

ADHD bij Jeugd | Pilot Midden-Brabant

17 februari 2020: Startbijeenkomst project ADHD bij Jeugd in de regio Midden-Brabant



Welkom | Programma

- Welkom en inleiding
- ADHD in de huisartsenpraktijk
- ADHD binnen JGZ
- *Pauze*
- Toelichting ADHD door kinderarts
- Plenaire afsluiting

Inleiding | Doelen

- Vroegsignalering
- Kind met ADHD goed in beeld
- Sneller de juiste zorg en ondersteuning, indien mogelijk vanuit huisartsenpraktijk
- Goede samenwerking en communicatie
- Herhaalmedicatie en controles op orde

ADHD | Het project

- 3 Jaar geleden gestart, nu lichting 6
- 65 praktijkhoudende huisartsen doen mee
- Gemiddeld 20 patienten per normpraktijk, waarvan de helft de huisarts hoofdbehandelaar
- Minder onnodig lang mediatie gebruik
- Beter contact met de jeugdarts (MDO)
- Meer kinderen terug naar eerste lijn
- Financiering door de gemeente

ADHD | Huisartsenzorg

1. NHG-standaard
2. Dossieronderzoek
3. Bij vermoeden ADHD: afstemming jeugdarts, hetero-anamnese en AVL
4. Keuze maken: zelf diagnose en behandeling of doorverwijzen ETZ of GGZ
5. Behandeling door huisarts/ POH-GGZ i.s.m. jeugdarts (direct of na terug verwijzing ETZ of GGZ)

ADHD | 1. NGH standaard

- November 2014

ADHD | 2. Dossieronderzoek

- Dossieronderzoek;
 - ICPC ADHD p21 < 18 jr
 - ATC medicatiecodes
 - N06 = methylfenidaat;
 - N05 = andere neuroleptica < 18 jr, zelf of door apotheker
- Is het kind buiten de huisartspraktijk goed in beeld?
 - Ook voor medicatie-controle?
 - Zo niet;
 - Oproepsysteem en verdeling taken HA-Ass-POH-GGZ-JGZ;
 - Juiste manier van registratie in je HIS (ICPC code P21)
 - Nieuwe registratie voor praktijken die meedoen aan Zorgprogramma GGZ, VIP Calculus

ADHD | 2. Dossieronderzoek

- Voorbeeld praktijk Loon op Zand vs Drunen
 - Totale populatie 3300 pt vs 2800 pt
 - Populatie < 18 jr = 634 pt vs 577
 - ATC N06 en N05 = 53 vs 15
 - 8.4% kinderen gebruikt ADHD-medicatie of andere neuroleptica vs 2.6%

ADHD | 2. Dossieronderzoek

- Voorbeeld praktijk Loon op Zand
 - 14 pt wel ATC N06 en geen ICPC p21
 - Totaal ICPC p21 = 41 pt vs 33 pt
 - 14 pt wel ICPC p21 en geen ATC N06

ADHD | 3. Vaststellen vermoeden

- Zoeken afstemming huisartsenzorg en JGZ
- Afname AVL (ADHD Vragenlijst)
- Hetero-anamnese

ADHD | 4. Diagnostiek

- ADHD Centrum GGZ
- Zelf/samen met JGZ; DSM-5
- Gecompliceerde ADHD: problemen bij contactname, oppositioneel gedrag, twijfels verstandelijke vermogens, ernstige opvoedingsproblematiek, angst/depressie, kleine criminaliteit -> SGGZ

ADHD | 5. Behandeling

- Behandeling door de huisarts en POH-GGZ i.s.m. JGZ op basis van NGH standaard
- Psycho-educatie
 - e-health:
 - informatief thuisarts.nl
 - begeleidend Minddistrict-module
- > 6 jr start eventueel medicatie, alleen methylfenidaat

ADHD | 5. Behandeling

- Begeleiding van kinderen met stabiele ADHD: 2x per jaar door HA/POH-GGZ
- Hoe gaat het? Kind/ouders/school/club
- Lengte, gewicht, RR, pols
- Medicatie: dosering/bijwerkingen/slaperen/stopperiodes
- Afspraken met assistente en/of apotheker

ADHD | Vergoeding

- Betaling van kosten en inspanningen van huisartsenpraktijken:
 - Dossieronderzoek, inrichting samenwerking binnen de praktijk (per normpraktijk € 600)
 - Voor het in beeld houden van de kinderen en samenwerking (per normpraktijk € 700 per jaar).
 - Via ZVW reguliere consulten

ADHD | In de jeugdgezondheidszorg



ADHD: wat doet de JGZ ermee?



Wat doet de JGZ

- **Signaleren vroegtijdig (veel contactmomenten)** en verwijzen ouders tijdig door
- **Normaliseren** en dragen bij aan het versterken van de eigen kracht
- Hiermee wordt voorkomen dat alledaagse problemen **ten onrechte** bij zware, specialistische zorg terechtkomen
- Maar ook dat problemen **ten onrechte niet behandeld worden**

JGZ is laagdrempelig, vertrouwd en dichtbij

- JGZ heeft alle kinderen in beeld; lage drempel, hoog bereik
 - Preventie
 - Extra aandacht voor kwetsbare groepen
 - JGZ-medewerkers bouwen een band op met gezinnen
 - Kunnen daarom draagkracht en draaglast inschatten van gezinnen.
- **JGZ vormt daardoor een onmisbare schakel in de sluitende keten op lokaal niveau**

JGZ en school

- JGZ heeft regelmatig contacten met school
- Kent de school en haar sterke en minder sterke kanten
- Kent ondersteuningsmogelijkheden binnen en buiten de school
- JGZ is verbonden aan Zorg Advies Team



JGZ en wijkteam

- Heeft contacten met het wijkteam/ Toegangsteam
- Haalt in die teams signalen op en kan toeleiden naar activiteiten of hulp in de wijk.



Kortom: Bij zorg over een kind

- JGZ heeft over alle kinderen informatie over ontwikkeling en tot dan toe geboden zorg
- JGZ kan meekijken met brede blik
- JGZ heeft meer tijd om uit te vragen
- **Maak gebruik van ons**

Mijn kind is zo druk

- Ouders melden zich met een vraag
- Ouders worden door school verwezen
- Signalering door JGZ tijdens regulier contactmoment
- Via zorgteam op school
- Signalen vanuit wijkteam
- Via huisarts



Gesprek

Anamnese

- Hulpvraag
- Klachten
 - Lijdensdruk kind & omgeving
 - Klachten in meerdere settings
- Uitlokkende / bevorderende factoren
- Ontwikkelings-anamnese
- Medische anamnese
- Familie anamnese

LO

- Psychomotoriek
- Visus
- Gehoor
- Spraak

•**SDQ (vanaf 3jr 9mnd) = signaleren**

Rol JGZ na de diagnose ADHD

- KA heeft overleg met HA of JGZ
- HA en JGZ stemmen samen daarna weer af
- JGZ:
 - vraagt tijdens standaardcontactmomenten specifiek naar gedrag en medicatie
 - is alert op signalen vanuit school
 - is extra alert tijdens transitie momenten
 - leidt zo nodig toe naar extra ondersteuning binnen wijk

