Begeleiding van kinderen en jongeren met ADHD in de eerste lijn.

Pieterjan Geusens, KU Leuven.

Wouter Peters, KU Leuven.

Promotor: Prof. Dr. Aertgeerts Bert, KU Leuven.

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

I. Dankwoord 5

II. Samenvatting 6

III. Tabellenlijst 8

IV. Algemene inleiding. 9

V. Literatuuroverzicht. 10

A. Inleiding. 10

B. Vraagstelling. 11

C. Methode. 12

1. Literatuur. 12
2. Expertopinie. 14

D. Resultaten. 14

E. Bespreking. 17

1. Initiële opvang en behandeling. 17
   a) Diagnose. 17
   b) Comorbiditeit. 20
   c) Advies 21
   d) Formuleren van doelstellingen. 21
   e) Initiële behandeling. 22
      (1) Psycho-educatie en gedragstherapie. 22
      (2) Dieetadvies. 22
      (3) Medicatie. 23
   f) Samenwerking met de school en het CLB. 23
   g) Vragenlijsten. 24
2. Behandeling en verdere follow-up. 25
   a) Behandeling is afhankelijk van de leeftijd.[3] 25
      (1) Kinderen < 6 jaar. 25
      (2) Kinderen tussen 6 en 12 jaar. 25
      (3) Kinderen > 12 jaar. 26
   b) Begeleidingsplan na het stellen van de diagnose. 26
   c) Medicatie. 26
      (1) Methylfenidaat. 27
      (2) Atomoxetine. 30
   d) Psycho-educatie 31
   e) Gedragstherapie 31
3. Besluit 33

VI. Praktijkproject. 34

A. Inleiding. 34

B. Methode. 34

C. Resultaten. 36

1. De enquête. 36
2. De website. 38

D. Discussie 40

VII. Conclusie. ***43***

VIII. Referenties. ***44***

IX. Bijlagen. ***46***

A. Vragenlijsten. 46

B. Informatiebrief. 49

C. Sociale kaart. 52

D. Basisschema medicatie. 53

E. Gegevens en data analyse enquete en website. 54

I. Dankwoord

Op de eerste plaats willen wij onze promotor Prof. Dr. Bert Aertgeerts bedanken voor zijn begeleiding, enthousiasme en kritische bespreking van de tekst.

Onze oprechte dank gaat eveneens uit naar onze beide copromotoren en eveneens praktijkopleiders (PO) voor hun vertrouwen, begeleiding en het nalezen van de tekst.

Verder willen we de instantie “Zit Stil”, Prof. Dr. Marina Danckaerts en CLB-psychologe Hilde Awouters uitdrukkelijk bedanken voor het delen van hun expertise.

Ook dank aan alle huisartsen in Vlaanderen die met interesse onze website hebben bezocht en ons nuttige feedback bezorgden in het kader van de verdere optimalisatie ervan.

Een speciaal woordje dank aan onze ouders voor hun vertrouwen, hun steun en alle kansen die zij ons gegeven hebben.

Bedankt!

II. Samenvatting

Context:

ADHD is één van de meest voorkomende psychische stoornissen (3-5%) bij kinderen en vereist een multidisciplinaire begeleiding. We stellen vast dat in de praktijk de huidige richtlijnen slechts beperkt worden toegepast. Ook het voorschrijven van psychofarmaca aan patiënten met ADHD is een pijnpunt. De huisarts kan echter een belangrijke rol spelen in de intensieve en kwaliteitsvolle begeleiding van deze patiënten, wat zou kunnen leiden tot een betere integratie van zorg en het doorsturen van belangrijke problematiek naar kinderpsychiaters. Door het ontwikkelen van een praktische tool trachten we de huisarts bij te staan in de begeleiding van deze patiënten. Dit zowel tijdens de initiële opvang als tijdens de verdere follow-up na het stellen van een correcte diagnose.

Onderzoeksvraag:

Wat is de inhoud van een praktische tool voor de huisarts om te hanteren tijdens de consultatie? Wat zijn de huidige obstakels en pijnpunten voor de huisarts in de kwaliteitsvolle zorg en begeleiding van patiënten met ADHD?

Methode:

Op basis van een literatuurstudie werd de inhoud van de tool bepaald. De tool werd uitgewerkt in de vorm van een website, deze werd gelinkt met de evidence linker in het EMD. Na gebruik van de website werd een appreciatie gevraagd aan de deelnemende artsen met betrekking tot hun beleving van de ADHD-problematiek en het gebruik van de website. Met behulp van de toepassing "Google Analytics" werd het gebruik van de website geanalyseerd.

Resultaten:

Huisartsen in Vlaanderen werden via mail uitgenodigd de website te bezoeken en te hanteren gedurende een periode van 77 dagen. Hij kreeg 582 bezoeken, waarvan 468 unieke bezoekers. Per bezoek werden gemiddeld 5 van de 21 pagina's bekeken. De gemiddelde duur van een bezoek bedroeg bijna drie minuten. 48 enquêtes werden ingestuurd. 50% van de bevraagde huisartsen schrijven enkel psychofarmaca voor in de aanwezigheid van een geldig attest maar 19% geeft aan hier niet naar te vragen. De respondenten gaven 4 grote obstakels aan voor een kwaliteitsvolle begeleiding van ADHD-patiënten. De huisartsen ervaren een te beperkte kennis over de verschillende mogelijkheden van niet-medicamenteuze begeleiding, ze ondervinden grote moeilijkheden om tijdig door te verwijzen naar andere instanties, er is een gebrek aan een

handig hulpmiddel tijdens de consultatie en er is te beperkt of zelfs geen overleg met de betrokken kinderpsychiater en/of het CLB.

Conclusies:

Via de enquête geeft de huisarts duidelijk enkele belangrijke obstakels aan die een kwaliteitsvolle hulpverlening voor ADHD-patiënten in de eerste lijn belemmeren. Inhoudelijk werd de website relevant en goed bevonden, maar op het vlak van lay-out, overzichtelijkheid en functionaliteit werd echter aangegeven dat de website nog voor verbetering vatbaar is. De website werd over het algemeen positief onthaald door de bevraagde huisartsen en kan dus beschouwd worden als een geslaagd piloot- en praktijkproject, dat hopelijk een vervolg krijgt door een meer professionele ontwikkeling van een module geïntegreerd in het EMD.

III. Tabellenlijst

- Tabel 1: PICO die werd gehanteerd als basis voor de verdere literatuurstudie.
- Tabel 2: Overzicht van bezochte websites volgens de eerste zoekstrategie.
- Tabel 3: Overzicht van de gevonden richtlijnen aan de hand van de eerste zoekstrategie.
- Tabel 4: Overzicht van de gevonden richtlijnen aan de hand van de tweede zoekstrategie.
- Tabel 5: overzicht van gevonden artikels met betrekking tot gevalideerde ADHD-vragenlijsten volgens een 1ste zoekstrategie.
- Tabel 6: overzicht van gevonden artikels met betrekking tot gevalideerde ADHD-vragenlijsten volgens een 2de zoekstrategie.
- Tabel 7: Gevonden artikels met de zoekterm “Child Behaviour Checklist” via pubmed.
- Tabel 8: Door de huisarts aangegeven impact van mogelijke obstakels voor een kwaliteitsvolle begeleiding van ADHD-patiënten in de eerste lijn.
- Tabel 9: Overzicht van het gebruik van onze website.
- Tabel 1: Overzicht van het gebruik van de website per pagina.

IV. Algemene inleiding.

Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) is één van de meest voorkomende psychische stoornissen met een wereldwijde gemiddelde prevalentie van 5% bij kinderen en 3% bij volwassenen. De incidentie van ADHD is aan het toenemen, vermoedelijk mede omdat de diagnose ook vaker wordt gesteld door verbeterde diagnostiek en meer inzicht in de problematiek.[1] Het verloop van deze frequent voorkomende aandoening is vaak gecompliceerd omwille van mogelijke comorbiditeiten en zijn invloed op het dagelijks functioneren van het kind. ADHD vereist daarom een continue professionele en multidisciplinaire begeleiding.[5]

Momenteel worden drie behandelingsmethodes aanbevolen door de meeste recente richtlijnen.[3-9]Psycho-educatie heeft als doel een inzicht te krijgen in de achterliggende stoornis, het aanvaarden van eigen beperkingen en een aanpassing van het gedrag en het zelfbeeld in functie van een haalbaar toekomstperspectief. Deze psycho-educatie moet zowel toegepast worden op de patiënten zelf maar ook op de personen die nauw betrokken zijn, zoals ouders en leerkrachten. Ook blijft farmacotherapie een efficiënte manier om de symptomen van ADHD te onderdrukken als het een onderdeel is van een ruimer zorgtraject. Tenslotte kunnen er door middel van gedragstherapie nieuwe vaardigheden worden aangeleerd en kan er controle worden aangeleerd over het eigen gedrag. Het zijn vooral cognitief gedragstherapeutische programma's en sociale vaardigheidsbehandelingen die in het behandelingsaanbod voor het kind en de belangrijkste opvoedingsfiguren zijn opgenomen. Deze behandelingsmethoden zijn mogelijks effectief alhoewel dit nog steeds slechts beperkt aangetoond is in de literatuur.[13]

Voor de kinderpsychiatrie in Vlaanderen is de gemiddelde wachttijd tussen het eerste gesprek en de daaropvolgende hulp gemiddeld 47 dagen. In sommige delen van Vlaanderen bedragen de wachttijden zelfs 115 dagen, en driekwart van de kinderen op de wachtlijst kreeg pas een eerste persoonlijk gesprek binnen de 150 dagen. Er is dus momenteel een nijpend tekort aan kinderpsychiaters. Een reden temeer om de rol van de huisarts te promoten in de initiële opvang en follow-up van kinderen met ADHD.[2]

Vaak neemt de kinderpsychiater de volledige follow-up voor zijn/haar rekening, terwijl de rol van de huisarts beperkt blijft tot het voorschrijven van medicatie. Kinderpsychiaters, pediaters en huisartsen zouden samen een zorgtraject moeten voorzien voor patiënten met ADHD om de opvolging ervan efficiënter te laten verlopen. De diagnose en behandeling moeten worden herzien in het overgangsproces, en er moet duidelijkheid worden geschept over wie de leidinggevende clinicus is om de continuïteit van de zorg te waarborgen.[3]

Het doel van deze scriptie is nagaan welke plaats de huisarts kan innemen in de eerste opvang en de verdere follow-up van ADHD-patiënten in de eerste lijn. Door middel van het ontwikkelen van een praktische tool trachten we de huisarts hierin zo goed mogelijk te begeleiden. Hierbij willen we onder andere de huidige pijnpunten van de begeleiding in de eerste lijn nagaan en trachten we aan de hand van een enquête en de gebruikersanalyse van de tool te komen tot een verdere optimalisatie hiervan.

V. Literatuuroverzicht.

A. Inleiding.

Concentratiestoornis met hyperactiviteit (ADHD) is één van de meest gediagnosticeerde gedragsstoornissen bij kinderen en adolescenten. De drie kernsymptomen van ADHD zijn hyperactiviteit (gedesorganiseerd en overmatig niveau van activiteit), aandachtstekort (concentratieprobleem), en impulsief gedrag.
De DSM-IV criteria onderscheidendrie subtypes van ADHD[3,7,18]:

- ADHD, overwegend onoplettendheid type, waarbij aandachtstekort overheerst, met o.a. volgende symptomen: geen aandacht voor details, moeilijk de aandacht vasthouden, problemen met het organiseren van taken, vergeetachtigheid.
- ADHD, overwegend hyperactief-impulsief type, waarbij hyperactiviteit/impulsiviteit overheerst, met o.a. volgende symptomen: onrustig bewegen met handen of voeten, vaak opstaan in de klas, aan één stuk doorpraten, anderen verstoren of onderbreken. Dit noemt men soms ook hyperactieve of impulsieve stoornis.
- ADHD, gecombineerde type, waarbij aandachtstekort en hyperactiviteit/impulsiviteit aanwezig zijn. Bij de meer ernstige vormen van dit gecombineerde type spreekt men soms ook van een hyperkinetische stoornis (HKD).

Een concentratiestoornis of hyperactiviteit op zich volstaat niet voor het stellen van de diagnose ADHD. De kernsymptomen moeten vaker en in ernstigere mate voorkomen dan normaal is voor het ontwikkelingsniveau van het kind. Daarnaast moeten de symptomen tenminste zes maanden aanwezig zijn en reeds vóór de leeftijd van zeven jaar ontstaan zijn. De symptomen moeten in meer dan één setting optreden (bv. op school én thuis), ze moeten het functioneren beduidend verstoren en ze mogen niet verklaarbaar zijn vanuit andere psychische of ontwikkelingsstoornissen.

De diagnostische criteria voor ADHD zijn reeds meerdere malen gewijzigd en er blijft discussie over de definitie en de validiteit van ADHD als stoornis. De huidige diagnostische criteria voor ADHD zijn gevalideerd bij kinderen ouder dan zes jaar. Hoewel er stilaan bewijs komt voor de validiteit ervan bij jongere kinderen, blijft een diagnose in deze leeftijdsgroep voorlopig tentatief.[3]

Alle richtlijnen zijn het erover eens dat de diagnose van ADHD moet gesteld worden aan de hand van een psychiatrische investigatie door een expert op dit terrein en zowel de kinderen als de ouders, de school en andere belangrijke opvoedingsfiguren dienen hierbij betrokken te worden.[3,9] Bij kinderen met een vermoedelijke comorbiditeit wordt een multidisciplinaire evaluatie (psychologen en sociaal werkers) aangeraden. Dergelijke evaluatie is van groot belang, gezien comorbiditeiten vaak optreden bij kinderen met ADHD en deze problemen een individuele behandeling vereisen.[5]

B. Vraagstelling.

Op basis van een grondige literatuurstudie willen we komen tot de inhoud van een praktische leidraad voor de huisarts om te hanteren tijdens de consultatie. Zo trachten we de ADHD-patiënten kwaliteitsvolle zorg te kunnen aanbieden tijdens de aanvangsperiode van een vermoedelijke diagnose van ADHD en tijdens de follow-up van patiënten met ADHD. De resultaten van de literatuurstudie zullen de basis vormen voor een praktische uitwerking in de vorm van een website.

