

## Meer aandacht voor diagnostiek en medicatie bij ADHD

### INLEIDING

Er is zorg over overdiagnostiek en overbehandeling van de aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD). De Gezondheidsraad meldt in een onlangs verschenen rapport dat het aantal kinderen in Nederland met een geregistreerde diagnose ADHD tussen 2002 en 2011 verdubbeld is.<sup>1</sup> In diezelfde periode verviervoudigde het aantal kinderen dat ADHD-medicatie kreeg voorgeschreven tot circa 4,5% van alle Nederlanders onder de 18 jaar.<sup>2</sup> Wij vragen ons af of de eind 2014 uitgekomen NHG-Standaard ADHD bij kinderen genoeg houvast biedt om deze stijging van het aantal diagnoses en het medicatiegebruik af te remmen.<sup>3</sup>

De NHG-Standaard maakt onderscheid tussen (1) probleemgedrag met lichte beperkingen in het functioneren, (2) ADHD zonder psychiatrische comorbiditeit, (3) ADHD met psychiatrische comorbiditeit en (4) ADHD met ernstige beperkingen in het functioneren. Het advies luidt alleen te starten met medicamenteuze behandeling wanneer het kind ernstige beperkingen ondervindt en gedragstherapie onvoldoende effect heeft. Het percentage kinderen dat wordt behandeld met methylfenidaat ligt op dit moment echter ongeveer even hoog als de prevalentie (5%).<sup>3</sup> Dit impliceert dat ook kinderen met lichte beperkingen of met milde ADHD methylfenidaat krijgen en dat behandelaars voorbijgaan aan het advies eerst gedragstherapie te proberen. Wij zijn van mening dat de NHG-Standaard de richtlijnen inzake diagnostiek en behandeling van ADHD scherper zou moeten formuleren.

### DIAGNOSTIEK

Bij ADHD spelen niet alleen genetische factoren een rol, maar ook omgevingsfactoren. In die gevallen waarin de omgeving een grote rol speelt in het ontstaan van het probleemgedrag, bijvoorbeeld bij een problematische gezinssituatie, dient een daartoe bevoegde en bekwaame professional de afweging te maken of de diagnose ADHD passend is. De NHG-Standaard maakt onderscheid tussen gedrag dat past bij ADHD en gedrag dat past bij psychische, pedagogische of sociale omstandigheden, bijvoorbeeld verminderde pedagogische draagkracht van de ouders of de school. De Gezondheidsraad toont zich in het genoemde rapport bezorgd dat dit onderscheid niet in alle gevallen wordt gemaakt en wij delen die zorg. De diagnose ADHD is vooral een classificatie van symptomen; juist de onderliggende verklarende factoren zouden de basis moeten vormen van het behandeltraject. De professional die de diagnose stelt, moet dus bekwaam zijn in het signaleren van relevante verklarende factoren.

Een tweede belangrijk punt is het diagnostisch criterium dat stelt dat er sprake moet zijn van een ernstige beperking in het functioneren. Met de Gezondheidsraad vragen wij ons af of de NHG-Standaard genoeg aandacht aan dit criterium besteedt en of professionals het voldoende laten meewegen. Het functioneren van een kind wordt mede bepaald door de eisen die de omgeving aan het kind stelt, en vaak is juist disfuncties (niet de symptomen zelf) een reden voor de ouders om naar de huisarts te stappen.<sup>4</sup>

Een derde punt van zorg doet zich voor waar de NHG-Standaard aangeeft dat diagnostiek en behandeling van ADHD binnen de huisartsenzorg kan plaatsvinden. De standaard laat in het midden welke eisen dit stelt aan het kennis- en bekwaamheidsniveau van de huisarts en de POH-ggz. Juist het feit dat bredere systeemfactoren dienen te worden meegewogen in het diagnostisch oordeel vereist brede vak-kennis, niet alleen van psychiatrische beelden, maar ook van pedagogische vaardigheden en verklarende factoren buiten het gezin (zoals de school). Het ligt voor de hand dat de POH-ggz hierin een belangrijk aandeel kan hebben, maar er is nog grote variatie in de kwaliteit van de POH-ggz en in de opleiding.<sup>1</sup> De NHG-Standaard spreekt over de noodzaak dat een huisartsenzorg beschikt over een diagnostisch professional die 'ADHD als aandachtsgebied heeft'. Onze zorg is dat bij een te smalle expertisebasis de differentiaaldiagnostiek ondergesneeuwd raakt, zodat het risico ontstaat van *availability bias*, wat overdiagnostiek van ADHD in de hand kan werken. Wij pleiten er daarom voor dat de betreffende professional een breder aandachtsgebied moet hebben dan ADHD alleen.

Het geven van gedragstherapeutische interventies binnen de huisartsenzorg stelt eisen aan de expertise van de behandelaar. Er is een breed scala aan gedragstherapeutische interventies, van zeer geprotocolleerde oudertrainingen tot intensieve individuele trajecten in de vorm van mediatetherapie. Het ligt voor de hand dat intensievere trajecten zullen plaatsvinden binnen de tweedelijns ggz; geprotocolleerde interventies kunnen ook daarbuiten worden verzorgd. Naar onze mening biedt de NHG-Standaard onvoldoende kader voor dit therapeutisch beleid. Huisartsen zouden de mogelijkheid moeten hebben te verwijzen naar bewezen effectieve gedragstherapeutische ouder- en/of leerkrachtprogramma's die binnen de taakstelling vallen van de POH-ggz, maar ook elders laagdrempelig worden aangeboden, zoals de erkende interventies uit de databank van het Nederlands Jeugd Instituut.<sup>5</sup> Van groot belang is wel dat de POH-ggz voldoende tijd krijgt om dergelijke behandelingen zinvol aan te bieden.