ADHD | Centrum ETZ



ADHD-centrum
17 februari 2020
Jan-Erik Bunt, kinderarts



Een update

1. ADHD
2. Medicatie
3. Poliklinisch vervolg
4. ADHD verpleegkundige
5. Cognitieve therapie



Carien Smeets, kinderarts

Jan-Erik Bunt, kinderarts

Anita Govers, ADHD verpleegkundige

Judith Pas, Sociaal pedagogisch hulpverlener

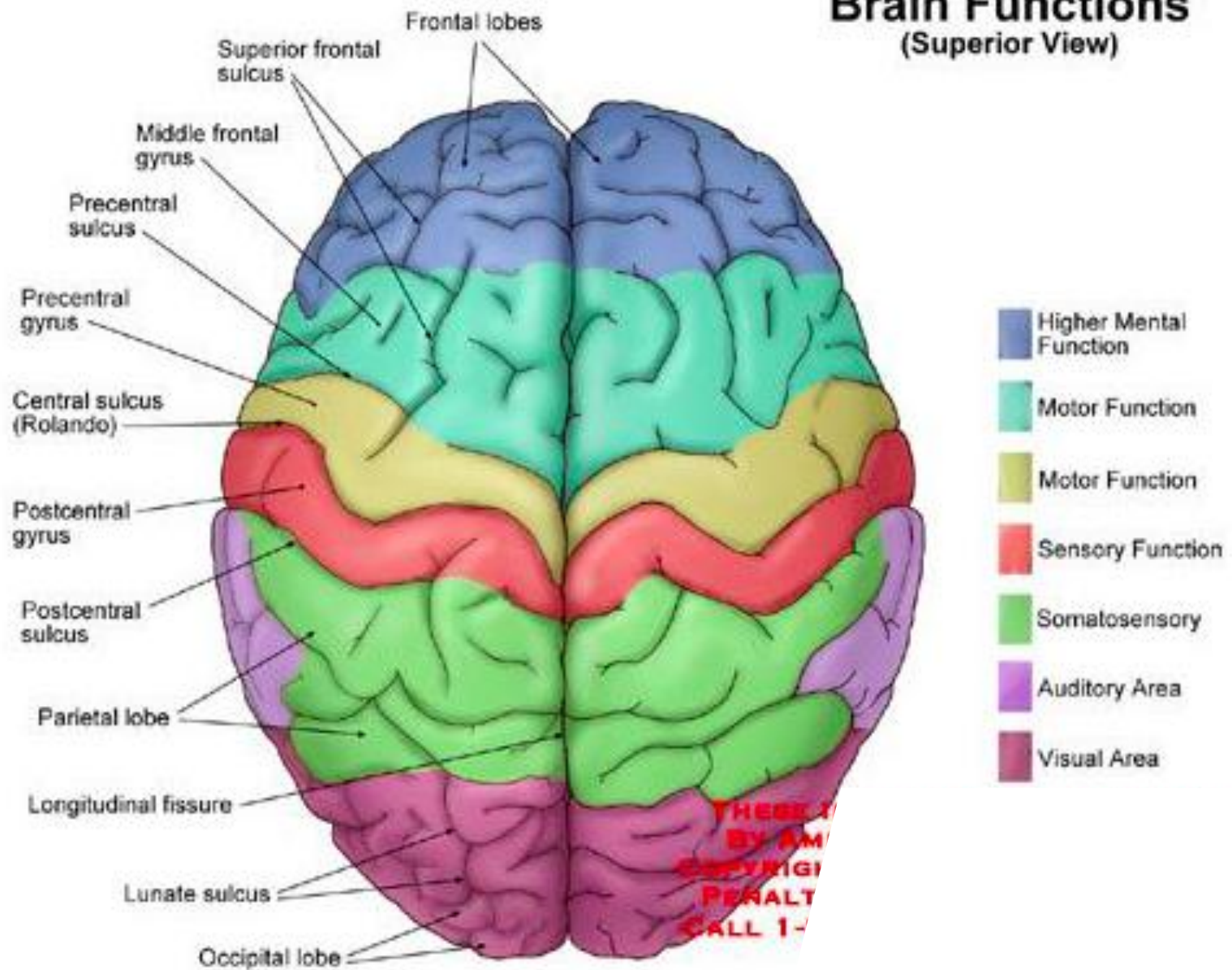
Prefrontale cortex en ADHD



Prefrontale cortex verzorgt executieve functies

- Coördineren en aanpassen complex gedrag
- Controle van impulsiviteit en emotionele reacties
- Persoonlijkheid
- Organisatie van aandacht en concentratie
- Planning en organisatie
- Prioriteren, schiften van informatie, afsluiten van externe stimuli.

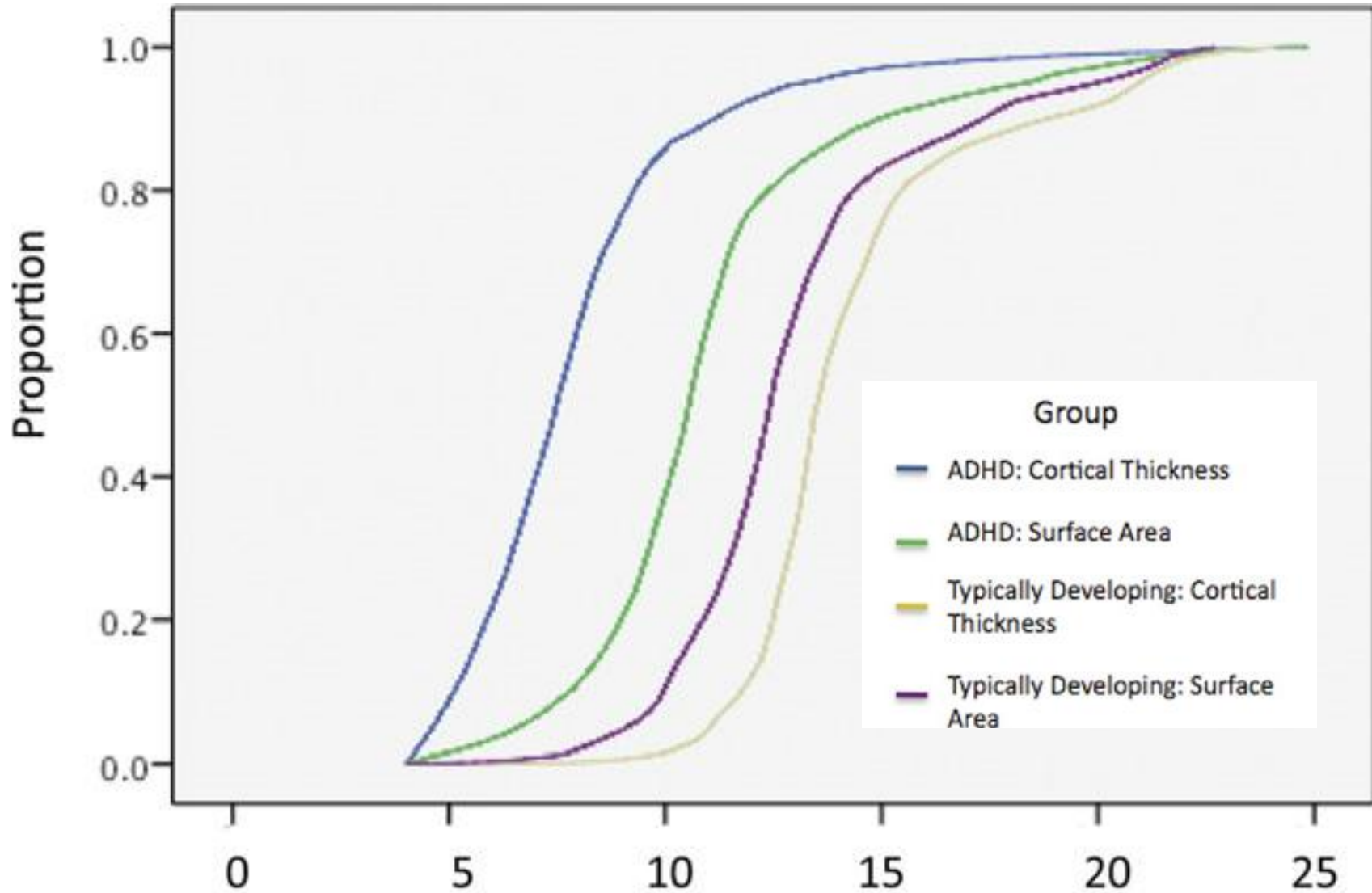
Brain Functions (Superior View)



