

ADHD bij kinderen en jeugdigen

Regionale Transmurale Afspraak

Doelstelling

Een betere samenwerking en adequaat verwijzen bij ADHD bij kinderen en jeugdigen.

Diagnostiek – signalering gedragsprobleem

Signalering

De kernsymptomen aandachtstekort, impulsiviteit en/of hyperactiviteit komen in wisselende mate voor bij kinderen, waardoor de uitingsvormen van ADHD sterk uiteenlopend kunnen zijn.

Bij een vermoeden van ADHD op basis van gesignaleerde gedragsproblematiek van een kind, wordt nader onderzoek verricht naar de aard en oorzaak hiervan:

- Met lichte tot matige lijdensdruk en disfunctioneren zonder psychiatrische comorbiditeit → verwijzen voor diagnostiek naar de generalistische basis GGZ;
- Bij ernstige problematiek → verwijzen naar de gespecialiseerde GGZ of kinderarts.

NB. Alvorens te verwijzen voor nader onderzoek vindt bij voorkeur overleg plaats tussen de huisarts en de jeugdarts.

Overleg huisarts - jeugdarts

De huisarts neemt contact op met de jeugdarts voor aanvullende informatie, en vice versa, om te komen tot een voorlopige diagnose.

Jeugdartsen (4-19) zijn bereikbaar via het centrale nummer van de GGD 088 - 0031100.

De huisarts geeft aan om welke school/kind het gaat. Via dit nummer kan:

- Direct doorverbonden worden met de jeugdarts;
- Naam en contactgegevens van de jeugdarts opgevraagd worden.

Jeugdartsen (0-4) zijn bereikbaar via het consultatiebureau 040 – 2308408 (Zuidzorg)¹ en voor regio Helmond via Zorgcentrale: 0900 – 899 8636 (Zorgboog).

Diagnosestelling

Diagnosestelling

- De huisarts / jeugdarts verwijst voor het stellen van de diagnose ofwel naar een 1^e lijns (vrijgevestigde) psycholoog of orthopedagoog² waar al mee wordt samengewerkt, ofwel naar een ziekenhuis of GGZ-instelling.³ Bij verwijzing zorgt de huisarts/jeugdarts voor de nodige gegevens en een duidelijke vraagstelling;
- Degene naar wie verwezen is stuurt een verslag van de consultatie retour naar de huisarts met een kopie naar de jeugdarts.

¹ Vragen naar secretariaat Jeugdgezondheidszorg. Als de jeugdarts niet aanwezig is: mail met verzoek om overleg.

² Vergoeding van de orthopedagoog kan per gemeente verschillen.

³ Dit is in Zuidoost Brabant mogelijk in de ziekenhuizen in Geldrop en Helmond

NB. Er bestaat een kwaliteitsverschil tussen diverse psychologenpraktijken. Het advies is om een lokaal netwerk op te bouwen met psychologen die een kwalitatief goed onderbouwd rapport opstellen. Een vereiste is dat na diagnose ook de evt. psychologische behandeling door de psycholoog kan worden gestart en de psychoeducatie wordt aangeboden.

Behandeling

Algemeen:

- Behandeling in de 1^e lijn vindt plaats bij kinderen met ADHD > 6 jr zonder comorbiditeit. In alle andere gevallen wordt verwezen voor behandeling;
- De medicamenteuze behandeling wordt in principe gestart in de 2^e lijn, hiervoor kan verwezen worden naar de kinderarts of de kinderpsychiater. Na instelling op de medicatie volgt z.s.m. terugverwijzing naar de 1^e lijn. Bij voldoende kennis en ervaring kan de medicatie gestart worden door de huisarts, tenzij er sprake is van complexe problematiek of contra indicaties⁴.

Voorlichting en niet-medicamenteuze behandeling

Stap 1: **Psycho educatie kind EN ouders**

- Door de huisarts of POH GGZ, of;
- Door psycholoog in het ziekenhuis als de diagnose daar is gesteld.

Stap 2: **Niet medicamenteuze behandeling kind EN ouders**

- Bij een kind > 6 jaar zonder comorbiditeit door POH GGZ indien voldoende expertise aanwezig;
- De nadruk ligt op de pedagogische ondersteuning van de ouders;
- In alle andere gevallen verwijst de huisarts voor niet medicamenteuze behandeling naar de psycholoog of orthopedagoog gespecialiseerd in ADHD.

Stap 3: **Monitoring**

De huisarts of POH GGZ⁵ monitort het effect van de voorlichting en niet medicamenteuze behandeling na 3 maanden en overweegt medicatie bij onvoldoende effect. Hierbij wordt de individuele situatie in acht genomen; indien er bijvoorbeeld een dreiging is dat het kind van school wordt gestuurd kan eerder gestart worden met medicatie.

Medicamenteuze behandeling

Bij onvoldoende effect van voorlichting en niet medicamenteuze behandeling wordt gestart met medicatie.

Medicatie:

- Methylfenidaat: *zie bijlage 1 voor doseerschema*;
- Bij onvoldoende effect of teveel bijwerkingen wordt verwezen naar de 2^e lijn.

Bij andere middelen kan te weinig ervaring worden opgedaan in de 1^e lijn. Hiervoor wordt verwezen naar de 2^e lijn. Na instelling wordt het kind terugverwezen naar de 1^e lijn.