C. Methode.

1. Literatuur.

Bij het zoeken naar literatuur werden twee verschillende zoekstrategieën toegepast op basis van de onderstaande PICO. (tabel 1)

P	Kinderen en jongeren tot 18-jarige leeftijd met een hyperkinetische en/of concentratiestoornis.
I	Kwaliteitsvolle zorg, volgens onze praktische tool, aangeboden door huisarts tijdens de eerste opvang bij een vermoedelijke diagnose van ADHD en tijdens de verdere follow-up na het stellen van de diagnose.
C	Patiënt die niet wordt begeleid door de huisarts volgens de huidige richtlijnen.
O	Nagaan of deze intensieve follow-up praktisch haalbaar is en een meerwaarde betekent voor de huisarts en of dit de communicatie tussen de verschillende betrokken instanties optimaliseert.

Tabel 2: PICO die werd gehanteerd als basis voor de verdere literatuurstudie.

Vooreerst werd er via de links op de CEBAM-website naar richtlijnen gezocht op Nederlandstalige en Engelstalige websites. Initieel werden op de verschillende websites de indexen overlopen. Indien dit geen resultaat opleverde werd bij de zoekfunctie van de desbetreffende website de zoekterm ADHD ingegeven. Indien er bij deze zoekactie geen relevante richtlijnen gevonden werden, werd er besloten dat er geen richtlijnen over het onderwerp ADHD aanwezig waren. Wanneer er wel resultaten gevonden werden via de zoekfunctie, werden deze nagekeken op hun relevantie. Richtlijnen die gericht waren op andere beroepstakken zoals verplegend personeel en richtlijnen gericht op ADHD bijvolwassenen werden geëxcludeerd. Wanneer er via de index wel richtlijnen gevonden werden, werd de zoekfunctie van de website niet gebruikt.

Tabel 2 geeft een overzicht van de bezochte websites via deze zoekstrategie.

WEBSITE	RESULTAAT IN INDEX	RESULTAAT ZOEKFUNCTIE
Domusmedica	-	-
KCE	-	-
RIZIV	-	-
NHG	-	-
CBO	+	/
EBM Guidelines	+	/
NHS Clinical Knowledge Summaries	+	/
NHS Evidence - National Library of Guidelines	-	+, 12 resultaten, 3 relevant

Tabel 3: overzicht van bezochte websites volgens de eerste zoekstrategie.

Bij de tweede zoekstrategie werd medline onderzocht via pubmed. Er werden twee zoektochten uitgevoerd. Een eerste zoektocht aan de hand van de Mesh-termen "Attention Deficit Disorder withHyperactivity/diagnosis" AND "Guidelines as Topic" en een tweede aan de hand van de Mesh-termen "Attention Deficit Disorder withHyperactivity"[Mesh]) AND "Primary Health Care". Voor beide zoektochten werden volgende limits gebruikt: “English”, “French”, “Dutch”, “published in the last 5 years”.

Voor beide zoekstrategieën werden dezelfde exclusiecriteria gebruikt:

- Artikels met betrekking tot patiënten ouder dan 18 jaar oud.
- Artikels die niet gericht waren op eerstelijnsgezondheidszorg.

Interessante bronnen in de onderzochte artikels werden ook kritisch gelezen en op advies van experten werd het abstractenboek van het symposium ‘ADHD, stand van zaken’ georganiseerd door de organisatie “Zit Stil” in november 2010, grondig doorgenomen.

2. Expertopinie.

In het kader van de inhoud van onze praktische tool werden ook enkele experten geïnterviewd. Zo werd Prof. Dr. Marina Danckaerts gevraagd om haar licht te laten schijnen over dit project. We hielden ook een overleg met een psycholoog verbonden aan “Zit Stil”, specifiek over het gebruik van huidige gevalideerde vragenlijsten. Zoals in de verdere bespreking zal blijken, is het informeren van de ouders, het opstarten van gedragstherapeutische programma´s voor ouders, het inlichten van de school, e.d. erg belangrijk. Om deze reden werd er meer informatie ingewonnen over de praktische uitwerking hiervan. Er werd een uitgebreid gesprek gevoerd met een psychologe van het CLB in het kader van hun werkwijze, voornamelijk gericht op screening, verwijzing en het initiëren van interventies.

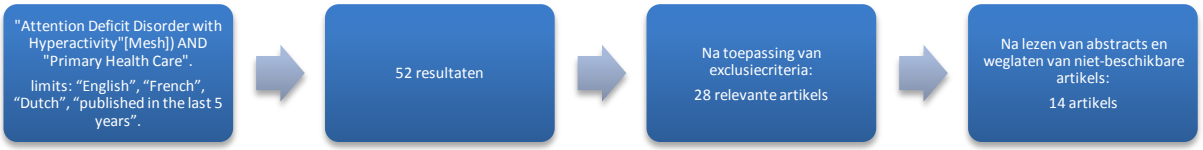
D. Resultaten.

De eerste zoekstrategie leverde vijf richtlijnen op. (tabel 3)

Richtlijnen
CBO richtlijn: Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen (2005)
CKS-richtlijn: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) – Management and diagnosis
EBM-richtlijn: ADHD (17/6/2010)
SIGN-richtlijn: Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people (10/2009)
NICE-richtlijn: Attention deficit hyperactivity disorder Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults (09/2008)

Tabel 4: overzicht van gevonden richtlijnen volgens de eerste zoekstrategie.

De tweede zoekstrategie leverde in totaal 14 relevante artikels op. (tabel 4)

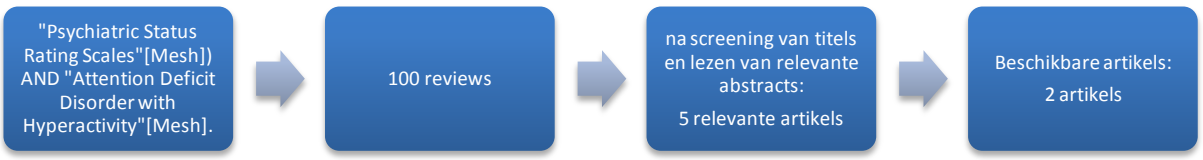


Tabel 5: overzicht van gevonden richtlijnen aan de hand van de 2de zoekstrategie.

Na deze literatuurstudie volgens twee verschillende zoekstrategieën bleek dat een bijkomende literatuurzoektocht noodzakelijk was. Tijdens de uitwerking van de praktische tool stelden we immers vast dat er nood is aan extra informatie zoals:

- Een (beknopte) vragenlijst waarmede de huisarts kan bepalen of er mogelijk sprake is van ADHD, dan wel een andere psychiatrische aandoening.
- Een gevalideerde en beknopte vragenlijst om de eventuele initiële diagnose en evolutie van de ADHD-symptomen te objectiveren en op te volgen door middel van een score.
- Een overzicht van instanties waarnaar de huisarts kan verwijzen om de initiële begeleiding op te starten of de bestaande begeleiding te optimaliseren.
- Een aantal basisraadgevingen (eten, activiteit,...).

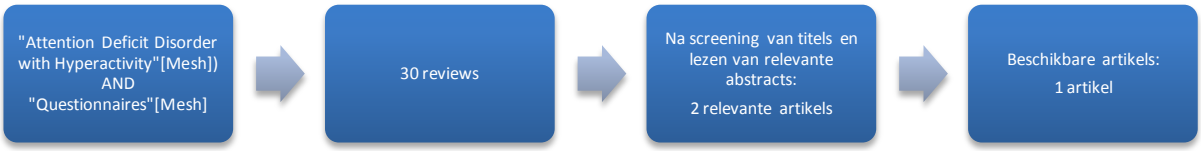
Artikels over volwassenen, over andere aandoeningen en artikels enkel met betrekking tot behandelingen werden geweerd. Een Pubmed-zoektocht werd uitgevoerd met de volgende MESH-termen: "Psychiatric Status Rating Scales"[Mesh]) AND "Attention Deficit Disorder withHyperactivity"[Mesh]. Omwille van het grote aantal resultaten (1.396), werden enkel reviews hieruit gefilterd. Dit resulteerde in 100 reviews waarvan de titels werden gescreend. Hierna bleven er zes artikels over waarvan de abstracten werden gelezen. Vijf artikels werden relevant bevonden, waarvan er drie niet beschikbaar waren en twee wel. (tabel 5)



Tabel 6: overzicht van gevonden artikels met betrekking tot gevalideerde ADHD-vragenlijsten volgens een 1ste zoekstrategie.

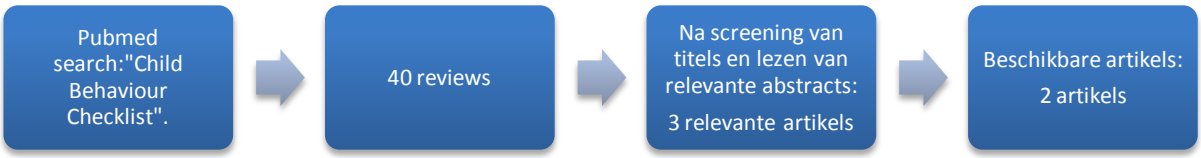
Een tweede zoektocht via de MESH-database met de volgende MESH-termen werd uitgevoerd: "Attention Deficit Disorder withHyperactivity"[Mesh] AND "Questionnaires"[Mesh]. Ook hier werden enkel de reviews weerhouden. Deze zoekopdracht resulteerde in dertig reviews waarvan er slechts twee over kinderen bleken te gaan na het screenen van de titels. Van deze

twee artikels was er slechts één beschikbaar. (tabel 6)



Tabel 7: overzicht van gevonden artikels met betrekking tot gevalideerde ADHD-vragenlijsten volgens een 2de zoekstrategie.

Omdat deze twee zoektochten een beperkt resultaat opleverden, werd een eenvoudige pubmed-zoektocht uitgevoerd met als zoekterm “Child Behaviour Checklist”, omdat deze vragenlijst het meest voorkwam in de richtlijnen. Dit leverde 3.000 artikels op waarvan 40 reviews. Na het screenen van de titels van deze reviews bleven er drie relevante artikels over, waarvan er twee beschikbaar waren. Een zoektocht met dezelfde zoekterm maar met ingestelde beperkingen zoals “Meta-Analysis, PracticeGuideline, RandomizedControlled Trial, Review, English, French, Dutch, All Child: 0-18 years, published in the last 10 years” leverde 123 resultaten op, waarvan er vijf relevant leken na het screenen van de titels. Na het doornemen van de abstracts en het controleren op beschikbaarheid bleven er nog twee artikels over. (tabel 7)



Tabel 8: resultaten met de zoekterm “Child Behaviour Checklist” via pubmed.

E. Bespreking.

De verschillende richtlijnen en artikels werden grondig doorgenomen en de bespreking werd opgesplitst in twee aparte delen. Het eerste deel werd behandeld door Wouter Peters en betreft de primaire opvang, diagnose en initiatie van de behandeling in de eerste lijn bij kinderen met een vermoedelijke diagnose van ADHD. Het tweede deel werd behandeld door PieterjanGeusens en betreft de bespreking van de verdere follow-up in de eerste lijn van patiënten met een correct gestelde diagnose van ADHD. De onderstaande bespreking is een synthese van de inhoud van deze richtlijnen en artikels en spitst zich voornamelijk toe op wat nuttig en handig kan zijn in de huisartsenpraktijk. Deze bespreking werd vervolgens als basis gebruikt voor het ontwikkelen van onze praktische tool.

1. Initiële opvang en behandeling.

a) Diagnose.

Om er voor te zorgen dat de huisarts het kind op een holistische manier kan evalueren en zo kan vermijden dat het diagnostische landschap snel te nauw wordt, wordt er aanbevolen om vooreerst een aantal bredere vragen te stellen in het begin van de consultatie. Deze vragen kunnen ook als een algemene screening gebruikt worden bij andere consultaties dan deze voor ADHD of gedragsproblemen[4,27,28]:

- Hoe doet uw kind het op school?
- Is het gelukkig op school?
- Hebben u of de leerkracht problemen opgemerkt met het leren?
- Heeft uw kind moeilijkheden om huiswerk af te maken?
- Leert uw kind vlot bij? Heeft het speciale interesses in bepaalde zaken?
- Maakt u zich zorgen over gedragsproblemen thuis, op school of wanneer uw kind met vriendjes speelt?

Indien nodig kunnen volgende additionele vragen nog gesteld worden[27]:

- Speelt uw kind graag en gebruikt het hierbij zijn verbeelding?
- Hoe slaapt uw kind (slaappatroon, kwaliteit,...)?

- Is uw kind angstig of onzeker? Indien ja, in welke situaties? (rekening houden met de leeftijd van het kind)
- Heeft uw kind een goed contact met u als ouder, met de broertjes en/of zusjes, met vriendjes?
- Zijn er dichte familieleden met depressies in de familie?
- Zijn de ouders mogelijk te streng? Hoe gaan de ouders om met problemen?

