

Lisse, 10-12-2012



Onderwerp: Inzet en gebruik ADHD-medicatie

Visie van de AJN op "toename ADHD en demedicalisering"

Op verzoek van het ministerie van VWS is de vereniging van jeugdartsen, Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), in augustus 2012 eenmalig aangesloten bij het overleg van het ministerie van VWS met drie beroepsverenigingen (NHG, NVK en NVvP) en ZonMw over de toename van de diagnose ADHD en bijbehorend medicijngebruik. De AJN is gevraagd haar visie te geven op de toename van ADHD en de rol van de jeugdarts in de signalering en zorg. Daarnaast geven we hiermee een extra aanvulling op de antwoorden van de drie beroepsverenigingen gegeven, op de zes vragen die de minister over dit onderwerp heeft gesteld.

Onderzoek nodig

Het signaal van de minister dat er landelijk een toename is van de diagnose AD(H)D en het gebruik van ADHD medicatie, zou verder gespecificeerd moeten worden. Zo is het nodig te weten hoe de regionale cijfers er uit zien en in hoeverre die verschillen. Hierbij kan men gebruik maken van de vierjaarlijkse monitor cijfers van de GGD-en. Er zijn gezondheidsmonitoren voor verschillende leeftijdscategorieën (0-11 jaar, 2e en 4e klas voortgezet onderwijs en volwassenen). Verder onderzoek is noodzakelijk om werkelijk zicht te krijgen op het vóórkomen van ADHD, de oorzaken daarvan, de diagnostische mogelijkheden en behandelingen. Kortom, de huidige trend vraagt eerst om een brede analyse alvorens het probleem met passende maatregelen aan te pakken.

De rol van de jeugdarts bij AD(H)D

De jeugdarts heeft een belangrijke rol in het signaleren, normaliseren, indien nodig toeleiden en volgen van kinderen met gedrags- en leerproblemen. De jeugdarts, centraal gepositioneerd in het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG), heeft als sociaal geneeskundige een verbindende rol. Ze verbindt het onderwijs in het zogenaamde Zorg Advies Team (ZAT), met zowel de eerste- als de tweedelijns gezondheidszorg en de jeugdhulpverlening. Indien de jeugdarts, na een analyse, verdere diagnostiek niet nodig acht kan zij ondersteuning dichtbij inschakelen. Indien nadere diagnostiek wel gewenst is kan zij zelfstandig of samen met de universitaire geschoolde gedragswetenschapper (psycholoog/orthopedagoog) hulpverlening indiceren. Zie ook het advies van de beroepsverenigingen ten aanzien van signalering en toeleiding¹. Samenwerking in een multidisciplinair team, maar ook met huisartsen en medisch specialisten (kinderartsen en kinderpsychiaters) is belangrijk voor goede signalering en behandeling. De wijze van signaleren en, indien nodig, inschakelen van professionals die deskundig zijn in verdere diagnostiek wordt momenteel vastgelegd in de multidisciplinaire richtlijn "signaleren en screenen van ADHD bij jeugdigen in de JGZ en huisartsenzorg" (Trimbosinstituut). Hierin is aandacht voor het totale proces van signaleren, normaliseren, screenen, diagnostiek, behandeling en nazorg. De jeugdarts speelt een belangrijke rol in dit gehele traject. De jeugdarts is de specialist op het gebied van longitudinale en integrale zorg met kennis van zowel medische- als psychosociale- en maatschappelijke- factoren die gezamenlijk bepalend zijn voor het totale welzijn van het kind. De jeugdarts staat dicht bij de doelgroep, is werkzaam bij de diverse vindplaatsen en kan normaliseren door haar medische kennis van normaal en abnormaal. Indien er, vanuit de zogenaamde vindplaatsen, een signaal over bijvoorbeeld storend gedrag, snelle afleidbaarheid en/of concentratieproblemen bij een van de CJG-medewerkers binnenkomt, is het

¹ <http://www.samenwerkenvoordejeugd.nl/smartsite.net?id=11736>

belangrijk dat de juiste deskundige dit gedrag met kind en ouders kan bespreken, onderzoeken en interpreteren. De jeugdarts is deze juiste deskundige. Zij kan het onderscheid maken tussen alle varianten van normaal en abnormaal gedrag en kan dit ook plaatsen en interpreteren. De jeugdarts weet waar de zorg laagdrempelig (en dichtbij) kan zijn en wanneer zwaardere zorg nodig is. Er zijn tal van laagdrempelige interventies bij opvoed- en gedragsproblemen mogelijk. Deze vinden plaats in de thuissituatie, het CJG en/of op school.

De jeugdarts in het onderwijs

De eerste zes jaar heeft de jeugdgezondheidszorg zeer frequent contact met ouders en kinderen. Indien er later in het onderwijs gedragsproblemen worden gesignaleerd kan de jeugdarts, samen met ouders en de intern begeleider van school, een inschatting maken. Zij analyseert de factoren van invloed op het gedrag, zoals medische gezondheid en persoonlijkheid van het kind, de omstandigheden thuis, de onderwijssituatie en de effecten daarvan op het gedrag van het kind.