⁴ Zie de toelichting en bijlage 1

⁵ Afhankelijk van de kwaliteiten van de POH GGZ en van de afspraken tussen huisarts en POH GGZ.

Follow up

Niet-medicamenteuze behandeling:

- 1x per 6 maanden;
- Navraag klachten thuis en op school;
- Indien deze betrokken is dan navraag bij / afstemmen met de jeugdarts.

Medicamenteuze behandeling:

- Bij start of ophoging van medicatie: binnen 1 maand;
- Na bereiken van stabiele situatie: 1x per 6 maanden;
- Navraag klachten thuis en op school;
- Bespreken adequate dosering, duur werkzaamheid, therapietrouw, bijwerkingen;
- Controle bloeddruk en hartfrequentie, zie bijlage 1: 1 x per jaar;
- Controle groeicurve, zie bijlage 1;
- ECG: eenmalig voor de start met medicatie, indien er sprake is van plotseling overlijden door cardiale oorzaak of overlijden zonder duidelijk verklaarde oorzaak bij 1^e en 2^e graads familieleden, of ouders met ritmestoornissen < 55 jr, en eventueel bij klachten.

NB. Herhaal de medicatie alleen als het kind onder goede controle staat.

Verwijzen

Als de huisarts problemen ervaart met reeds ingestelde patiënten, kan terugverwezen worden naar de kinderarts of psychiater die de patiënt op medicatie heeft ingesteld. Dit is geïndiceerd bij:

- Bijwerkingen van de medicatie, zoals afbuigen lengtegroei, tensiestijging, ritmestoornissen of andere klachten;
- Het ontstaan van contra-indicaties of comorbiditeit;
- Middelengebruik;
- Achteruitgang van gedrag/leren.

Naar de generalistische basis GGZ:

- Voor diagnostiek bij licht tot matige lijdensdruk en dysfunctioneren zonder psychiatrische comorbiditeit;
- Voor niet medicamenteuze behandeling.

Naar de chronische basis GGZ:

- Voor medicamenteuze follow up van complexe casus, waarbij de instelling door specialistische GGZ is gedaan, en de medicatie langduriger binnen de GGZ gecontinueerd wordt.

Naar de gespecialiseerde GGZ:

- Voor diagnostiek en behandeling bij ernstige problematiek;
- Bij (vermoeden van) complexe psychiatrische problematiek, welke gepaard kan gaan met ADHD kenmerken;
- Voor behandeling;
- Voor instelling op medicatie.

Naar de kinderarts:

- Voor diagnostiek (alleen in regio's Geldrop en Helmond);

- Bij ADHD kenmerken waarbij gedacht wordt aan onderliggende somatische of neurologische problematiek;
- Voor instelling op medicatie;
- Als bij gebruik van methylfenidaat de lengtegroei afbuigt.

De verwijzer⁶ draagt zorg voor overdracht van:

- Informatie van de huisarts;
- Aanvullende gegevens van de jeugdarts, indien betrokken;
- Gegevens van het verrichte vooronderzoek en evt. ingestelde behandeling.

Transitie bij 18 jaar

In principe komen jongeren ouder dan 18 jaar voor controle in aanmerking bij de huisarts. Bij ernstige comorbiditeit, multimediatie en andere medicatie dan methylfenidaat worden de controles overgedragen aan een volwassene psychiater of blijven zij, afhankelijk van de persoonlijke omstandigheden, tot 21 jaar bij de kinderpsychiater. Denk aan het betrekken van de arts verstandelijk gehandicapten (AVG) bij kinderen/volwassenen met een (licht) verstandelijke beperking.

Terugverwijzen en follow up

Kinderen bij wie ongecompliceerde ADHD is vastgesteld, en kinderen met co-morbiditeit bij wie de medicatie goed is ingesteld, worden terugverwezen naar de eerste lijn.

Bij terugverwijzing geeft de specialist de huisarts advies over:

- Medicatiecontrole;
- Verdere begeleiding;
- Bij welke problemen het kind weer moet worden verwezen.

Namens huisartsen

Hans van Hirtum
Anne-Marie der Kinderen
Peter Lucassen
Jan Meulenber
Marijke Nelissen

Namens kinderartsen

Erik Brouwer, Elkerliek ziekenhuis
Jan-Erik Bunt, Catharina Ziekenhuis (tot sept 2014)
Tom Hendriks, Catharina Ziekenhuis (vanaf sept. 2014)
Marieke Pestman, St. Anna ziekenhuis
Marjo Verreussel, Máxima Medisch Centrum

Namens jeugdartsen GGD BZO

Nanette Oei
Marja Schuil

Namens kinder- en jeugdpsychiaters

Pieter McCardle, GGZ Oost Brabant, systeemtherapeut
Ann van Roy, GGzE
Evelien Schuivens, Elkerliek ziekenhuis, gz-psycholoog

Namens transmurale centra

Hennie van Bavel, coördinator HaCa
Ans Hendrikx, medisch coördinator Quartz

Deze regionale transmurale afspraak is ontwikkeld in samenwerking met de transmurale organisaties HaCa, Quartz, THEMA, TransMáx. Voor deze samenwerkingsafpraak is uitgegaan van de landelijke richtlijnen. Deze samenwerkingsafpraak is goedgekeurd door de Kwaliteitsraad van de Huisartsenkring Zuidoost Brabant.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van HaCa.

© 2015 HaCa

⁶ De verwijzer kan ook de jeugdarts zijn, na overleg en met berichtgeving naar de huisarts.