Om de eventuele diagnose van ADHD te stellen, moet aan de diagnostische criteria van de DSM-IV of ICD-10 worden voldaan. Alle bestudeerde richtlijnen baseren zich op de volgende DSM-IV criteria , rekening houdend met een aantal voorwaarden[3,4,9]:

- ✓ Ofwel : Zes (of meer) van de volgende symptomen van *aandachtstekort* zijn gedurende ten minste zes maanden aanwezig geweest in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau:

  - *Aandachtstekort*
    - slaagt er vaak niet in voldoende aandacht te geven aan details of maakt achteloos fouten in schoolwerk, werk of bij andere activiteiten.
    - heeft vaak moeite de aandacht bij taken of spel te houden.
    - lijkt vaak niet te luisteren als hij/zij direct aangesproken wordt.
    - volgt vaak aanwijzingen niet op en slaagt er vaak niet in schoolwerk, karweitjes af te maken of verplichtingen op het werk na te komen (niet het gevolg van oppositioneel gedrag of van het onvermogen om aanwijzingen te begrijpen).
    - heeft vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten.
    - vermijdt vaak, heeft een afkeer van of is onwillig zich bezig te houden met taken die een langdurige geestelijke inspanning vereisen (zoals school- of huiswerk).
    - raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of bezigheden (bijvoorbeeld speelgoed, huiswerk, potloden, boeken of gereedschap).
    - wordt vaak gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels.
    - is vaak vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden.

- ✓ Ofwel: Zes (of meer) van de volgende symptomen van *hyperactiviteit-impulsiviteit* zijn gedurende ten minste zes maanden aanwezig geweest in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau:

  - ➢ *Hyperactiviteit*
    - beweegt vaak onrustig met handen of voeten, of draait in zijn/haar stoel.
    - staat vaak op in de klas of in andere situaties waar verwacht wordt dat men op zijn plaats blijft zitten.
    - rent vaak rond of klimt overal op in situaties waarin dit ongepast is (bij adolescenten of volwassenen kan dit beperkt zijn tot subjectieve gevoelens van rusteloosheid).
    - kan moeilijk rustig spelen of zich bezighouden met ontspannende activiteiten.
    - is vaak "in de weer" of "draaft maar door".
    - praat vaak aan een stuk door.

  - ➢ *Impulsiviteit*
    - gooit het antwoord er vaak al uit voordat de vragen afgemaakt zijn.
    - heeft vaak moeite op zijn/haar beurt te wachten.
    - verstoort vaak bezigheden van anderen of dringt zich op (bijvoorbeeld mengt zich zomaar in gesprekken of spelletjes).

Om te voldoen aan de diagnostische criteria zijn de volgende voorwaarden essentieel:

- ✓ Enkele symptomen van hyperactiviteit/impulsiviteit of onoplettendheid, die beperkingen veroorzaken, waren voor het zevende jaar aanwezig.
- ✓ Enkele beperkingen uit de groep symptomen zijn aanwezig op twee of meer terreinen (bijvoorbeeld op school (of werk) en thuis).
- ✓ Er moeten duidelijke aanwijzingen van significante beperkingen zijn in het sociale-, school- of beroepsmatig functioneren.
- ✓ De symptomen komen niet uitsluitend voor in het beloop van een pervasieve ontwikkelingsstoornis, schizofrenie of een andere psychotische stoornis en zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld

stemmingsstoornis, angststoornis, dissociatieve stoornis of een persoonlijkheidsstoornis).

Mogelijk wordt bij de nieuwe versie van de DSM, de DSM-V, de leeftijd waarbij de symptomen zich voor het eerst moeten hebben gepresenteerd verschoven van 7 naar 12 jaar.[29] Maar aangezien dit op heden nog niet van toepassing is, houden we hier de leeftijd op 7 jaar.

De diagnose dient gesteld te worden na een synthese en analyse van alle informatie die men bekomt van de ouders, de school, andere mentale gezondheidswerkers en het kind zelf. Men dient dus rechtstreeks van de ouders informatie te krijgen met betrekking tot de kernsymptomen van ADHD in verschillende situaties, de leeftijd waarop de eerste symptomen aanwezig waren, de duur van de symptomen en de graad van functionele beperkingen.[4] Indien het kind routinematig veel tijd doorbrengt in een andere gestructureerde omgeving dan de school, zoals buitenschoolse opvang, kan men ook informatie vergaren van deze bron.[4] In een aantal richtlijnen suggereert men dat dit gedaan kan worden door middel van open vragen, vragenlijsten of schalen.[4,9,27,29]Deze worden volgens de AAP-richtlijn enkel aanbevolen indien ze ADHD-specifiek zijn.

Alle richtlijnen zijn het er overigens over eens dat er geen andere diagnostische test, zoals bloedonderzoek, EEG, ..., dienen uitgevoerd te worden om de diagnose van ADHD te bevestigen.[3,4,5,9]

b) Comorbiditeit.

De huisarts dient steeds in het achterhoofd te houden dat er bij kinderen met ADHD vaak co-existerende afwijkingen bestaan, zowel psychologisch als wat betreft de ontwikkeling. De meest voorkomende comorbiditeiten kunnen door de eerste lijn herkend worden, en worden hieronder kort besproken:[3,4,5,29]

Gedragsstoornis en oppositioneel-opstandige gedragsstoornis: Dit komt voor in 35% van de kinderen met ADHD. Een gedragsstoornis wordt gedefinieerd als “een repetitief en persisterend patroon van gedrag waarbij de basisrechten of sociale normen geschonden worden.” Oppositioneel afwijkende stoornis zijn persisterende symptomen van negatief, afwijkende, ongehoorzaam en vijandig gedrag ten opzichte van autoriteitsfiguren.[4]

Stemmingsstoornissen/depressie: dit komt voor bij 18% procent van de kinderen met ADHD en is frequent aanwezig bij de naaste familieleden.[4]

Angststoornissen: dit zou bij 25% procent van de kinderen met ADHD voorkomen en ook dit is vaak familiaal aanwezig.[4]

Leerafwijkingen: dit komt voor bij 12 tot 60% van de kinderen met ADHD.[4]

c) Advies

Bij een sterk vermoeden van ADHD benadrukken alle richtlijnen het belang van het informeren van de ouders en het kind. Voornamelijk het aanbieden van informatie over de aandoening en het mogelijk effect ervan op verschillende deeldomeinen van het leven, klaar staan om vragen te beantwoorden en misverstanden uit de weg te ruimen, aanbieden van hulpprogramma´s, ... is erg belangrijk. Indien de problemen suggestief zijn voor ADHD en een negatieve impact hebben op de ontwikkeling van het kind of het gezinsleven raadt enkel de NICE-richtlijn aan om een periode van 10 weken "watchfull waiting" in te lassen.[4,5,9,28]

Specifiek voor het informeren van de ouders werd door ons een brief/folder uitgeschreven op basis van de verschillende bestaande informatiefolders van de richtlijnen van het CBO, SIGN, NHS en de AAP. Ook kan steeds verwezen worden naar de websites zoals deze van de organisatie "Zit Stil" waarop heel wat nuttige informatie te vinden is, zowel voor ouders, de naaste omgeving als het voor het kind. Deze brief vindt men terug in de bijlage B van deze scriptie.

d) Formuleren van doelstellingen.

Eventueel kan de arts met de ouders een aantal doelstellingen bespreken om zo de behandeling te kunnen evalueren. Er wordt aangeraden om ongeveer 3 tot 6 realistische doelstellingen te formuleren, met enkele suggesties hieronder vermeld maar de doelstellingen kunnen ook meer specifiek gericht zijn op de aanwezige symptomen bij het kind.[4,28]

- Verbetering van de relatie met gezinsleden, leerkrachten en de omgeving
- Vermindering van het storende gedrag
- Betere academische prestaties
- Meer zelfstandigheid
- Verbeterd gevoel van eigenwaarde

e) Initiële behandeling.

(1) Psycho-educatie en gedragstherapie.

Belangrijke peilers in de behandeling van ADHD bij kinderen zijn psycho-educatie en gedragstherapeutische programma´s voor de ouders. De psycho-educatie kan er voor zorgen dat de ouders meer realistische verwachtingen van de behandeling krijgen.[9] Dit kan mondeling gebeuren of de arts kan er voor opteren de ouders relevante informatie mee te geven. Ook wordt er in verschillende richtlijnen gewezen op het nut van ouder- en patiëntenverenigingen voor verdere ondersteuning.[4,5,9] De gedragstherapeutische programma´s voor de ouders leren hen om te gaan met en hoe te reageren op het gedrag van hun kind. In eerste instantie wordt een groepsprogramma aanbevolen en indien dit niet voldoende effectief blijkt kan er een meer individuele begeleiding opgestart worden.[9] Een meer uitgebreide bespreking van gedragstherapie vindt men in deel V.E.2.e van deze scriptie. Bij kinderen met ernstige beperkingen, is de eerste keuzebehandeling medicamenteus en is een onmiddellijke verwijzing naar de tweede lijn dus noodzakelijk.[5] Indien er comorbiditeiten zoals gegeneraliseerde angststoornis, agressief gedrag of oppositioneel-opstandig gedrag aanwezig zijn wordt er een gedragstherapeutisch programma aanbevolen om de comorbiditeiten te behandelen.[3,5] Psychosociale interventies met het kind worden enkel aanbevolen wanneer de voorgaande interventies onvoldoende effectief blijken.[9] In de richtlijnen wordt er ook nog gesproken over sociale vaardigheidstraining, daghulp, kinderfysiotherapie en dergelijke. Hier gaan we niet verder op in omdat de huisarts in zijn beperkt tijdsbestek dit onmogelijk kan evalueren en differentiëren van andere mogelijke aandoeningen.

(2) Dieetadvies.

Dieetadvies kan aan de ouders gegeven worden, maar hierover bestaan verschillende meningen in de literatuur. Het belang van een evenwichtige voeding en regelmatige lichaamsbeweging dient benadrukt te worden. Indien er tijdens het stellen van de diagnose een duidelijke link werd gevonden tussen het ADHD-gedrag en het dieet, dient hiermee rekening gehouden te worden. De eliminatie van kleurstoffen en additieven worden door één richtlijn aanbevolen.[3] Voor het toevoegen omega 3- en omega 6 vetzuren, zink, antioxidanten en andere complementaire en alternatieve therapieën is er volgens de SIGN-richtlijn onvoldoende evidentie.[3,5]

(3) Medicatie.

Opstarten met medicatie dient pas te gebeuren na een uitgebreide evaluatie en bevestiging van de diagnose door de tweede lijn. Voor de uitwerking van de tool werd een schema ontwikkeld met basisinformatie over de medicamenteuze behandeling. Voor de bespreking van deze farmacotherapie verwijzen we naar deel V.E.2.c van deze scriptie. Het basisschema vindt men terug in bijlage D.

f) Samenwerking met de school en het CLB.

In overleg met de ouders wordt aangeraden om de school te informeren, met hen samen te werken en eventueel een individueel programma uit te werken.[3] Het CLB is de gepaste instantie voor de evaluatie van kinderen met het vermoeden van ADHD. Zij bezitten het volledige schooldossier met observaties en evaluaties van de leerkrachten wat een waardevolle bron van informatie is. Ook voeren zij een meer uitgebreide evaluatie en screening uit bij het kind na het intakegesprek ter evaluatie van het concrete probleem. Zij maken ook gebruik van de TRF (Teacher Rating Form), de CBCL (Child BehaviorCheckList), IQ-testen, concentratietesten, … Eventueel worden er observaties uitgevoerd in de klas.

Deze evaluatie is uitgebreider en diepgaander dan bij de huisartsen en neemt uiteraard ook meer tijd in beslag, waardoor er een duidelijker beeld kan geschetst worden van de problematiek en de ernst ervan. Het CLB is ook ideaal geplaatst om een aantal maatregelen te nemen in de klas en om de leerkrachten in te lichten en te begeleiden. Zo nodig wordt gedragstherapie opgestart door middel van verwijzing.

Het CLB lijkt ons dus een nuttige tussenstap op de eventuele weg naar de kinderpsychiater omdat de huisarts op deze manier beschikt over een meer uitgebreide evaluatie en er op die manier reeds op voorhand een aantal maatregelen kunnen getroffen worden. Jammer genoeg blijkt dat deze evaluatie en opvolging niet uniform gebeurt bij alle CLB´s op dit moment.[36] Uiteraard kan de meer uitgebreide testing voor ADHD ook bij een onafhankelijke psychologe gebeuren, deze beschikt echter wel niet over de uitgebreide informatie van de school zoals het CLB.

g) Vragenlijsten.

Onze vragenlijsten voor de tool zijn gebaseerd op de eerder besproken richtlijnen en artikels. Er werd voor geopteerd om eerst een aantal algemene vragen te stellen die terug te vinden zijn in deel V.E.1.a van de bespreking. Hierdoor krijgt de huisarts een algemeen beeld over het gedrag en het functioneren van het kind en het gezin. Indien de huisarts ADHD vermoedt, rekening houdend met eventuele comorbiditeit, kan hij via onze website naar de volgende stap gaan en de volgende vragenlijst overlopen.

Bij het aanmaken van de vragenlijst werden de DSM-IV criteria in acht genomen en werd een bijkomende literatuurzoektocht uitgevoerd met als doel artikels te vinden waarbij de meest gebruikte questionnaires en checklists op dit moment met elkaar worden vergeleken. Op die manier kwamen we tot een aangepaste vragenlijst specifiek voor het gebruik door de huisarts tijdens de consultatie.

Er werden een aantal goede artikels gevonden met betrekking tot screening in de eerste lijn van gedragsproblemen bij kinderen. Hieruit kwam voornamelijk de CBCL (Child BehaviorCheckList) naar voren als nuttige vragenlijst.[31,32,33,34]De doelpathologie van deze artikels was echter te breed waardoor deze niet toepasbaar zijn voor de scriptie.