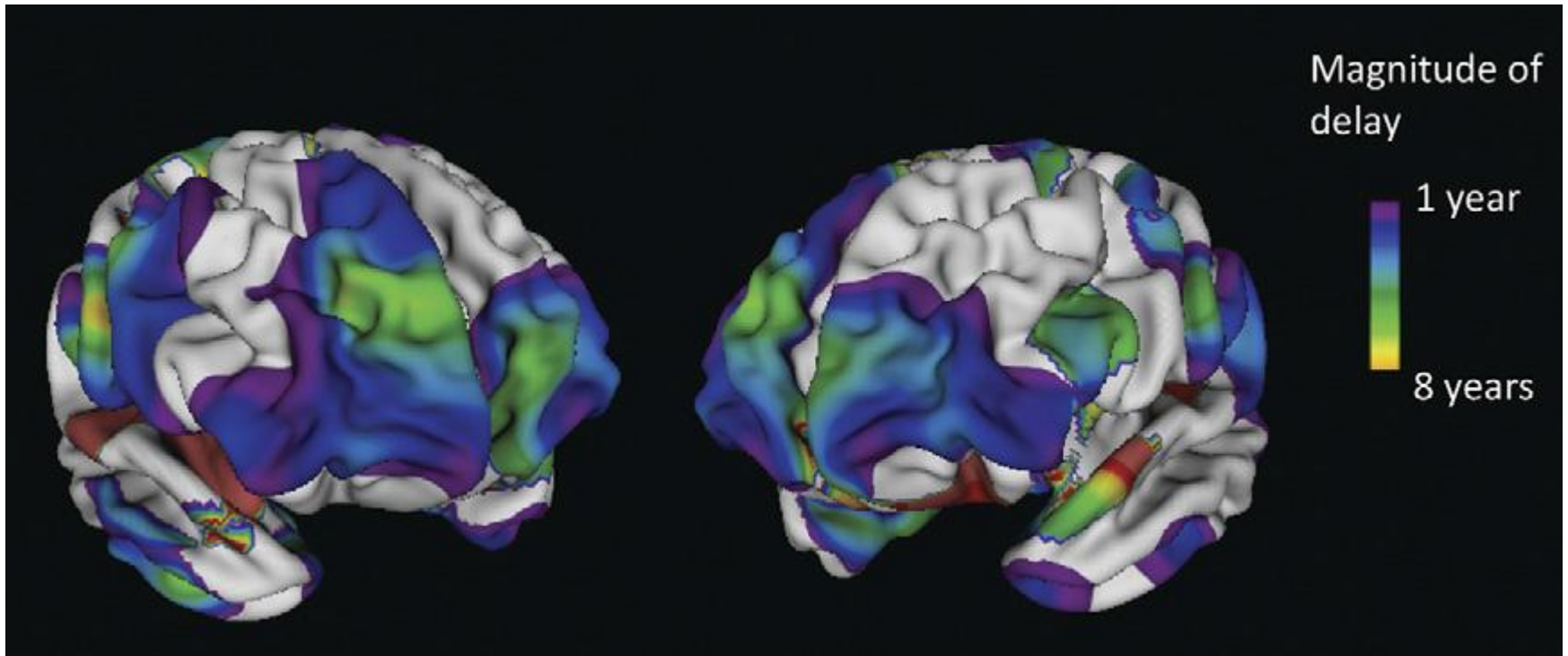
Onderzoeksmethoden

- MRI
- Functionele MRI
- MRI spectroscopie
- Radioactieve neurotransmitters
- Knock out muis en rat model (genetische manipulatie)

