege de ochtend op school al niet meer optimaal beschermd. Vóór het zover is, zou het tweede pilletje genomen moeten worden. Dit blijkt in de praktijk vaak moeilijk te realiseren. Leerkrachten blijken hier zeer wisselend op toe te zien, en het is bovendien niet hun primaire taak. Dus de patiënt moet er zelf op letten, maar veel kinderen lukt dat niet. Oudere kinderen gaan medicatie ook nogal eens uit de weg om geen uitzondering te zijn in de groep. Een middel dat gedurende de hele schooldag dekking biedt, is daarom ideaal. Het gedrag en de prestaties op school worden constanter en beter voorspelbaar. We moeten ons bovendien realiseren, dat deze medicatie langdurig en trouw moet worden ingenomen om een goed effect te bereiken. Dus daarom zijn middelen die met deze aspecten rekening houden zo belangrijk voor het eindresultaat."

Is het redelijk om langwerkende medicatie te vergoeden uit de algemene middelen? "Jazeker", vindt Kalverdijk: "door meer opties om ADHD goed te behandelen, kunnen we bij meer kinderen het functioneren optimaliseren. Voor deze kinderen verminderen we het risico van schooluitval en destabilisatie van hun gezinnen en mogelijk ook toekomstige problemen zoals verslaving, agressief gedrag en mogelijk afglijden naar crimineel gedrag. De maatschappij kan zichzelf veel toekomstige kosten besparen door een relatief geringe investering in een zowel tijdige als optimale behandeling van ADHD." ■

Er zijn aanwijzingen dat goede uitleg over de stoornis en over effecten van behandeling kunnen leiden tot realistischer verwachtingen bij ouders, en vervolgens tot grotere tevredenheid over de behandeling.

Referenties:

1. GGZ. Multidisciplinaire richtlijn ADHD. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen. 2005. Trimbos Instituut, Postbus 725, 3500 AS Utrecht.
2. Paternotte A, Buitelaar J. Het is ADHD. Alles over de kenmerken, diagnose, behandeling, en aanpak thuis en op school. Vereniging Balans/Bohn Stafleu van Loghum, Houten. ISBN 90 313 4564 4.
3. MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. Arch Gen Psych 1999;56:1073-86.
4. Zie het interview met dr. R. Rodrigues Pereira op pag. 6 van deze uitgave.