Uit de bruikbare artikels komt naar voren dat voor een beknopte klinische evaluatie zowel de mening van de ouders als van de leerkrachten nodig zijn. Het is noodzakelijk om vragenlijsten met zowel een nauwe als een brede focus te gebruiken.[35] Vragenlijsten met een brede focus, zoals de CBCL, zijn nuttig om te peilen naar een eventuele differentiële diagnose voor ADHD maar bevatten te weinig onderdelen om een goede indicator voor ADHD te zijn. De combinatie van een brede en nauwe focus is dus ideaal voor een goede evaluatie van een eventuele diagnose van ADHD. De volgende rating scales blijken het meest effectief voor een efficiënte screening van ADHD: de “Conners Rating Scale-Revised”, de “ADHD Rating Scale-IV” en de “Vanderbilt ADHD Parent en Teacher Rating Scale”.[35]

Deze vragenlijsten zijn sterk gebaseerd op de DSM-IV criteria. Het voordeel van de “Vanderbilt ADHD Rating Scale”is dat er ook wordt gescreend naar comorbiditeiten. Hoewel dit niet het doel is van deze masterproef leek het ons toch opportuun om dit idee mee te nemen in onze vragenlijst omdat ADHD, zoals eerder aangehaald, vaak gepaard gaat met comorbiditeiten. Onze vragenlijst is gelijkaardig aan deze rating scales maar de criteria werden vertaald en in een vraagstelling geformuleerd zodat de vragenlijst meer gebruiksvriendelijk is tijdens de consultatie. De resulterende vragenlijst vindt men terug in bijlage A.

2. Behandeling en verdere follow-up.

a) Behandeling is afhankelijk van de leeftijd.[3]

(1) Kinderen < 6 jaar.

Een programma in het kader van oudertraining en educatie, uitgevoerd door een therapeut met kennis en ervaring omtrent ADHD-problematiek, is de eerste keuzebehandeling na het stellen van de diagnose. Dit kan uitgevoerd worden in groepsessies tenzij individuele begeleiding is aangewezen omwille de complexiteit van het probleem of omwille van praktische redenen. Deze educatie moet betrekking hebben op alle hoofdrolspelers in de opvoeding van het kind. De therapeut moet de opvoeders leren omgaan met specifieke probleemsituaties door middel van het aanmoedigen van positief gedrag en door middel van consequente handelingen tijdens probleemgedrag. Het is aanbevolen dat deze programma's een bewezen positief effect hebben afgaande van randomised controlled trials of andere onafhankelijke evaluatiemethodes.

Indien deze programma's een positief effect blijken te hebben op het algemeen functioneren van het kind kan men een afwachtende houding aannemen. Indien deze programma's geen voldoende positieve invloed hebben op het gedrag van het kind en het algemeen functioneren wordt belemmerd is een doorverwijzing naar een kinderpsychiater noodzakelijk voor verder advies.

Farmacotherapie is niet aanbevolen in deze leeftijdscategorie.

(2) Kinderen tussen 6 en 12 jaar.

Bij kinderen van deze leeftijd met een beperkte impact van de diagnose ADHD is groepstraining en psycho-educatie van de ouders de eerste keuze in de behandeling. Hierbij is het ook raadzaam om de leerkrachten te betrekken, door onder andere het toepassen van gedragsmatige interventies in de klas op basis van positieve bekrachtiging. Ook de kinderen zelf zijn in principe oud genoeg voor psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie op maat.

Farmacotherapie voor kinderen met een beperkte impact van ADHD is niet op zijn plaats tenzij de eerste keuzebehandeling onvoldoende effectief blijkt of tenzij de symptomen zo ernstig zijn dat het algemeen functioneren van het kind wordt belemmerd. Bij het opstarten van medicatie is doorverwijzing aangewezen.

(3) Kinderen > 12 jaar.

Er zijn geen kwaliteitsvolle studies uitgevoerd in deze leeftijdscategorie om specifieke aanbevelingen te kunnen opstellen.

b) Begeleidingsplan na het stellen van de diagnose.

Na het stellen van de diagnose door een expert wordt er best een behandelingsplan opgesteld om een kwaliteitsvolle follow-up te garanderen in functie van het kind en zijn omgeving. Dit begeleidingsplan hoort volgende punten te omvatten die idealiter elke consultatie bevraagd worden[22]:

- Ernst en evolutie van de ADHD-symptomen door middel van gebruik van gevalideerde opvolgingsschalen.
- Functioneren van het kind, zowel thuis als op school.
- Beleving van de ouders, leerkrachten en andere personen die bij de opvoeding van het kind betrokken zijn.
- Bespreken van het psycho-educatief programma voor kind, ouders en leerkrachten.
- Evaluatie van de eventuele medicatie en zijn bijwerkingen en het opvolgen van lengte, gewicht en bloeddruk.
- Screenen naar comorbiditeit zoals oppositionele gedragsstoornis of hechtingsstoornis, fobie, stemmingsstoornis en ontwikkelingsstoornis.[3]

Een drie- tot zes-maandelijkse opvolging wordt aangeraden maar afhankelijk van de complexiteit en stabiliteit van het probleemgedrag van het kind en/of de familiale context ervan kan dit schema worden aangepast.[3-9]

c) Medicatie.

Een parate kennis over de verschillende mogelijkheden, de farmacokinetiek en farmacodynamiek ervan, in de behandeling van ADHD is essentieel. Over het algemeen is het aangewezen te beginnen met een lage dosis en zo op te titreren volgens de noden van de patiënt.

Het opstarten van de medicatie dient te gebeuren door een kinderpsychiater, een pediater of een kinderneuroloog. Indien gestart wordt met medicatie moeten het effect en de mogelijke nevenwerkingen nauwkeurig worden opgevolgd. De verdere opvolging in het kader van de

werking en de bijwerkingen van de medicatie kan uitgevoerd worden door de huisarts, zo nodig in overleg met de specialist. Idealiter gebeurt dit door middel van het gebruik van evidencebased-schalen voor follow-up ADHD-problematiek zoals bijvoorbeeld de Connersvragenlijst.[19]

De twee meest courante medicaties voor patiënten met ADHD zonder verdere comorbiditeit, methylfenidaat en atomoxetine, worden verder uitgebreid besproken. Een recente meta-analyse over de vergelijking tussen beide toonde aan dat er over het algemeen een vergelijkbare werkzaamheid en tolerantie is. Methylfenidaat blijft echter meer doeltreffend in de reductie van de ADHD-symptomen waardoor dit nog steeds beschouwd wordt als eerste keuzemedicatie. Atomoxetine kan nuttig zijn wanneer methylfenidaat zorgt voor een beperkte respons of wanneer er een vermoeden is van medicatiemisbruik.[20]

(1) Methylfenidaat.

Als aanvangsdosis voor methylfenidaat met normale vrijstelling wordt één of tweemaal 5 mg per dag geadviseerd, indien nodig verhoogd tot maximaal 60 mg per dag. Deze adviezen zijn niet gebaseerd op vergelijkend onderzoek maar er bestaan alleen gegevens uit indirecte vergelijkingen, die eerder pleiten voor hoge dosis. Methylfenidaat blijft 3 tot 5 uur werkzaam. Bij de start van de behandeling dient de laagst effectieve dosis gezocht te worden d.m.v. wekelijkse titratie tot een dosis die een maximaal therapeutisch effect geeft bij een minimum aan ongewenste effecten.[3] Bijlage D bevat een basisschema voor methylfenidaat.

Methylfenidaat met vertraagde vrijstelling (ModifiedRelease, MR) is een toedieningsvorm van methylfenidaat die tot 12 uur na de inname blijft werken. Deze toedieningsvorm is onderzocht op korte termijn (maximaal 8 weken) bij kinderen tussen 6 en 16 jaar. Volgens de beschikbare studies vermindert methylfenidaat MR de hyperactiviteit en verbetert het de levenskwaliteit. De meeste studies zijn echter van lage methodologische kwaliteit.[5]

Er dient benadrukt dat de verschillende producten met methylfenidaat in gereguleerde afgifte (Concerta® en Rilatine MR®) niet als onderling uitwisselbaar kunnen worden beschouwd.[21]

Over de vraag of de medicatie continu toegediend moet worden dan wel intermittent, is slechts één kleine studie gevonden in de geraadpleegde bronnen. Daarin kon geen beter effect op de ADHD-symptomen aangetoond worden bij ononderbroken toediening van methylfenidaat in vergelijking met het onderbreken van de inname tijdens het weekend. Het is gangbaar om regelmatig (jaarlijks) gedurende een korte periode (bijvoorbeeld twee weken) de medicatie te

onderbreken en het resultaat te evalueren. Wanneer er geen duidelijk waarneembaar verschil is met de periode waarin medicatie genomen wordt, kan de behandeling gedurende langere tijd onderbroken worden. Het is anderzijds niet noodzakelijk om systematisch de behandeling stop te zetten in de puberteit. Gezien ook bij adolescenten met ADHD het effect van de medicatie aangetoond is, kan beslist worden de behandeling verder te zetten.[3,9]

Opvolging van de nevenwerkingen[16,17]:

- Aanpak van het cardiaal risico:

  Het geschatte risico voor plotse dood bij kinderen onder methylfenidaat is 0.6/100,000/jaar wat niet meer is dan het algemene risico voor plotse dood bij kinderen. Voor de start van medicatie moeten de bloeddruk en hartslag worden geregistreerd volgens percentiel. Deze registratie dient ook te gebeuren na elke dosisverhoging en routinematig, om de zes maanden volgens de SIGN-richtlijn en om de drie maanden volgens de NICE-richtlijn en de european guidelines van 2004. Als de bloeddruk stijgt boven percentiel 95 moet de dosis worden verlaagd of moeten medicamenteuze pauzes worden ingelast. Zo kan men nadien de rol van de medicatie nagaan in kader van de hypertensie. In overleg met de ADHD-specialist wordt de dosis permanent verlaagd of worden antihypertensiva toegevoegd. Een aanhoudende hartslag boven 120 slagen per minuut en een aritmie zijn argumenten voor doorverwijzing voor verdere cardiale investigatie.

  Op heden is er geen evidentie over het nut van een ECG bij het opstarten van medicatie. Dit is immers niet kosteneffectief en zal geen voordelen opleveren in de preventie van plotse dood.

- Aanpak van verhoogd risico op emotionele instabiliteit:

  De prevalentie van suïcide bij ADHD-patiënten is groter bij die patiënten die niet behandeld worden en er is geen evidentie voor een verhoogd suïcidegevaar bij patiënten onder medicatie. Routinematig inschatten van het suïcidegevaar of het gevaar voor automutilatie blijft echter wel belangrijk.

  Men moet ook aandachtig blijven voor opvallende emotionele schommelingen vanaf de start van de medicatie. Een dosisverlaging moet dan worden overwogen in overleg met de kinderpsychiater en eventueel is een diagnostische herevaluatie is aan de orde.

- Aanpak van verhoogd risico op groeistagnatie omwille van een verminderde eetlust.

  Men raadt een zes-maandelijkse registratie van lengte en gewicht met gebruik van een gevalideerde groeicurve.

  Bij een gewichtstagnatie worden in eerste instantie enkele tips meegegeven door de arts:

  - ✓ Inname van de medicatie tijdens of na de maaltijd.
  - ✓ Een extra snack in de vroege ochtend of de late namiddag wanneer de medicatie bijna is uitgewerkt.
  - ✓ Inname van voeding met een extra nutritionele waarde.

  Bij een groeistagnatie moet men zoveel als mogelijk de inname van medicatie vermijden door bijvoorbeeld tijdens het weekend en de vakantieperiode de medicatie niet in te nemen, wat echter een verhoogd risico op exacerbatie van de symptomen van ADHD met zich meebrengt.

  Er is verder onderzoek nodig in verband met criteria voor doorverwijzing naar een pediatrische endocrinoloog.

- Aanpak van slaapstoornissen

  Momenteel bestaan er geen evidencebased richtlijnen over slaapstoornissen onder methylfenidaat omwille van een beperkt aantal studies en hun contradictorische bevindingen. Een slaapdagboek is aanbevolen indien slaapstoornissen zich opdringen tijdens de behandeling. Tracht als arts deze slaapstoornissen te beperken door middel van gedragsmatige interventies toe te passen. Als deze klachten toch persisteren is een dosisverlaging aan de orde of kan, in overleg met de kinderpsychiater, overgeschakeld worden naar atomoxetine of clonidine.

- Aanpak van tics en het Tourettesyndroom:

  Tics zijn vaak tijdelijk en het is dan ook raadzaam drie maanden af te wachten. Bij de aanwezigheid van tics moet men de relatie met de medicatie nagaan en de voordelen van de medicatie afwegen ten opzichte van het storend effect van de tics.In overleg met de kinderpsychiater kan zo nodig gestart worden met een antipsychoticum of kan overgeschakeld worden naar atomoxetine of clonidine, hoewel ook tics worden beschreven als bijwerking bij deze laatste twee opties.

- Schat het risico op misbruik in en opteer zo nodig voor langwerkende preparaten.
- Het is aangewezen de leverenzymen routinematig te controleren bij een combinatie van anti-epileptica en stimulantia. Bij epileptische insulten dient de medicatie gestaakt worden en is een doorverwijzing naar een neuroloog noodzakelijk.
- Er is slechts beperkte evidentie voor een verhoogd risico op psychotische symptomen onder ADHD-medicatie, en deze zijn meestal zelflimiterend en mild van aard. Toch is voorzichtigheid aan te raden bij voorafgaande psychotische symptomen of bij familiale voorgeschiedenis ervan. Bij psychotische symptomen dient de medicatie te worden gestaakt en ook hier is een diagnostische herevaluatie aan de orde door de psychiater.

(2) Atomoxetine.