Vertraagde ontwikkeling van de cortex



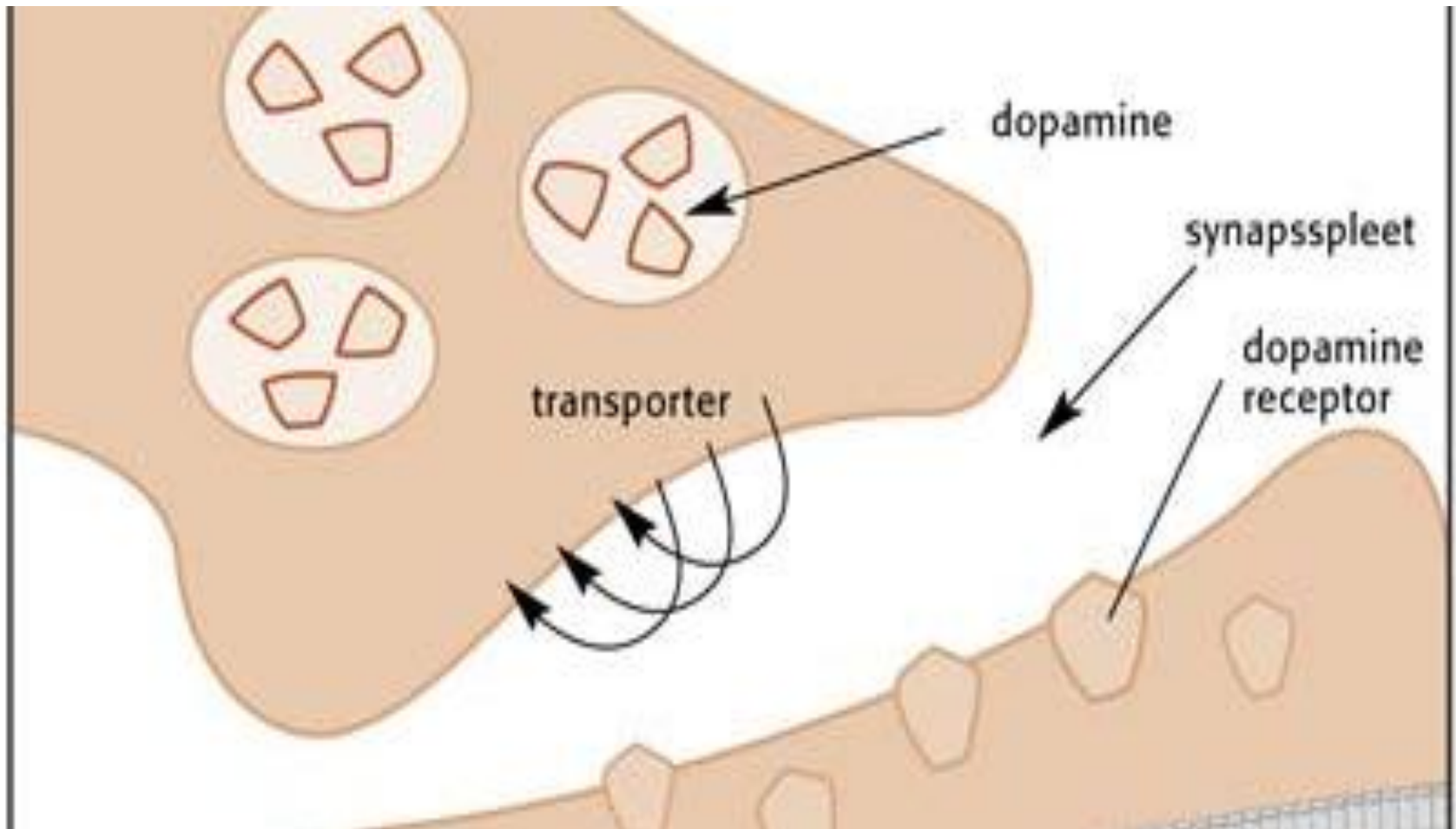
Hersenschorsontwikkeling bij ADHD



- Longitudinale follow-up studie
- Dikte cortex geassocieerd met symptomen
- In remissie >> normale dikte van de cortex

- Shaw et al; Trajectories of cerebral development in childhood and adolescence and adult ADHD. Biol psychiatry 2013 74; 599-606

Neurotransmitters in the synapse

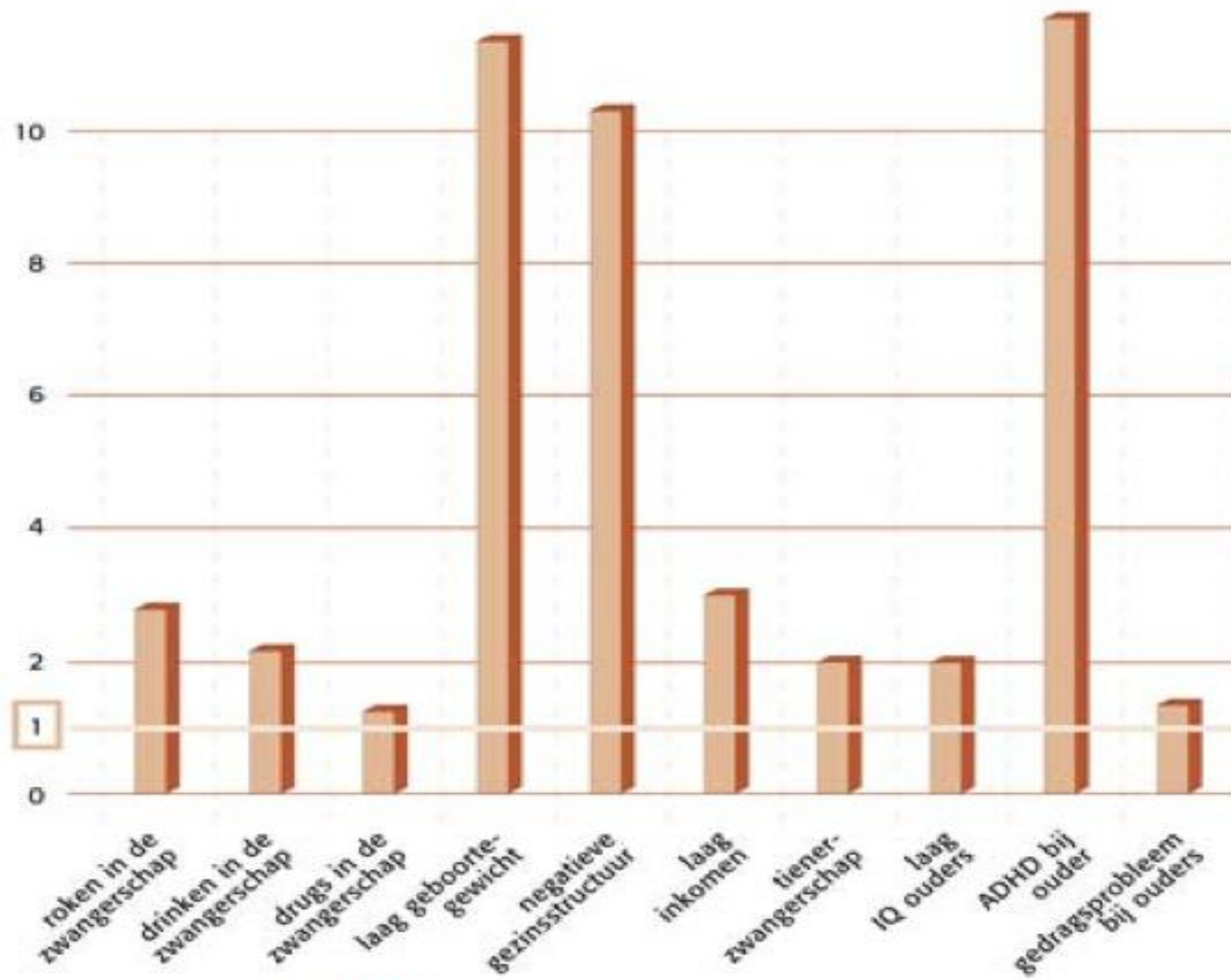


Het ADHD brein

- Atypische hersenstructuur
- Volumetrische analyses: globale reductie in totaal hersenvolume
 - prefrontale cortex
 - basale ganglia
 - cerebellum
 - parieto-temporale regio's