Bijvoorbeeld: Op dit moment worden er regelmatig door scholen jongens aangemeld met de vraag of ADHD een rol speelt. Vaak zijn dit jongens die jong naar groep 3 doorgaan. vanwege de veranderde leeftijdsgrens en verplichte schriftelijke verantwoording als wordt gekozen om niet door te stromen naar die groep. Hier is dan geen sprake van ADHD, maar van een te hoog onderwijs niveau voor betreffende kind, waardoor deze zich zo gaat gedragen.

Ook ontwikkelingen binnen het voortgezet onderwijs kunnen van invloed zijn op het tijdstip van de diagnose AD(H)D. Jongens vertonen vaker externaliserend gedrag waardoor ze eerder opvallen. Meisjes vertonen vaak de minder lastige (internaliserende) gedragskenmerken en worden daardoor vaak pas later opgemerkt. Bij leerproblemen in het hogere middelbaar onderwijs (HAVO en VWO) zien we jongeren met voldoende cognitieve capaciteiten die, door hun gedragsproblemen, afzakken naar lagere vormen van onderwijs.

De jeugdarts als behandelaar na de diagnose

De jeugdarts heeft zicht op de effecten van een medische behandeling op het functioneren van het kind doordat deze op diverse terreinen werkzaam is. De jeugdarts is werkzaam op het consultatiebureau, op basisscholen inclusief het speciaal onderwijs, in het voortgezet onderwijs en/of in de Jeugd-GGZ. Hier zou in de evaluatie van behandelingen nog meer gebruik van gemaakt moeten worden. De jeugdarts kan het resultaat van de behandeling monitoren en indien nodig de behandeling aanpassen. Indien de diagnose ADHD is gesteld en eventueel ook andere problemen/stoornissen duidelijk zijn geworden (ADHD komt vaak gecombineerd met andere stoornissen voor), is het belangrijk dat de jeugdige en het gezin in de buurt ondersteuning krijgt. Ook omdat bij diagnostiek van de jongeren ook andere kinderen en/of één van de ouders een diagnostisch traject naar AD(H)D is ingegaan en waar de diagnose alsnog wordt gesteld. Vaak zijn er dan al langdurig problemen aan vooraf gegaan. In en rond het CJG zijn mogelijkheden om dit te organiseren. De jeugdarts heeft bovendien een rol om de verbinding met de diverse specialisten te onderhouden en kan zorgen voor betere interactie in een multidisciplinair overleg.

Samengevat heeft de jeugdarts door zijn sociaal medische specialisme, interactie met verschillende disciplines en contact met jeugdigen tijdens de verschillende leeftijdfasen en in de diverse setting, een uitgelezen positie in het signaleren, diagnosticeren, behandelen en monitoren van AD(H)D.

Ik hoop hiermee de visie van de AJN duidelijk te hebben gemaakt.

Met vriendelijke groet,

Mw. Drs. E. Van Hoorn, arts Maatschappij&Gezondheid
Bestuurslid Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland

Vragen van Minister Schippers

Vraag 1: Is er een verklaring voor de blijvende toename van het aantal gediagnosticeerde ADHD gevallen van kinderen jonger dan 18 jaar?

Vraag 2: Welke beroepsinhoudelijk eisen kunnen gesteld worden aan het indiceren en initiëren van ADHD medicatie? Voldoen huisartsen, kinderartsen en kinderpsychiaters aan deze eisen? Moeten er eisen gesteld worden aan de samenwerking en/of afbakening tussen deze voorschrijvers en andere (psychosociale) behandelaars?

Vraag 3: Is in de vigerende richtlijn voldoende duidelijk afgebakend, meetbaar en toetsbaar wat ernstig is en wat niet? Zijn deze criteria voldoende concreet wanneer psychosociale interventies en/of medicamenteuze therapieën gestart moeten worden en hoe ze op elkaar afgestemd moeten worden, dan wel dat er geen behandeling in engere zin nodig is?

Vraag 4; uit genoemd onderzoek van het Nivel blijkt dat in de eerste lijn steeds vaker (tot 30%) voor andere diagnoses ADHD medicatie wordt voorgeschreven. Is dit in lijn met de vigerende richtlijnen? Is het eventueel afwijken van richtlijnen door de eerste lijn in dit geval voldoende kwalitatief geborgd?

Vraag 5: Kunt u een uitspraak doen over het langer dan 2 jaar gebruiken van ADHD medicatie bij kinderen jonger dan 18 jaar, in het licht van recente data van de eerder genoemde MTA follow-up studie?

Vraag 6: Zijn er nadere criteria te formuleren ten aanzien van het starten, gebruiken en staken van ADHD medicatie bij volwassenen ouder dan 18 jaar met ADHD volwassenvorm, op grond van de ervaringen bij de leeftijdsgroep jonger dan 18 jaar?