Atomoxetine is een norepinefrine-heropnameremmer en is een optie bij kinderen en adolescenten met comorbiditeit, zoals tic-stoornis (o.a. Gilles de la Tourette) en autismespectrum-stoornis en bij onvoldoende respons of teveel hinder van de neveneffecten onder methylfenidaat. Het kan een viertal weken duren vooraleer het effect van atomoxetine zichtbaar wordt. De werkingsduur is 24 uur met mogelijk een groter effect in de 12 uren na toediening.[3]

Atomoxetine wordt vooral gemetaboliseerd door CYP2D6. Dit maakt dat men kan verwachten dat bij ongeveer 7% van de patiënten atomoxetine zeer traag zal worden afgebroken (‚trage metaboliseerders"), waarbij de halfwaardetijd geen 4 uur maar 20 uur bedraagt, met risico van te hoge spiegels. Vaak voorkomende ongewenste effecten zijn buikpijn (18%), verminderde eetlust (16%), nausea (9%) en braken (11%).In tegenstelling tot de psychostimulantia geeftatomoxetine vaak slaperigheid.[3] Bij veel patiënten die atomoxetine nemen, is er een lichte toename in hartfrequentie en bloeddruk. Daarom is voorzichtigheid geboden bij gelijktijdig gebruik van antihypertensiva en andere geneesmiddelen die ritmestoornissen kunnen veroorzaken. Gelijktijdig gebruik van β2-agonisten via inhalatie, oraal of als injectie, kan de cardiovasculaire effecten versterken. Gelijktijdig gebruik met andere noradrenerge geneesmiddelen kan de effecten van atomoxetine versterken. Atomoxetine is vrij nieuw en de veiligheid op lange termijn is tot nog toe onduidelijk.[16]

Hoewel de huidige gegevens geen schadelijke invloed op het cognitief functioneren, de groei, of de seksuele ontwikkeling aantonen, zijn ze te beperkt om definitieve conclusies te trekken. Meldingen van ernstige, reversibele leverstoornissen hebben geleid tot een waarschuwing tegen

gebruik bij patiënten met vooraf bestaande leverstoornis. Uit wetenschappelijk onderzoekis gebleken dat kinderen en adolescenten die atomoxetine nemen, een verhoogd risico voor suïcidale gedachten vertonen.[16]

Atomoxetine is beschikbaar in België, maar wordt niet terugbetaald waardoor de kostprijs ook een groot nadeel is.

d) Psycho-educatie

Psycho-educatie voor patiënten met ADHD en hun belangrijkste opvoedingsfiguren komt steeds terug in de richtlijnen maar dit werd tot nu slechts in beperkte mate op een kwaliteitsvolle manier onderzocht.Momenteel wordt dit algemeen aanzien als een nuttige aanvulling van de reeds bestaande behandeling, zowel voor het kind als voor de betrokken opvoedingsfiguren(cfr. Initiële behandeling).[3-9]

e) Gedragstherapie

De MTA-studie (The Multimodal Treatment Study of Childrenwith ADHD) is het enige grootschalig onderzoek (n=290, leeftijd 7-10 jaar) met een langere opvolgingstermijn (14 maanden). Deze studie toonde aan dat er extra voordelen op vlak van ADHD-symptomen werden vastgesteld in de groep met zowel een medicamenteuze als gedragstherapeutische behandeling. Er werd voornamelijk een verbetering vastgesteld op vlak van de oppositionele en agressieve symptomen, van de vaak conflictueuze relatie met de ouders, van de sociale vaardigheden en angststoornissen. Er werd echter geen reductie vastgesteld op vlak van de kernsymptomen van ADHD.[13]De combinatie van gedragstherapie en medicatie is dus voor een deel een efficiënte behandeling voor kinderen met ADHD maar er blijft een relatief gebrek aan wetenschappelijk onderbouwde studies over de niet-farmacologische behandeling van ADHD. Ook werd op langere termijn dit voordeel van een combinatiebehandeling niet bevestigd.[14]

- Gedragstherapie voor kinderen met ADHD:[3-9]
  Dit is niet van toepassing voor kinderen jonger dan zes jaar. De verschillende richtlijnen betreffende de behandeling van ADHD verschillen duidelijk in mening over de integratie van gedragstherapeutische interventies. De SIGN- en AACAP-richtlijn beweren dat op oudere leeftijd gedragstherapie enkel op zijn plaats is voor de behandeling van comorbiditeit. De NICE-richtlijn maakt echter een onderscheid tussen milde en ernstige ADHD-symptomen bij kinderen met ADHD waarbij de gedragstherapie nog altijd

beschouwd wordt als eerste lijnbehandeling bij kinderen met matige ADHD-symptomen. De AMA-richtlijn raadt individuele gedragstherapie aan voor kinderen met ADHD afhankelijk van vraag van de familie. Ook de AAP-richtlijn beschouwt gedragstherapie als een volwaardige behandeling voor de reductie van de ADHD-symptomen maar zoals ook alle andere richtlijnen onderstrepen heeft deze therapie een mindere graad van evidentie in vergelijking met farmacotherapie.

- Oudertraining:
  De meest onderzochte gedragsmatige interventie is de oudertraining. Deze training heeft een toegevoegde waarde in de behandeling van kinderen met ADHD, voornamelijk in het reduceren van een gedragstoornis of internaliserende symptomen maar minder in het reduceren van de kernsymptomen van ADHD en van de stress die de ouders ervaren.[15] Deze oudertraining is de eerste keuze van behandeling bij kinderen jonger dan zes jaaren wordt aanschouwd als een ondersteunende interventie op oudere leeftijd.[3]

- Schoolinterventies:
  Kinderen met ADHD hebben baat bij een geïndividualiseerd interventieprogramma op school dat zowel gefocust is op gedragsmatige interventies als op educatie. Zo werd aan het UZ Leuven recent de "ADHD-toolkit" ontwikkeld om spelenderwijs te komen tot een gedragsverandering bij het kind op school. Omwille van de zeer recente start van dit project zijn hierover nog geen resultaten beschikbaar.
  Kleinere klaslokalen, directe in plaats van indirecte instructies en het betrekken van de klasgenoten doet de concentratieproblemen in de klas afnemen.[3]

3. Besluit

Aan de hand van de literatuurstudie wilden we komen tot een praktische uitwerking van de meest recente richtlijnen. Eerst hebben we de verschillende mogelijkheden voor de huisarts besproken tijdens de initiële opvang en behandeling bij een vermoedelijke ADHD-problematiek. Hierbij bieden we vragenlijsten aan die de huisarts kunnen ondersteunen tijdens de anamnese, vooreerst met een meer algemene vragenlijst zonder te snel toe te spitsen op de diagnose ADHD en vervolgens met een meer gevalideerde vragenlijst specifieker voor ADHD-problematiek. Hiernaast wordt ook aandacht geschonken aan het bevragen van vaak voorkomende comorbiditeit. Verder geven we aan op welke manier advies kan worden gegeven aan het kind, de ouders en andere belangrijke opvoedingsfiguren. Hiervoor werd een informatiefolder ontwikkeld met enkele tips, nuttige websites en antwoorden op de meest voorkomende vragen van het kind en zijn omgeving. Bij het opstarten van een initiële behandeling is het aangewezen doelstellingen te formuleren om later het effect van de therapie te evalueren. In eerste instantie kan men psycho-educatie aanbieden, eventueel in combinatie met gedragstherapie. Er wordt ook aangeraden om de school te informeren en een samenwerking met het CLB op touw te zetten. Om de ouders vlot door te verwijzen werd hiervoor een sociale kaart ontwikkeld. Het opstarten van psychofarmaca gebeurt best na het bevestigen van de diagnose ADHD door een specialist.

In het tweede gedeelte van de literatuurstudie zijn we uitgebreid ingegaan op de verdere follow-up door de huisarts na het stellen van de diagnose van ADHD. De behandeling hangt af van de leeftijd, de ernst van de symptomen en de eventuele aanwezige comorbiditeit. Bij een matige impact van de ADHD-symptomen op het algemeen functioneren van het kind zijn enkel psycho-educatie en gedragstherapie geïndiceerd. Psychofarmaca zijn nuttig indien er een duidelijke impact is op het functioneren van het kind. Deze worden het best opgestart door een specialist. De verdere follow-up van de twee meest courante psychofarmaca voor ADHD, namelijk methylfenidaat en atomoxetine, werden verder uitgebreid besproken.

VI. Praktijkproject.

A. Inleiding.

Huisartsen komen frequent in contact met kinderen met een hyperactiviteits- en/of concentratiestoornis. Ook kinderen met de diagnose ADHD worden vaak gezien in de huisartsenpraktijk in het kader van verdere follow-up. Jammer genoeg stellen we vast dat de huidige richtlijnen over begeleiding van ADHD-patiënten te beperkt worden toegepast in de huisartsenpraktijk. Vermoedelijk zijn de belangrijkste redenen hiervoor het tijdsgebrek en de moeilijke toegang tot de mentale gezondheidszorg.[6]

Een ander probleem dat zich momenteel stelt, is dat de huisarts vaak te laks omgaat met het voorschrijven van psychofarmaca voor patiënten met ADHD. Nochtans bevindt de huisarts zich in een goede positie om de kinderpsychiatrie, die op dit moment te kampen heeft met een groot tekort aan kinderpsychiaters, te ontlasten door de begeleiding van ADHD-patiënten meer op zich te nemen. Ook is er in het verleden al vastgesteld dat een meer intensieve begeleiding van deze patiënten in de eerste lijn uiteindelijk een grotere symptoomreductie met zich meebrengt.[2] Tevens is bewezen dat praktische en ondersteunende modellen kunnen leiden tot een meer kwaliteitsvolle begeleiding van ADHD-patiënten in de eerste lijn.[23-26]

In deze masterproef willen we nagaan op welke manier we de huisarts hierin zo goed als mogelijk kunnen bijstaan via de aanmaak van een praktische tool. De uiteindelijke bedoeling is via deze tool de huidige obstakels van deze begeleiding in de eerste lijn beter in kaart te brengen en te overwinnen om zo te komen tot een meer kwaliteitsvolle begeleiding van deze patiënten. Hierbij trachten we ook het aandeel van de huisarts in de begeleiding van ADHD-patiënten te vergroten wat zou moeten leiden tot een ontlasting van de overbelaste kinderpsychiaters op dit moment.

B. Methode.

Deze tool is een door ons aangemaakte website die bestaat uit een praktische uitwerking van de bestaande theoretische richtlijnen op basis van een uitgebreide literatuurstudie en op basis van overleg met Prof. Dr. M. Danckaerts, kinderpsychiater van het UZ Leuven en ADHD-expert in België. Hiernaast raadpleegden we ook het CLB, de organisatie “Zit Stil” en enkele ervaren psychologen.

In het eerste deel begeleiden we de huisarts in de eerste opvang van patiënten met een hyperactiviteits- en/of concentratiestoornis. Ook worden er praktische tips en

doorverwijsmogelijkheden meegegeven. In het tweede gedeelte bieden we de huisarts een kwaliteitsvolle follow-up aan van patiënten met een correcte diagnose van ADHD.

De huisarts krijgt toegang tot deze website via de directe link of via de evidence linker bij het registreren van de diagnose ADHD in het elektronische medisch dossier (EMD, code P81). Afhankelijk van de vraag van de huisarts kan hij het hele stappenplan doorlopen samen met de patiënt of kan hij gericht op zoek gaan naar specifieke informatie betreffende het stellen van de diagnose, mogelijkheden tot doorverwijzing, medicatiebeleid en dergelijke.

Na gebruik van deze website vragen we de huisarts een kort evaluatieformulier in te vullen om zo een beter zicht te krijgen op de belangrijkste obstakels op dit moment die een kwaliteitsvolle begeleiding van ADHD-patiënten verhinderen in de huisartsenpraktijk. Ook willen we nagaan op welke manier de website werd gehanteerd en vragen we hun feedback te geven over de gebruiksvriendelijkheid en de inhoud ervan. Uiteindelijk willen we zo komen tot een optimalisatie van de website om zo goed mogelijk tegemoet te komen aan de vraag van de huisarts.

Voor de ontwikkeling van de website werd eerst een aantal keer overlegd met de ADHD-vereniging “Zitstil” over de praktische uitwerking ervan. Ondanks vele pogingen om verdere afspraken te maken werd hier om ongekende redenen niet op ingegaan. Hierdoor waren wij genoodzaakt om zelf deze website aan te maken zonder enige praktische voorkennis en zonder sponsoring.

Voor het ontwikkelen van de website werd gebruikt gemaakt van het gratis “Google Sites”. Naast het feit dat dit een gebruiksvriendelijke manier is om een website te maken, heeft dit nog een aantal belangrijke voordelen. Zo kan men kiezen om enkel mensen met een directe link toegang te verschaffen tot de website en dus dat de website niet vindbaar is via zoekmachines. Op deze manier konden we er voor zorgen dat enkel huisartsen via de directe link of via de evidence linker (zie verder)de website konden bezoeken. Een tweede voordeel was de toepassing “Google Analytics”. Dankzij deze toepassing kregen we een grote hoeveelheid erg nuttige gegevens over het gebruik van onze website.

Omdat de verspreiding van de website niet mogelijk was via de database van het ICHO gebeurde dit uiteindelijk door het aanschrijven van alle voorzitters en secretarissen van de verschillende huisartsenkringen. Hun contactgegevens konden we verkrijgen via de website van “Mediwacht”. Wij stuurden hen een e-mail waarin het doel en de link van onze website werd uitgelegd. We vroegen hen vervolgens om deze e-mail door te sturen naar alle leden van de desbetreffende huisartsenkringen.

De website werd open gesteld voor drie maanden waarna de evaluatie zou volgen.

C. Resultaten.

1. De enquête.

In totaal werden er 48 enquêtes ingestuurd via de website.

Eerst werden er een aantal vragen gesteld in verband met het profiel van de huisarts en de praktijk. Hieruit bleek dat 19% van de huisartsen die de enquête hadden ingevuld meer dan 20 jaar ervaring had. 10% had tussen de 10 en 20 jaar ervaring, 17% tussen de 2 en 10 jaar en 54% had minder dan 2 jaar ervaring. 13% werkt in een solopraktijk, 23% in een duopraktijk, 6% in een multidisciplinaire praktijk en 58% in een groepspraktijk. 63% van de artsen ziet minder dan tweepatiënten per maand in verband met ADHD. 27% ziet twee tot vijfpatiënten per maand, 4% tussen vijf en tien patiënten en 6% ziet meer dan tien patiënten per maand met een hyperkinetische en/of concentratiestoornis. Op de vraag wat de leeftijd was van de patiënt waarvoor de arts de website consulteerde, bleek dat 2% van de patiënten jonger was dan zes jaar, 46% tussen zes en twaalf jaar, 35% tussen twaalf en achttien jaar en 17% ouder dan achttien jaar was.