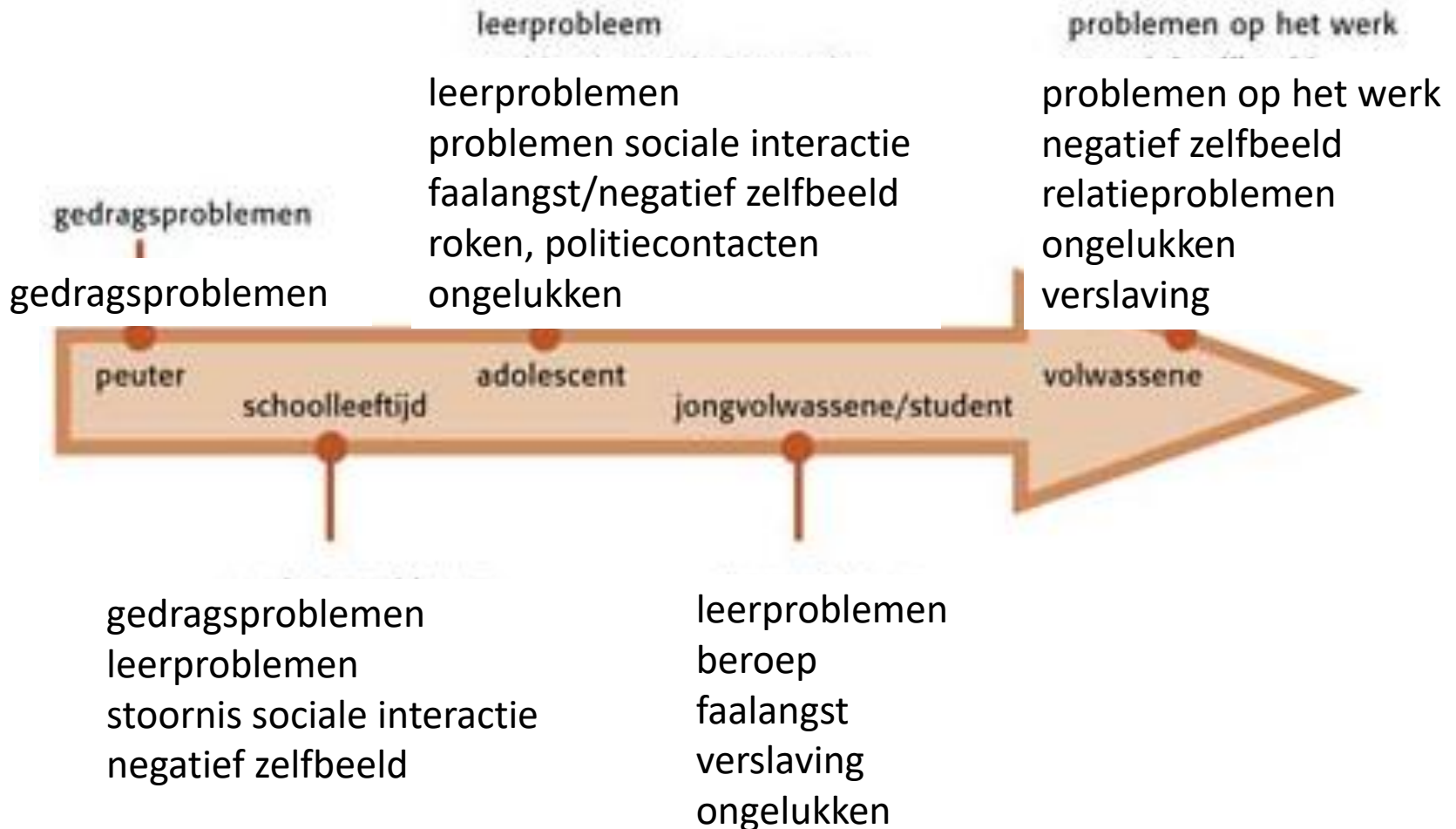
Feiten

- Incidentie
- Persisterende klachten na adolescentie
- Erfelijkheid
- Stimulantia = 1^{ste} keuze behandeling



Risicofactoren bij **ADHD** voor en rond de geboorte.

Symptomen en leeftijd



Het stellen van de diagnose

- Anamnese
- Lichamelijk onderzoek
- Vragenlijsten thuis, school en kind zelf
- Soms Qb-test

Qb test

Objectief, computergestuurde test van

- Concentratie
- Impulsiviteit
- Hyperactiviteit

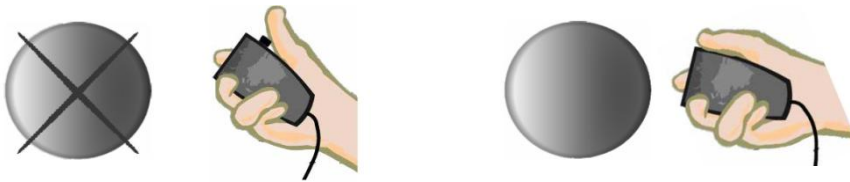
Vergelijking met

- Leeftijdgenootjes
- Voor en medicatie

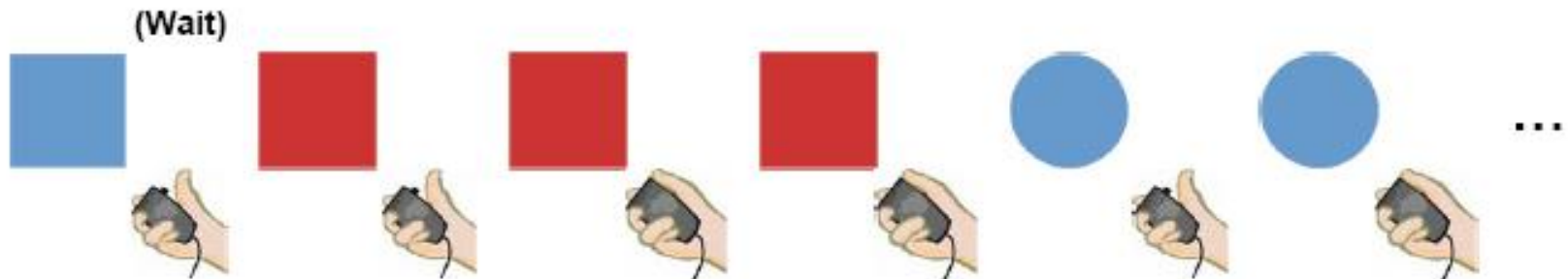


QbTest

QbTest - "X-CPT" (6-12 years)



QbTest - "XX-CPT" (13-55 years)



Patiënt ID:
4319925 (M)

Kliniek ID: 31-601-311

Testdatum: 31-07-2015
Tijd: 09:17

Geb.: 14-07-2005
Leeftijd: 10 jaar 1 mnd.