### MEDICATIE

De NHG-Standaard adviseert huisartsen die zelf medicatie willen instellen te starten met een lage dosis kortwerkend methylfenidaat en de dosis te verhogen tot maximaal kli-

VUmc, afdeling Klinische Neuropsychologie, Van der Boechorststraat 1, 1081 BT Amsterdam: dr. M. Luman, psycholoog, senior onderzoeker, universitair docent. UMC Utrecht, afdeling Psychiatrie: dr. P. de Zeeuw, psycholoog in opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog, universitair docent • Correspondentie: m.luman@vu.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

nisch effect is bereikt bij minimale bijwerkingen. Een alternatief dat de NHG-Standaard niet noemt en dat in de klinische praktijk in het algemeen over het hoofd wordt gezien, is de dubbelblinde placebogecontroleerde proefbehandeling. Deze methode, die ook in onderzoeksverband wel wordt gebruikt,<sup>6</sup> houdt in dat het kind gedurende vier weken steeds één week lang een lage, middelhoge of hoge dosis methylfenidaat krijgt, of een placebo. Na iedere week worden ADHD-symptomen, opstandig gedrag en bijwerkingen in kaart gebracht. Aan het eind van de proefbehandeling wordt de blinding verbroken en kijkt de arts samen met de patiënt en diens ouders of methylfenidaat effectief is en wat de optimale dosering is.

De placebogecontroleerde proefbehandeling houdt rekening met de mogelijkheid van een placebo-effect én met het feit dat hogere dosering niet automatisch leidt tot groter klinisch effect. In de grootschalige Amerikaanse Multimodal Treatment Study of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (MTA) is de proefbehandeling vergeleken met de gebruikelijke zorg bij ADHD, die grotendeels bestaat uit de standaardtitratie van methylfenidaat. Het MTA-onderzoek wees uit dat ongeveer eenderde van de kinderen met ADHD niet reageert op methylfenidaat of net zo goed reageert op placebo.<sup>7,8</sup> Deze kinderen worden niet of nauwelijks herkend met de standaardtitratiemethode. Ook bleek de uiteindelijke dosering na de proefbehandeling lager dan bij standaardtitratie.<sup>7</sup> In Nederland passen verschillende ggz-instellingen de proefbehandeling toe en het wachten is op een effectonderzoek. Voor de huisarts brengt de proefbehandeling meer tijd en moeite met zich mee dan de standaardtitratie; doorverwijzing naar de tweedelijns ggz voor het instellen van de medicatie kan dan gewenst zijn. Als blijkt dat dit alternatief ook in Nederland bijdraagt aan inperking van het aantal voorschriften en verlaging van de gemiddelde dosis, dan zou dat de investering waard zijn.

### CONCLUSIE

De NHG-Standaard biedt een goed overzicht van de huidige wetenschappelijke inzichten, maar zou een scherpere kadering moeten bieden van de expertise die binnen de huisartsenzorg aanwezig moet zijn om tot een adequate differentiaaldiagnostiek en triage van de ernst van de problematiek te komen, met name omdat bredere systeemfactoren dienen te worden meegewogen in het diagnostische oordeel. Ook menen wij dat alternatieve methoden voor het instellen van ADHD-medicatie moeten worden overwogen. ■



### LITERATUUR

- 1 De Beaufort ID, Boer F, Fliers EA, Koomen HM, Korevaar L, Kroneman H, et al. ADHD: Medicatie en maatschappij. Publicatienr. 2014/19. Den Haag: Gezondheidsraad, 2014.
- 2 Meer dan 1 miljoen ADHD-voorschriften. *Pharmaceutisch Weekblad* 2011;146(49).
- 3 Stijntjes F, Hassink-Franke L, Kruishoop A, Beeres MPJ, Eekhof H, Van Manen S, et al. NHG-Standaard ADHD bij kinderen. *Huisarts Wet* 2014;57:584-94.
- 4 Wright N, Moldavsky M, Schneider J, Chakrabarti I, Coates J, Daley D, et al. Practitioner Review: Pathways to care for ADHD - a systematic review of barriers and facilitators. *J Child Psychol Psychiatry* 2015 Feb 23. [Epub ahead of print]
- 5 Erkende interventies. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2015. <http://www.nji.nl/Praktijk-Erkende-interventies>.
- 6 Luman M, Goos V, Oosterlaan J. Instrumental learning in ADHD in a context of reward: intact learning curves and performance improvement with methylphenidate. *J Abnorm Child Psychol* 2015;43:681-91.
- 7 Greenhill LL, Swanson JM, Vitiello B, Davies M, Clevenger W, Wu M, et al. Impairment and deportment responses to different methylphenidate doses in children with ADHD: the MTA titration trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:180-7.
- 8 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 Psychiatry* 1999;56:1073-86.