Vervolgens werden de obstakels bevraagd die volgens de huisartsen een kwaliteitsvolle begeleiding van ADHD-patiënten verhinderen. Deze resultaten zijn terug te vinden in tabel 8.

Obstakels	N.v.t	Beperkt	In zekere mate	Belangrijk
Tijdsgebrek	19%	42%	33%	6%
Beperkte kennis over de niet-medicamenteuze begeleiding	2%	12%	46%	40%
Beperkte kennis over de medicamenteuze begeleiding	4%	46%	31%	19%
Moeilijke toegang tot de psychologische gezondheidszorg	4%	16%	40%	40%
Beperkt overleg met de betrokken specialist	2%	21%	50%	27%
Beperkt overleg met het CLB	6%	29%	48%	17%
Gebrek aan een sociale kaart voor ADHD-problematiek	4%	19%	50%	27%
Gebrek aan een handig hulpmiddel tijdens de consultatie	2%	19%	35%	44%

Tabel 9: Door de huisarts aangegeven impact van mogelijke obstakels voor een kwaliteitsvolle begeleiding van ADHD-patiënten in de eerste lijn.

Er werd ook ruimte gelaten om een open antwoord te formuleren op deze vraag. Hieruit kwamen volgende obstakels naar voor:

- Te snel stellen van de diagnose ADHD door de specialist.
- De patiënt verwacht enkel een voorschrift van de huisarts.
- Geen feedback van de specialist en/of de betrokken instanties.
- Druk van de ouders en hun omgeving.
- Ontbreken van een concrete richtlijn met betrekking tot de opvolging.
- Te snelle stigmatisering die niet meer te ontkrachten is na de diagnosestelling.
- Ongewenste aanwezigheid van de ouders tijdens de consultatie.
- Vage grens tussen een normaal en een hyperactief kind.

Hierna werden de huisartsen gevraagd of zij methylfenidaat of atomoxetine voorschrijven aan een patiënt die niet in het bezit is vaneen geldig attest van de diagnose ADHD. 50% beweert dit nooit voor te schrijven zonder geldig attest, 25% schrijft het uitzonderlijk voor en 6% schrijft deze medicatie vaak voor zonder attest. 19% van de huisartsen geeft toe niet te vragen naar een attest bij het voorschrijven van medicatie.

In het laatste gedeelte van de enquête werden de huisartsen bevraagd over de website zelf. Op de vraag of ze de inhoud van de website als een handig hulpmiddel beschouwden in de begeleiding van ADHD-patiënten in hun praktijk antwoordde 56% “Absoluut”, 38% “In zeker mate”, 4% “Onvoldoende” en 2% “Absoluut niet”. Er werd opnieuw ruimte gelaten om eventueel opmerkingen te geven met betrekking tot de inhoud van onze website. Deze antwoorden werden geanalyseerd en gecategoriseerd. Veruit de meeste antwoorden hadden betrekking op de lay-out en functionaliteit van de website (zie tabel 14 in bijlage E voor de concrete opmerkingen).

Verder gaven vijf artsen positieve opmerkingen over het initiatief, de handige vragenlijsten en de goede inhoud. Eén arts wenste een verdere duiding, onder andere over het begrip psycho-educatie terwijl nog een andere arts opperde om onze tool in te bouwen in het EMD.

Als laatste vraag in de enquête werden de artsen gevraagd of ze in de toekomst gebruik zullen maken van deze website als deze verbonden is aan de evidence linker van het EMD. 15% van de artsen antwoordde “Neen”, terwijl 85% van de artsen “Ja” antwoordde.

2. De website.

De website was beschikbaar gedurende een periode van 77 dagen. Na deze periode werd de website geanalyseerd met behulp van het programma “Google Analytics”. In totaal kreeg onze website 582 bezoeken waarvan 468 unieke bezoekers. Een unieke bezoeker is een uniek persoon waarvan zijn bezoek gemeten wordt over een bepaalde periode. Aan de hand van cookies die worden opgeslagen op de unieke bezoeker zijn computer kan dit programma gegevens verzamelen van het bezoek aan de website en deze toeschrijven aan deze unieke bezoeker. Het meten van unieke bezoekers geeft een eerlijk beeld over de gebruikswijze van de website.

Per bezoek werden er gemiddeld 4,73 van de 21 pagina’s bekeken. De gemiddelde duur van een bezoek aan onze website bedroeg 2 minuten 52 seconden. Onze website had een bouncepercentage van 42, 96%. Het bouncepercentage geeft het percentage van bezoekers weer die op een pagina van de website terecht zijn gekomen en die dan de website ook weer verlaten hebben zonder een andere pagina bezocht te hebben. (tabel 9)

Totaalaantalbezoeken	582
Uniekebezoekers	468
Gem. aantal pagina´s/bezoek	4,73
Gem. bezoekduur	2 min. 52 sec.
Bouncepercentage	42,96%

Tabel 10: Overzicht van het gebruik van onze website.

We gingen ook na hoeveel bezoeken iedere pagina van de website kreeg, ditgeeft ons een correct beeld over de specifieke interesses van de huisarts. Het overzicht staat in tabel 10.

Paginatitel	Paginaweergaves	Unieke paginaweergaves
Hoofdpagina ADHD voor de huisarts	832	619
A. Stap 1: Holistische screening	212	186
A. Stap 2a. Specifieke ADHD-vragenlijst	210	182
A. Stap 3. Advies en initiële behandeling	168	144
C. ENQUETE	144	118
A. Stap 2b. Screening comorbiditeiten	132	121
A. Stap 3b. Initiële verwijzing	108	84
A. Stap 4. Extra informatie: Medicatie	98	83
Stap 5: Medicatie	98	88
A. Stap 3a. Informatie	96	89
B. Stap 1: Correcte diagnose?	95	87
A. INITIELE OPVANG EN BEHANDELING	69	60
A. Stap 3c. bepalen van doelstellingen.	69	63
B. Stap 2: Impact van de symptomen	66	63
B. Stap 3: Connersvragenlijst	64	59
B. Stap 4: Huidige therapie	60	54
B. Methylfenidaat	55	47
B. Atomoxetine	31	27
B. Opvolgen	31	25
B. Opstarten	29	21
B. FOLLOW-UP	19	16

Tabel 11: Overzicht van het gebruik van de website per pagina.

Daarnaast gingen we ook na hoeveel keer door een individuele arts gebruik werd gemaakt van onze website. Hiermee konden we zien hoeveel eenmalige en terugkerende bezoeken er waren op de website. Ook het aantal pagina´s dat bekeken werd per bezoek en de gebruikstijd per sessie werden geanalyseerd.

Hieruit bleek dat 80% van de bezoeken aan onze website beperkt bleven tot 1 sessie, en dat er bijgevolg slechts 20% terugkerende bezoeken waren. 44% van de bezoeken duurden niet langer dan 10 seconden, terwijl de gemiddelde bezoektijd 2 minuten 52 seconden bedroeg. Tijdens 43% van de bezoeken werd er ook slechts 1 pagina bezocht en het gemiddeld aantal bezochte pagina´s per bezoek bedroeg 4,73. We verwijzen graag naar de bijlage E voor uitgebreidere data.

D. Discussie

Zoals blijkt uit de enquête heeft ongeveer de helft van de bevraagde huisartsen een werkervaring van minder dan twee jaar, namelijk de HAIO's, en de andere helft is een goede mix van verschillende jaren ervaring. Het merendeel werkt in een groepspraktijk maar ook artsen in een solo- of duopraktijk en de multidisciplinaire praktijken zijn, hoewel in mindere mate, betrokken in dit project.

Als we kijken naar de frequentie van consultaties per maand met betrekking tot ADHD-problematiek concluderen we dat de bevraagde huisarts minstens maandelijks in contact komt met deze problematiek. Het valt wel op dat 63% van de bevraagde huisartsen minder dan twee patiënten met ADHD ziet per maand. Dit is opvallend weinig als we kijken naar de huidige prevalentie van ongeveer 5% bij kinderen. Vermoedelijk heeft dit hoge percentage deels te maken met het grote aantal HAIO's die hebben deelgenomen aan de enquête maar het geeft volgens ons toch aan dat de huisarts meer betrokken zou moeten worden in de begeleiding van deze patiënten. We kunnen dit als een werkpunt voor de huisarts beschouwen aangezien een meer intensieve en kwaliteitsvolle begeleiding leidt tot een grotere symptoomreductie en tot een ontlasting van de overbelaste kinderpsychiaters op dit moment.

17% van de betrokken patiënten waren ouder dan 18 jaar. Onze website is voor deze patiëntenpopulatie echter minder geschikt want de inhoud ervan is gebaseerd op een literatuurstudie over ADHD bij kinderen en jongeren tot 18 jaar. Het toont wel aan dat ook volwassenen met ADHD frequent worden begeleid door de huisarts waardoor er in de toekomst ook kan gedacht worden aan een praktische tool specifiek voor deze leeftijdscategorie.

Als we de huidige obstakels voor een kwaliteitsvolle begeleiding van ADHD-patiënten in de eerste lijn nader bekijken zijn er drie belangrijke obstakels. De huisarts geeft via deze enquête aan dat hij een te beperkte kennis heeft over de verschillende mogelijkheden van niet-medicamenteuze begeleiding. Er is dus nood aan een duidelijk overzicht van de verschillende mogelijkheden van doorverwijzing in het kader van psycho-educatie en gedragstherapie. Met het aanbieden van een sociale kaart via onze praktische tool trachten we een oplossing te bieden voor dit obstakel. Een tweede belangrijk obstakel bevestigt de overbelasting van de psychologische gezondheidszorg in België want de huisartsen geven duidelijk aan grote moeilijkheden te ondervinden om tijdig door te verwijzen naar deze instanties. Het invoeren van een terugbetaling voor een consultatie bij een psycholoog zou volgens ons een deel van de oplossing kunnen zijn.

Een derde belangrijk obstakel is het gebrek aan een handig hulpmiddel voor de huisarts tijdens de consultatie met een ADHD-patiënt wat nogmaals het nut aantoont van de website.

Uit deze enquête blijkt ook dat het overleg tussen de verschillende betrokken instanties een pijnpunt is wat een kwaliteitsvolle zorg in de weg staat. Zo geeft de huisarts aan dat er op dit moment over het algemeen te beperkt of zelfs geen overleg is met de betrokken kinderpsychiater en/of het CLB. Het is zo dat dit overleg aangemoedigd moet worden in de toekomst omdat dit alleen maar ten goede kan komen voor de patiënt. Ook moedigen we aan om de drempel te verlagen voor de huisarts om telefonisch contact op te nemen met de betrokken specialist voor verder concreet advies indien problemen zich stellen.

De huidige richtlijnen raden aan om enkel psychofarmaca voor te schrijven in de aanwezigheid van een geldig attest van de diagnose van ADHD. 50% van de bevraagde huisartsen houdt zich aan deze richtlijn maar het feit dat nog steeds 19% van de bevraagde huisartsen niet vraagt naar dit attest geeft aan dat het belang hiervan moet blijven benadrukt worden in de toekomst. Daarom vragen we in onze website expliciet naar de aanwezigheid van dit attest alvorens medicatie wordt voorgeschreven. We raden de huisarts ook aan om gedetailleerd te registreren in zijn dossier wanneer en hoeveel voorschriften er zijn meegegeven aan de patiënt om zoveel als mogelijk medicatiemisbruik te voorkomen.

De huisartsen hebben onze website over het algemeen goed onthaald want 85% van de bevraagde artsen zullen de website in de toekomst verder gebruiken via de evidence linker van het EMD. Maar uit de gegevens over de wijze van gebruik van onze website blijkt dat veel huisartsen de website momenteel nog te oppervlakkig hanteren tijdens de begeleiding van ADHD-patiënten. De website is dus zeker nog voor verbetering vatbaar. Dankzij de bevraging zijn we te weten gekomen dat de website op inhoudelijk vlak goed werd ontvangen, maar dat we in de toekomst voornamelijk moeten verder werken aan de lay-out, de overzichtelijkheid en de functionaliteitvan onze website.

Hier zijn enkele suggesties die volgens ons kunnen bijdragen in gebruiksvriendelijkheid van de website:

- ✓ Integratie van de volledige tool in het EMD of het automatisch bewaren in het EMD van de gegevens over de patiënt die worden geregistreerd op de website.
- ✓ De geregistreerde gegevens kunnen uitprinten in een overzichtelijke doorverwijsbrief om zo de onderlinge communicatie tussen de zorgverstrekkers te bevorderen.
- ✓ Enkele begrippen, zoals gedragstherapie en psycho-educatie, aanklikbaar maken voor verdere informatie om zo de website minder te overladen met tekst.

- ✓ Percentielcurven implementeren in de website om parameters zoals lengte, gewicht en bloeddruk nauwkeurig te kunnen opvolgen.

Verdere optimalisatie van de website zal hopelijk leiden tot een intensiever gebruik ervan. Dit houdt specifiek in dat we in de toekomst willen streven naar een lager bouncepercentage en een hoger percentage van huisartsen die de website repetitief zullen gebruiken in de follow-up van de ADHD-patiënt.