Testnr.: 1
BMI: 22.7

Medicatie

Geen medicatie

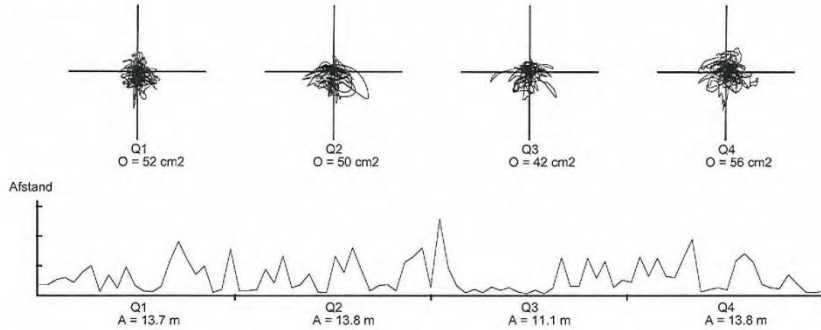
Opmerkingen

Geen informatie

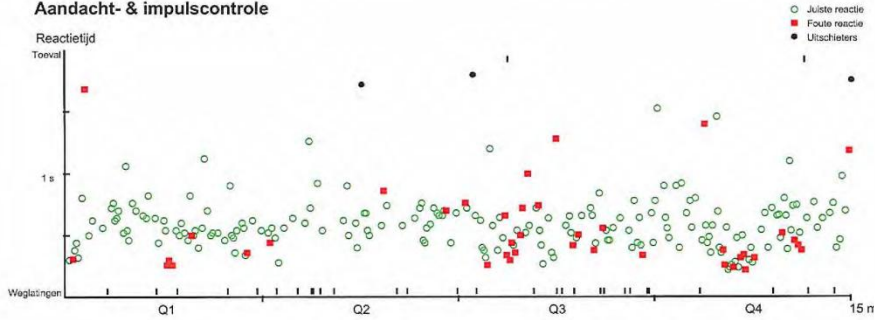
Diagnose

Geen informatie

Activiteit



Aandacht- & impulscontrole



Uitschieters =

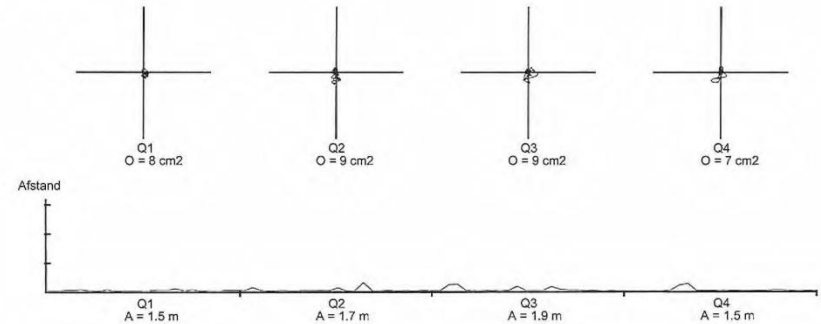
Resultaten: activiteit

	Resultaat	-3	0	+3	Q-score	Percentiel
Bewegingstijd	79 %				2.0	98
Afstand	52.4 m				2.9	99
Oppervlak	146 cm ²				2.3	99
Microbew.	21400				2.6	99
Beweging simpl	41.1 %				-0.4	34

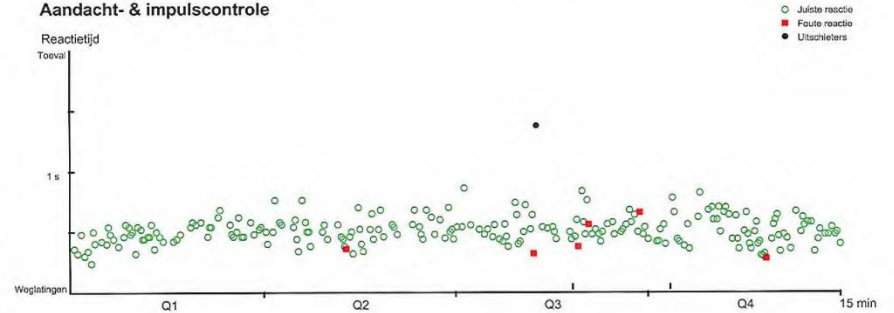
Resultaten aandacht- en impulscontrole

	Resultaat	-3	0	+3	Q-score	Perc
Reactietijd var.	200 ms				2.3	9
Weglating	12.9 %				2.0	9
Reactietijd	592 ms				2.5	9
Norm. var	34 %				1.1	8
Foute reactie	17.8 %				0.8	7
Toeval	0.4 %				0.4	6
Dubbeldrukken	1.6 %				2.3	9
Foutgehalte	15.8 %				1.1	9

Activiteit



Aandacht- & impulscontrole



Uitschieters = 1

Resultaten: activiteit

	Resultaat	-3	0	+3	Q-score	Percentiel
Bewegingstijd	11 %				-1.1	14
Afstand	6.5 m				-0.8	21
Oppervlak	21 cm ²				-0.9	18
Microbew.	4500				-0.8	21
Beweging simpl	40.9 %				-0.5	31

Resultaten aandacht- en impulscontrole

	Resultaat	-3	0	+3	Q-score	Percentiel
Reactietijd var.	107 ms				-0.2	42
Weglating	0.9 %				-0.5	31
Reactietijd	512 ms				1.5	93
Norm. var	21 %				-1.4	8
Foute reactie	2.7 %				-1.4	8
Toeval	0.0 %				-1.2	12
Dubbeldrukken	0.4 %				1.0	84
Foutgehalte	1.8 %				-1.4	8

DSM V; belangrijke wijzigingen tov IV

- 'Verscheidene symptomen van onoplettendheid of hyperactiviteit-impulsiviteit waren voor het 12e jaar aanwezig'
- Een comorbide classificatie met een autismspectrumstoornis is nu mogelijk

Medicatie

1. Methylfenidaat (remt de heropname van dopamine)
2. Atomoxitine [Strattera] (remt de heropname van noradrenaline)
3. Guanfacine [Intuniv] (stimuleert A2-noradrenaline receptor direkt)
4. Dexamfetamine (verhoogt de afgifte van dopamine)

Methylfenidaat: 1^e keuze

- Methylfenidaat is een stimulerend middel, stimuleert de remfunctie en draagt zorg voor een verbeterde concentratie
- Methylfenidaat wordt inmiddels ruim 55 jaar gebruikt
- Als je op vakantie gaat naar het buitenland moet je een verklaring meenemen

Merksnamen

- Ritalin
- Medikinet / Medikinet CR
- Equasym XL
- Concerta

- Verschil: kort of langwerkend

Kortwerkende medicatie

- Methylfenidaat 5, 10 en 20 mgr
- Ritalin 5 en 10 mgr
- Medikinet tablet 5 en 10 mgr
 - Werkingsduur gemiddeld 4 uur
 - 0.6-0.8 mg/kg/dag in 2-3 doses
- Dexamfetamine
 - Werkingsduur gemiddeld 4 tot 6 uur
 - 0.3-0.4 mg/kg/dag in 2-3 doses