VII. Conclusie.

ADHD is één van de meest voorkomende psychische stoornissen bij kinderen en vereist een multidisciplinaire begeleiding. ADHD-problematiek komt vaak voor in de huisartsenpraktijk maar we stellen vast dat in de praktijk de huidige richtlijnen rond begeleiding van deze patiënten slechts beperkt worden toegepast in de eerste lijn. Een bijkomend probleem is dat de huisarts vaak te laks omgaat met het voorschrijven van psychofarmaca aan patiënten met ADHD. De huisarts kan echter een belangrijke rol spelen in de noodzakelijke intensieve en kwaliteitsvolle begeleiding van deze patiënten, wat ook zou kunnen leiden tot de ontlasting van de overbelaste kinderpsychiaters op dit moment.

Om de huisarts bij te staan in deze begeleiding zijn we via een literatuurstudie op zoek gegaan naar een praktische uitwerking van kwaliteitsvolle zorg zoals de huidige richtlijnen het aanbevelen. Dit zowel tijdens de initiële opvang bij een vermoedelijke diagnose van ADHD als tijdens de verdere follow-up na het stellen van een correcte diagnose.

De inhoud van de literatuurstudie hebben we als basis gebruikt voor de aanmaak van een praktische tool in de vorm van een website die de huisarts als leidraad kan hanteren tijdens de consultatie. We vroegen aan de gebruikers van de website een enquête in te vullen om een beter zicht te krijgen op de huidige obstakels in de kwaliteitsvolle zorg en begeleiding van patiënten met ADHD. Ook vroegen we de gebruikers feedback te geven over de inhoud en de lay-out van onze website om deze in de toekomst verder te kunnen optimaliseren.

Via deze enquête geeft de huisarts duidelijk enkele belangrijke obstakels aan zoals het gebrek aan een sociale kaart, het gebrek aan een handig hulpmiddel tijdens de consultatie, de moeilijkheid om tijdig te kunnen verwijzen naar de psychologische gezondheidszorg en het beperkt overleg tussen de verschillende betrokken hulpverleners.

Inhoudelijk werd de website relevant en goed bevonden, maar op het vlak van lay-out, overzichtelijkheid en functionaliteit werd echter aangegeven dat de website nog voor verbetering vatbaar is, waarvoor we dan ook enkele suggesties hebben neergeschreven in de discussie. De website werd over het algemeen positief onthaald en kan beschouwd worden als een geslaagd piloot- en praktijkproject, dat hopelijk een vervolg krijgt door een meer professionele ontwikkeling van een module geïntegreerd in het EMD.

VIII. Referenties.

1. Polanczyk G et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry2007;164:942–9487.
2. Belgische artsenkrant nr 36 – 09 september 2010.
3. Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline. SIGN, october 2009.
4. Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Pediatrics Vol. 105 No. 5 May 1, 2000 pp. 1158 -1170.Clinical Practice Guideline: Treatment of the School-Aged Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Pediatrics Vol. 108 No. 4 October 1, 2001 pp. 1033 -1044.
5. Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, Young people and adults. NICE september 2008.
6. Jerry L. Rushton et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Use of Practice Guidelines in the Primary Care of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Pediatrics2004;114; pp.e23-e28.
7. James P. Guevara, Martin T. Stein. Evidence based management of attention deficit hyperactivity disorder. BMJ 2001;323:1232-5.
8. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. J. Am. Acad. Child adolesc. Psychiatry, 2007;46(7):894-921.
9. Multidisciplinaire richtlijn ADHD. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen. Trimbos-instituut, Utrecht 2005.
10. Hinshaw et al. Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into adolescence: Evidence for continuing cross-domain impairment. J. Consult ClinPsychol. 2006 Jun;74(3):489-99.
11. Klingberg T. et all. Computerized training of working memory in children with ADHD, a randomized controlled trial. J Am Acad Child AdolescPsychiatry. 2005 Feb;44(2):177-86.
12. Schachter et al. How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment ofattention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents? A meta-analysis. Canadian MedicalAssociation Journal 2001, 165, 1475–1488.
13. The MTA cooperative group. A 14-monthrandomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivitydisorder. Arch Gen Psychiatry 1999;56:1073-86.
14. Jensen PSet al. 3-yearfollow-up of the NIMH MTA study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46:989-1002.
15. Van Den Hoofdakker BJ et al. Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice: a randomized controlled study. J Am Acad Child AdolescPsychiatry. 2007 Oct;46(10):1263-71.
16. Graham J. et al. European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. Eur Child AdolescPsychiatrynovember 2010.
17. Warren AE et al. Cardiac risk assessment before the use of stimulantmedications in children and youth: A joint position statement by the Canadian Paediatric Society, the Canadian Cardiovascular Society, and the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry.Can J Cardiol 2009;25(11):625-630.
18. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition. American pscyhiatric association.

19. Conners CK. Rating scales in attention-deficit/hyperactivity disorder: use in assessment and treatment monitoring.J Clin Psychiatry. 1998;59 Suppl 7:24-30.
20. Hanwella et al. Comparative efficacy and acceptability of methylphenidate and atomoxetine in treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a meta-analysis.BMC Psychiatry. 2011 Nov 10;11:176.
21. Van Gompel AHP. Methylfenidaatbevattendeproducten met gereguleerdeafgiftenietonderlinguitwisselbaar. Geneesmiddelenbulletin 2007;41:47.
22. Samenvatting van expertopinie na een interview met Prof. Dr. Marina Danckaerts.
23. Jeffery N. Epstein, Joshua M. Langberg, Philip K. Lichtenstein,et al. Use of an Internet Portal to Improve Community-Based Pediatric ADHD Care: A Cluster Randomized Trial. Pediatrics 2011; 128:5 e1201-e1208.
24. Laurel K. Leslie, Jill Weckerly, et al. Implementing the American Academy of Pediatrics Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnostic Guidelines in Primary Care Settings. Pediatrics Vol. 114 No. 1 July 1, 2004 pp. 129 -140.
25. John Patrick T. Co, Sara A. Johnson, et al. Electronic Health Record Decision Support and Quality of Care for Children With ADHD. Pediatrics Vol. 126 No. 2 August 1, 2010 pp. 239 - 246.
26. Epstein JN, Rabiner D, et al. Improving attention-deficit/hyperactivity disorder treatment outcome through use of a collaborative consultation treatment service by community-based pediatricians: a cluster randomized trial. Arch PediatrAdolesc Med. 2007; 161(9):835–840.
27. ADHD. EBM-guidelines. 17-06-2012. Hannu Westerinen. Article ID: ebm00677 (031.025). 2011 Duodecim Medical Publications Ltd.
28. Culpepper L. Primary care treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. J Clin Psychiatry2006;67: suppl 8.
29. ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. Pediatrics. Volume 128, Number 5, November 2011.
30. Weitzman C., Leventhal J. Screening for behavioral health problems in primary care.Current Opinion in Pediatrics 2006, 18:641–648.
31. Vogels A. et al. Comparing three short questionnaires to detect psychosocial dysfunction among primary school children: a randomized method. BMC Public Health 2009, 9:489.
32. Stancin T., Palermo T. A review of behavioral screening practices in pediatric settings: do they pass the test? Journal of Developmental and behavioral pediatrics. 1997. Vol 18, No 3.
33. V. Rudan et al. The Child Behavior Checklist, Teacher Report Form and Youth Self Report Problem Scales in a Normative Sample of Croatian Children and Adolescents Aged 7–18. Coll. Antropol. 29 (2005) 1: 17–26.
34. Seligman L. et al. The Utility of Measures of Child and AdolescentAnxiety: A Meta-Analytic Review of the RevisedChildren's Manifest Anxiety Scale, the State-TraitAnxiety Inventory for Children, and the ChildBehavior Checklist.Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2004, Vol. 33, No. 3, 557–565.
35. Collett B. et al. Ten-Year Review of Rating Scales. V: Scales Assessing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2003, 42(9):1015–1037.
36. Samenvatting van expertopinie na een interview met CLB-psychologe Hilde Awouters.

IX. Bijlagen.

A. Vragenlijsten.

Algemene Vragen	Hoe doet uw kind het op school?
	Is het gelukkig op school?
	Hebben u of de leerkracht problemen opgemerkt met het leren?
	Heeft uw kind moeilijkheden om huiswerk af te maken?
	Leert uw kind vlot bij? Heeft het speciale interesses in bepaalde zaken?
	Maakt u zich zorgen over gedragsproblemen thuis, op school of wanneer uw kind met vriendjes speelt?
Additionele vragen	Speelt uw kind graag en gebruikt het hierbij zijn verbeelding?
	Hoe slaapt uw kind (slaappatroon, kwaliteit,...)?
	Is uw kind angstig of onzeker? Indien ja, in welke situaties? (rekening houdend met de leeftijd van het kind)
	Heeft uw kind een goed contact met u als ouder, met de broertjes en/of zusjes, met vriendjes?
	Zijn er dichte familieleden met depressies in de familie?
	Evalueer of de ouders mogelijk te streng zijn? Hoe gaan de ouders om met problemen?

Vragenlijst 1: Holistische screening.

Onoplettendheid	Slaagt uw kind er vaak niet in voldoende te letten op details? Maakt hij/zij fouten in het schoolwerk door onoplettendheid?	0	1	2	3
	Heeft uw kind vaak moeite de aandacht bij taken of activiteiten te houden?	0	1	2	3
	Lijkt uw kind vaak niet te luisteren als hij/zij rechtstreeks aangesproken wordt?	0	1	2	3
	Volgt uw kind vaak aanwijzingen niet op of slaagt uw kind er vaak niet in schoolwerk of karweitjes af te maken?	0	1	2	3
	Heeft uw kind vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten?	0	1	2	3
	Heeft uw kind vaak moeite met of vermijdt hij/zij vaak taken waarvoor hij/zij een langdurige mentale inspanning moet doen (zoals school- of huiswerk)?	0	1	2	3
	Raakt uw kind vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of bezigheden (bijvoorbeeld speelgoed, huiswerk, potloden, boeken of gereedschap)?	0	1	2	3
	Wordt uw kind vaak gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels?	0	1	2	3
	Is uw kind vaak vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden?	0	1	2	3
Zes of meer antwoorden met een score van 2 of 3?			Ja		Neen
Impulsiviteit en hyperactiviteit	Beweegt uw kind vaak onrustig met handen of voeten, of draait hij/zij in zijn/haar stoel?	0	1	2	3
	Staat uw kind vaak op in de klas of in andere situaties waar verwacht wordt dat uw kind op zijn plaats blijft zitten?	0	1	2	3
	Rent uw kind vaak rond of klimt hij/zij overal op in situaties waarin dit ongepast is?	0	1	2	3
	Kan uw kind moeilijk rustig of stil spelen?	0	1	2	3
	Is uw kind vaak “in de weer” of “draaft hij/zij maar door”?	0	1	2	3
	Praat uw kind vaak aan een stuk door?	0	1	2	3
	Geeft uw kind vaak al het antwoord voordat de vragen afgemaakt zijn?	0	1	2	3
	Heeft uw kind vaak moeite om op zijn/haar beurt te wachten?	0	1	2	3
	Verstoort uw kind vaak bezigheden van anderen of dringt hij/zij zich op in gesprekken of spelletjes van anderen?	0	1	2	3
Zes of meer antwoorden met een score van 2 of 3?			Ja		Neen

Vragenlijst 2a: specifieke ADHD vragenlijst.

0 : “zelden of nooit”, 1 : “soms”, 2 : “vaak”, 3 : “zeer vaak of altijd”.

Zijn de symptomen van de positief beantwoorde vragen reeds meer dan 6 maanden aanwezig én zijn ze onaangepast aan het ontwikkelingsniveau van het kind?	Ja	Neen
Waren een aantal van de symptomen reeds aanwezig vóór het zevende levensjaar?	Ja	Neen
Komen de beperkingen voor op ten minste twee terreinen (b.v.: school, thuis, sportclub, ...)	Ja	Neen
Worden de symptomen niet veroorzaakt door een andere psychiatrische aandoening of een andere gedragsstoornis.	Ja	Neen

Vragenlijst 2b: specifieke ADHD vragenlijst, voorwaarden.

Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis	Verliest uw kind zijn/haar temperament?	0	1	2	3
	Weigert of negeert uw kind nadrukkelijk verzoeken of regels van volwassenen?	0	1	2	3
	Spreekt uw kind volwassen tegen?	0	1	2	3
	Ergert uw kind opzettelijk andere mensen?	0	1	2	3
	Geeft uw kind anderen de schuld voor zijn/haar fouten of gedrag?	0	1	2	3
	Is uw kind snel geirriteerd of lichtgevoelig voor anderen?	0	1	2	3
	Is uw kind kwaad of wrokkig?	0	1	2	3
	Is uwkind afgunstig en wraakzuchtig?	0	1	2	3
Vier of meer antwoorden met een score van 2 of 3?			Ja		Neen
Gedragsstoornis	Pest, bedreigt of intimideert uw kind anderen?	0	1	2	3
	Begint uw kind gevechten?	0	1	2	3
	Liegt uw kind om zaken te krijgen of verplichtingen te ontwijken?	0	1	2	3
	Spijbelt uw kind zonder toestemming?	0	1	2	3
	Is uw kind fysiek gemeen tegenover anderen?	0	1	2	3
	Heeft uw kind zaken zonder waarde gestolen?	0	1	2	3
	Vernielt uw kind opzettelijk eigendom van anderen?	0	1	2	3
	Heeft uw kind ooit een wapen (stok, mes,…) gebruikt?	0	1	2	3
	Is uw kind fysiek wreed tegenover dieren?	0	1	2	3
	Heeft uw kind opzettelijk vuur gesticht om schade te berokkenen?	0	1	2	3
	Heeft uw kind ooit ingebroken in een auto, een huis, … ?	0	1	2	3
	Is uw kind ooit een nacht weg gebleven zonder toestemming?	0	1	2	3
	Is uw kind ooit van huis weg gelopen ?	0	1	2	3
	Heeft uw kind ooit iemand gedwongen tot een sexuele activiteit?	0	1	2	3
Drie of meer antwoorden met een score van 2 of 3?			Ja		Neen
Angst/Depressie	Is uw kind angstig?	0	1	2	3
	Is uw kind bang om nieuwe dingen te proberen uit angst om fouten te maken?	0	1	2	3
	Voelt uw kind zich waardeloos of inferieur?	0	1	2	3
	Geeft uw kind zichzelf de schuld voor problemen? Voelt uw kind zich schuldig?	0	1	2	3
	Voelt uw kind zich eenzaam, ongewild of ongeliefd?	0	1	2	3
	Is uw kind triest, ongelukkig of depressief?	0	1	2	3
	Is uw kind erg zelfbewust of gemakkelijk verlegen?	0	1	2	3
Drie of meer antwoorden met een score van 2 of 3?			Ja		Neen

Vragenlijst 3: screening comorbiditeiten.

B. Informatiebrief.

ADHD bij kinderen: Informatie voor ouders.

Wat is ADHD?

ADHD is de afkorting van de engelse term Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Het is een veel voorkomende aandoening van de hersenen waardoor het moeilijk is voor kinderen om hun gedrag onder controle te houden. Hoewel vele kinderen van tijd tot tijd gedragsproblemen vertonen, hebben kinderen met ADHD frequente, ernstige problemen die een normaal leven belemmeren.

Een kind met ADHD kan één of meer van de volgende symptomen hebben:

- Onoplettendheid: moeite met concentreren, dagdromen, gemakkelijk afgeleid, moeite met plannen, verliezen van spullen, …
- Hyperactiviteit: lijkt constant in beweging te zijn, moeite om te blijven zitten, wriemelt veel, praat te veel,…
- Impulsiviteit: doet en praat zonder nadenken, ongeduldig, onderbreekt anderen, …

Om effectief van ADHD te kunnen spreken, dienen deze symptomen:

- Voor te komen in meerdere settings, zoals op school, thuis, opvang, …
- Erger te zijn dan bij andere kinderen van dezelfde leeftijd.
- Te beginnen voor de leeftijd van 7 jaar.
- Langer dan zes maanden aanwezig te zijn.
- Het moeilijk maken om te functioneren op school, thuis of in andere sociale omgevingen.

Vaak hebben kinderen met ADHD problemen met studeren, slapen, coördinatie, het onder controle houden van hun emoties, …

Wat veroorzaakt ADHD?

De juiste oorzaak van ADHD is nog niet gekend. Erfelijkheid kan een rol spelen, vandaar dat ADHD in bepaalde families meer kan voorkomen dan bij anderen.ADHD wordt over het algemeen niet veroorzaakt door een slechte opvoeding of verkeerde voedingspatronen, al kan de opvoeding en de omgeving wel een invloed hebben op de symptomen en de gevolgen van ADHD.

Wat is de behandeling van ADHD?

De behandeling kan verschillen naargelang de ernst van de symptomen en de mate waarin ze het leven op school en thuis belemmeren. Een behandelingsplan wordt altijd opgesteld in samenspraak met de ouders, aangezien hun medewerking en ondersteuning onontbeerlijk is voor het kind. In de meeste gevallen bestaat de behandeling uit onderstaande punten:

- Een lange termijn behandelingsplan met:
    - Een aantal concrete doelen: bv. Betere resultaten op school, meer zelfstandigheid,…

    - Follow-up consultaties bij de psycholoog, het CLB, de huisarts, de kinderpsychiater,…
    - Evaluatie van de behandeling aan de hand van de vooropgestelde doelen.

- Medicatie:
    - Voor de meeste kinderen is medicatie een veilige en efficiente manier om de ADHD-symptomen te verlichten.
    - De meest gebruikte medicatie is methylfenidaat. De dosis van de medicatie zal aangepast worden aan de noden van het kind, de respons op de medicatie en de eventuele nevenwerkingen.
    - De meest voorkomende nevenwerkingen zijn:
        - Minder hongergevoel
        - Buikpijn
        - Ziek voelen
        - Hoofdpijn
        - Slaapproblemen.
- Gedragstherapie en trainingsessies voor de ouders: hierbij worden de ouders bepaalde technieken aangeleerd om op een positieve manier te kunnen omgaan met het gedrag van hun kind.
- Educatie: iedereen in de omgeving van het kind (ouders, school, …) dient op de hoogte te zijn van wat ADHD juist is om er op een correcte manier mee om te kunnen gaan.

Kunnen een dieet of alternatieve therapieen ADHD behandelen?

Er zijn onvoldoende bewijzen dat bepaalde dieten of alternatieve therapieën efficient zijn bij de behandeling van ADHD. Een gezond en gebalanceerd dieet is, zoals voor ieder kind, uiteraard wel belangrijk.

Kan mijn kind ADHD ontgroeien?

De symptomen van ADHD kunnen verminderen met het ouder worden maar in de meeste gevallen blijven symptomen aanwezig op volwassen leeftijd.

Praktische Tips voor thuis.

- Zorg voor een vast dagpatroon.
    - Tracht een vast dagelijks schema te maken van de uren waarop uw kind opstaat, eet, zich wast, naar school vertrekt en gaat slapen.
    - Geef "tijdwaarschuwingen" vooraleer een activiteit plaats gaat vinden. Bv. Geef 10 of 15 minuten op voorhand een waarschuwing dat het tijd is voor het avondeten, voor de televisie uit moet, …
    - Zorg regelmatig voor echt vrije tijd waarin uw kind kan doen wat het wilt.
- Verminder mogelijke afleidingen.
    - Probeer de zaken die uw kind afleiden tijdens het huiswerk te identificeren en één voor één te elimineren.
- Ontwikkel een goede omgeving om huiswerk te maken.
    - Verdeel het huiswerk op in kleinere stukken met pauzes.
    - Zoek de omgeving waarin uw kind het best kan werken. Sommige kinderen hebben een georganiseerd bureau nodig, andere kinderen moeten de ouders steeds in de buurt hebben.

    - Werk eventueel met timers en positieve beloningen.
- Organiseer uw huis.
    - Tracht logische en vaste plaatsen te gebruiken om speelgoed, kleren, boekentassen, … op te ruimen.
    - Tracht een veilige plaats te hebben in uw huis waar uw kind actief kan spelen.
- Gebruik lijstjes.
    - Geschreven lijstjes kunnen erg nuttig zijn voor uw kind. Houdt de instructies kort en bondig.
    - Gebruik een thuis-school lijstje. Dit is een lijstjes met alle zaken die uw kind elke dag mee naar school en terug naar huis moet nemen.
    - Geef aandacht aan het feit dat uw kind de moeite doet om huiswerk en taken te maken, en niet alleen aan het eindresultaat.
- Verminder de keuzeopties
    - Help uw kind om goede beslissingen te maken door maar 2 of 3 mogelijke opties of keuzes te geven.
- Gebruik kleine, bereikbare doelen.
    - Zorg er voor dat uw kind begrijpt dat hij/zij succesvol kan zijn door kleine stappen te nemen en geleidelijk te bouwen aan successen en resultaten.

Nuttige links.

Nederlandstalig:

www.zitstil.be

www.geestelijke-gezondheid.be/adhd.html

www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=292

www.triplep.net

Engelstalig:

www.healthychildren.org/english/health-issues/conditions/adhd/Pages/default.aspx

C. Sociale kaart.

Met onderstaande instanties en verwijsadressen kan de huisarts samenwerken ter verdere evaluatie van het kind,het opstarten van gedragstherapeutische programma´s voor ouders, het inlichten van de school en reeds starten van eventuele interventies in de klas. Deze instanties zijn een nuttige tussenstap op de eventuele weg naar de kinderpsychiater of -neuroloog. Doorverwijzing naar de tweede lijn gebeurtbest in overleg met één van onderstaande instanties, tenzij de problemen dusdanig ernstig zijn dat een onmiddellijke verwijzing gewenst is.

- **CLB:** contactgegevens van de lokale CLB's zijn te vinden via http://www.ond.vlaanderen.be/clb/clb-medewerker/Contactgegevens_CLB.htm
- **CGG:** een aantal lokale CGG's begeleiden en evalueren tevens kinderen met ADHD. Hun contactgegevens kan men vinden via http://www.zorgnetvlaanderen.be/voorzieningen/Pages/perprovincie.aspx
- **VGGZ:**http://www.vggz.be
- **CST:** centrum voor spraak en taalpathologie. Ook hier zijn er een aantal centra van die kinderen met ADHD evalueren en begeleiden.http://www.litp.be/index/be-nl/6117/navigationcats/1399/
- **Psycholoog**: een groot aantal psychologen zijn getraind om kinderen met ADHD te evalueren, te begeleiden en eventueel gedragstherapie op te starten. Een lokale psycholoog kan u vinden via http://www.bfp-fbp.be/index.php?r=zoek&language=NL

D. Basisschema medicatie.

	Startdosis	Verhoging, op geleide van effect en nevenwerkingen	Werkings-duur
Kortwerkend methylfenidaat	• <6j: 2 x 2,5 mg /dag • >6j: 2-3 x 5 mg/dag	Per week: +5mg / dag	3-5u
Middellangwerkend methylfenidaat	• Nog niet ingesteld op methylfenidaat: ○ 10 mg, 1x/dag, 's ochtends • Reeds ingesteld op methylfenidaat: ○ 10mg, 2x/dag -> 20mg, 1x/dag, 's ochtends ○ 15mg, 2x/dag -> 30mg, 1x/dag, 's ochtends ○ 20mg, 2x/dag -> 40mg, 1x/dag, 's ochtends	Per week: +10mg/ dag	3-8u
Langwerkend methylfenidaat	• Nog niet ingesteld op methylfenidaat: ○ 18 mg, 1x/dag, 's ochtends • Reeds ingesteld op methylfenidaat: ○ 5mg, 3x/dag -> 18mg, 1x/dag, 's ochtends ○ 10mg, 3x/dag -> 36mg, 1x/dag, 's ochtends ○ 15mg, 3x/dag -> 54mg, 1x/dag, 's ochtends ○ 20mg, 3x/dag -> 72mg, 1x/dag, 's ochtends	Per week: +18mg/dag	8-12u

Basisschema medicatie.

E. Gegevens en data analyse enquete en website.

Aantal sessies op de website	Aantal bezoeken	Paginaweergaves
1	464	2.152
2	53	292
3	17	99
4	4	8
5	2	2
6	3	20
7	2	4
8	2	3
9 tot 14	9	11
15 tot 25	17	28
26 tot 50	9	136
Totaal	582	2.755

Tabel 12: overzicht van het gebruik van de website per huisarts

Paginadiepte	Bezoeken	Paginaweergaves
1	250	250
2	70	140
3	43	129
4	37	148
5	31	155
6	29	174
7	19	133
8	12	96
9	4	36
10	5	50
11	13	143
12	8	96
13	7	91
14	5	70
15	8	120
16	6	96
17	7	119
18	3	54
20+	25	655

Tabel 12: overzicht van het aantal bezochte pagina´s per bezoek.

Bezoeksduur	Bezoeken	Paginaweergaves
0-10 seconden	259	270
11-30 seconden	59	157
31-60 seconden	42	150
61-180 seconden	86	492
181-600 seconden	89	922
601-1800 seconden	41	580
1801+ seconden	6	184
totaal:	582	2.755

Tabel 13: overzicht van de bezoeksduur per bezoek.

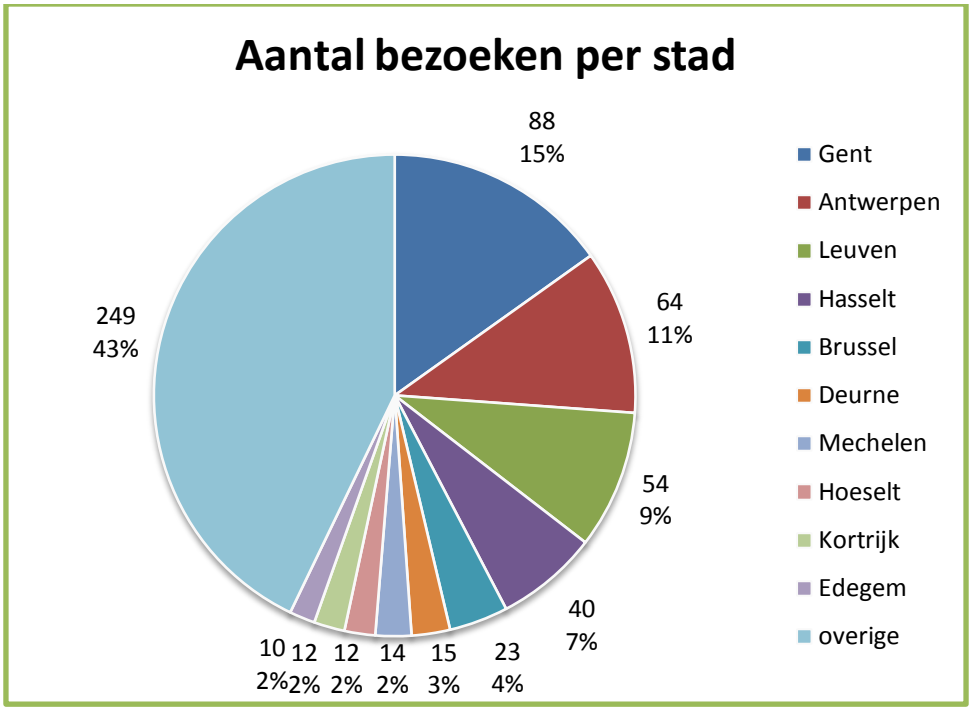


Fig.1: Overzicht van het aantal bezoeken per stad.

- Vragenlijsten die in elkaar overlopen.
- Onoverzichtelijk.
- Te veel doorlopende tekst.
- Geen mogelijkheid om de vragenlijsten af te drukken.
- Het nut van de knop “insturen” werd in vraag gesteld.
- Complexe formulieren.
- Ontbreken van een functie die de punten automatisch op telt.

Tabel 14: opmerkingen over de lay-out.