Medikinet CR

5- 10 – 20 – 30 – 40 en 50 mg

50% ochtend

50% middag

8 uur



Equasym XL

30% ochtend

70% middag

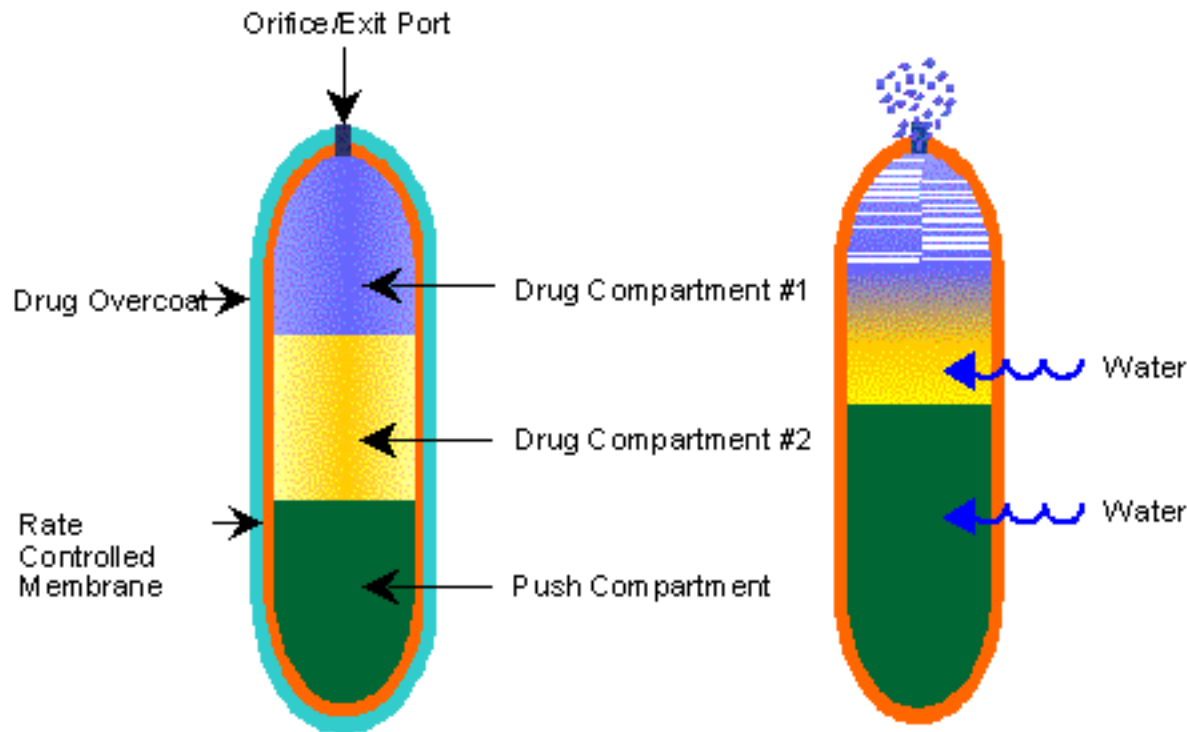
6-8 uur



Concerta

18 – 27 – 36 en 54 mg

22 % directe afgifte en 78 % verlengde afgiftwerkingduur 10 tot 12 uur



Atomoxetine: Strattera

- Strattera 10 – 18 – 25 – 40 – 60 en 80 mg
 - Werkingsduur 24 uur
 - Geen stimulans, valt dus niet onder de opiumwet, heeft een inwerkperiode van 6 tot 8 weken
 - Hoge eigen bijdrage



Dexamfetamine

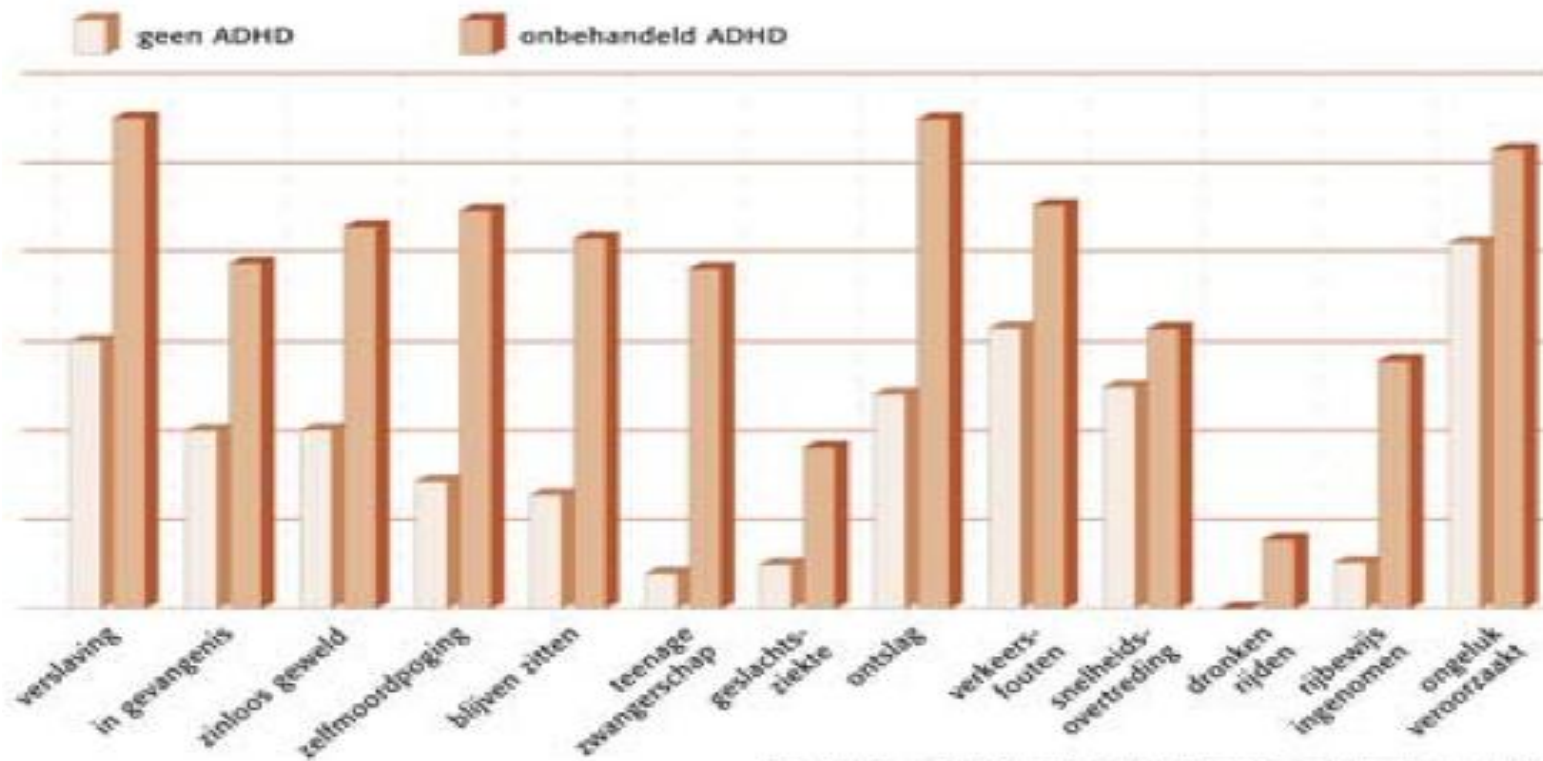
- Dexamfetamine versterkt signaal overdracht van de dopamine en noradrenaline
 - vrijkomen van deze neurotransmitters te stimuleren
 - heropname te remmen.
- Dexamfetamine:
 - methylfenidaat niet effectief
 - veel bijwerkingen methylfenidaat
- werkingsduur gemiddeld 4-6 uur

Effect van Medicatie

- Tijdens resting state en task-based studies
>> normalisatie van hersenactiviteit
- Chronische gebruik heeft geen nadelig effect op de hersenactiviteit
- Tevens mogelijk verbetering neuro anatomie

- Peterson et al; An fMRI study of the effects of psychostimulants on default-mode processing during Stroop task performance in youths with ADHD; Am J Psychiatry 2009; 166; 1286-1294
- Hart et al; Meta-analysis of FMRI studies of inhibition and attention in ADHD: exploring task-specific, stimulant medication and age effects, JAMA Psychiatry 2013 70; 185-198

Effect medicatie



Bron: Barkley, ADHD Handbook for Diagnosis and Treatment, 1998.

AD(H)D

Praktische follow-up in de
sprekkamer

stap 1 medicatie

- Medicatie:
 - Wat wordt er gegeven? Tijden?
 - Mg/kg/dag (0,6 – 1,0 mg/kg/dag)
 - Bij kortwerkend: goede overlap?
 - Wel/niet in weekend en vakantie?

Stap 2: effect van de medicatie.

- Basisschool: wereld van verschil? werkjes af? Houding in de klas? Effect op CITO-volg-systeem? Begin en einde werking? Valt vergeten op? Met meer plezier naar school? Sociaal?
- Middelbare school: cijfers? Houding in klas? Minder uit de klas gestuurd?
- Thuis: rustiger? Beter contact ? Aanspreekbaar?

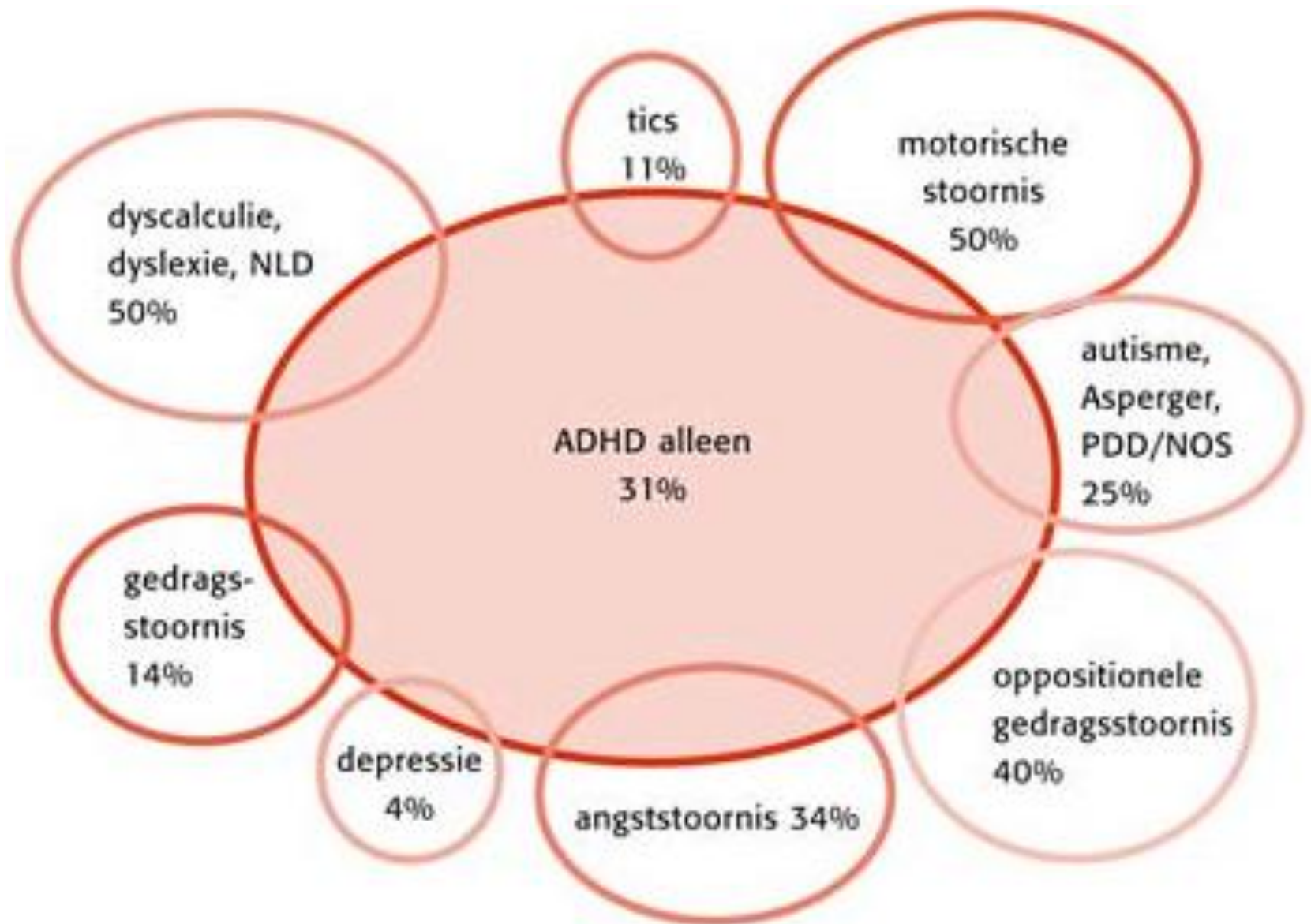
Stap 3: bijwerkingen (MPH)

Bespreken mogelijke bijwerkingen:

- Inslaapproblemen
- Verminderde eetlust
- Vlakke stemming, etc.
- Groei

Stap 4: co-morbiditeit

- Leerstoornis (b.v. dyslexie)?
- (laag) IQ; opbouw IQ? (NLD)
- ASS?
- Angstigheid?
- ODD?
- Schade tgv onbehandelde AD(H)D >> laag zelfbeeld, faalangst, etc.



Stap 6: lichamelijk onderzoek

- Bloeddruk
- Lengte
- Gewicht

Stap 6: VISIE >> BELEID

- Juistheid diagnose AD(H)D
- Medicatie: effectief? Dosering?
Verdeling/dag
- Vermoeden comorbiditeit >> analyse >>
begeleiding
- Sociale problemen >> begeleiding
- Inzet ADHD verpleegkundige en SPH

Vragen?

#durftevragen



Afsluiting | Hoe verder

- Aanmelding via aanmeldformulier
- Praktijkbezoek door projectleider met jeugdarts
- Handvatten om te starten

ADHD | Dank voor uw komst

