

Stimulantia bij kinderen met ADHD monitoren: eerste lijn of GGZ?

38

Saskia Anjema-Boorsma

S. Anjema-Boorsma MSc, verpleegkundig specialist GGZ, CAGGB Centrum Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg Buitenpost

Nadat een kind of jongere met een aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD) binnen de tweede lijn (jeugd-GGZ) behandeld is, komt hij/zij weer terug bij de huisarts. In de praktijk worden deze kinderen echter regelmatig weer terugverwezen naar de tweede lijn met medicatievragen, omdat huisartsen zich hierin niet bekwaam voelen. Vanuit de praktijk is er onvoldoende zicht op de ervaringen van patiënten enerzijds en anderzijds op de wensen of verwachtingen van de huisarts met betrekking tot het monitoren van de medicamenteuze behandeling van kinderen met ADHD. Waar liggen de verantwoordelijkheden wat betreft het monitoren van een medicamenteuze behandeling bij kinderen met ADHD?

Casus

Djurre (gefingeerde naam) is een 14-jarige puber en hij is anderhalf jaar geleden door zijn huisarts verwezen naar het Centrum Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg te Buitenpost (CAGGB) in verband met een vermoeden van ADHD. Tijdens het diagnostiektraject is er een ontwikkelingsanamnese afgenomen, psychiatrisch onderzoek gedaan en is er informatie vanuit school opgevraagd. Hieruit kwam naar voren dat Djurre van jongs af aan al veel last had van concentratieproblemen, snel afgeleid raakte, de neiging had om overal op te reageren en moeilijk stil kon zitten. Toen hij op het voortgezet onderwijs kwam, verergerde dit, lukte het hem niet om afspraken na te komen en kreeg hij steeds meer moeite met het plannen en organiseren van zijn schoolwerk. Hij vergat vaak spullen of raakte ze kwijt en haalde veel onvoldoendes. Tevens had hij regelmatig strijd met de leerkrachten en zijn ouders. De conclusie was dat er bij Djurre inderdaad sprake is van een aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis; gecombineerd beeld.¹

Organisatie van zorg bij kinderen met ADHD

In Nederland komt een aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD) voor bij 3 tot 5% van de kinderen. De huisarts wordt regelmatig geconfronteerd met vragen rondom gedragingen van kinderen in verband met ADHD. Vaak heeft dit tot gevolg dat het kind door de huisarts wordt verwezen naar de tweede lijn voor diagnostiek en eventuele behandeling², bijvoorbeeld naar een ambulante instelling voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zoals het CAGGB. Nadat het kind of de jongere binnen de tweede lijn is gediagnosticeerd en eventueel behandeld, komt hij/zij weer terug bij de huisarts. Wanneer er sprake is van een stabiele medicamenteuze behandeling met stimulantia zal aan de huisarts het verzoek worden gedaan deze te continueren en te monitoren. Zorgverlening binnen een huisartsenpraktijk is minder stigmatiserend en voor ouders en kinderen vaak minder belastend, omdat het laagdrempelig en dichterbij is.³ Daarnaast is tweedelijnszorg duurder en worden instellingen die toch al vaak kampen met wachtlijsten onnodig belast. In 2014 is de standaard 'ADHD bij kinderen' verschenen van het



Bij kinderen met ADHD die met stimulantia behandeld worden, moeten lengte, gewicht, bloeddruk en pols regelmatig worden geregistreerd.

Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) die de huisarts voorziet van handvatten voor medicatiecontroles van kinderen met ADHD.⁴

In de zorgstandaard ADHD staat beschreven dat er aanwijzingen zijn dat het gebruik van stimulantia een verhoging van hartfrequentie en bloeddruk kan veroorzaken. Tevens kunnen kinderen met ADHD die met deze medicatie behandeld worden, een iets tragere lengtegroei vertonen vergeleken met leeftijdsgenoten. Om deze reden is het van belang dat lengte, gewicht, bloeddruk en pols regelmatig worden geregistreerd en bijgehouden in een groeicurve.⁵ Uit ervaring blijkt dat een groot deel van de kinderen toch weer opnieuw wordt verwezen naar de tweede lijn, omdat huisartsen aangeven zich niet bekwaam te voelen in het monitoren van deze medicatie bij kinderen. Echter, het is voor vragen over de medicatie vaak niet nodig opnieuw te verwijzen. Een telefonisch consult met de verpleegkundig specialist van het CAGGB kan dan volstaan.

Casus (vervolg)

Djurre en zijn ouders hebben na de diagnostiek het advies voor behandeling bij het CAGGB opgevolgd. Djurre en zijn ouders hebben deelgenomen aan een psycho-educatie-bijeenkomst. Tijdens deze bijeenkomst wordt voorlichting gegeven over de kenmerken van AD(H)D. Daarnaast wordt uitleg gegeven over de verschillende behandelmogelijkheden bij het CAGGB.

Djurre heeft vervolgens deelgenomen aan de training 'Zelf Plannen'. Deze training bestaat uit voorlichting en het aanleren van vaardigheden. Er wordt de jongeren geleerd hoe ze een planning kunnen maken en hoe ze zich hieraan kunnen houden. Ze leren hoe ze minder snel worden afgeleid en hoe ze zich beter kunnen concentreren. Hierdoor wordt het eenvoudiger om bijvoorbeeld huiswerk te maken, afspraken na te komen en orde te houden in allerlei situaties. Tijdens de training komen de deelnemers ook meer te weten over de oorzaken en kenmerken van AD(H)D. Door een positieve benadering en doordat ze merken dat ze niet de enigen zijn met deze problematiek, wordt er ook gewerkt aan het zelfvertrouwen van de deelnemers.

De ouders van Djurre hebben deelgenomen aan de 'Opvoederstraining' bij het CAGGB. In deze training worden een aantal veelvoorkomende zaken behandeld, zoals slecht luisteren, driftbuien, problemen in de dagelijkse routines, moeite hebben met normaal sociaal gedrag. Ook is er aandacht voor bijkomende problemen, zoals angst- en depressieve klachten, weinig zelfvertrouwen en tics.

Het is de bedoeling dat ouders zich meer bewust worden van het effect van hun opvoeding. Door het aanpassen van de situatie of het aanpassen van hun eigen reactie leren ze hoe het gedrag van hun kind kan worden bijgestuurd.

Ook heeft er een medicamenteuze behandeling plaatsgevonden. Bij Djurre bleken er medisch gezien geen contra-indicaties te zijn voor het starten met een proefbehandeling met methylfenidaat en het effect ervan bleek goed te zijn. Djurre ervoer meer rust in zijn hoofd, waardoor hij zich beter

kon concentreren en het beter lukte om prioriteiten te stellen. Omdat hij het niet prettig vond om medicatie op school in te nemen, is gekozen voor een tablet met gereguleerde afgifte (methylfenidaat MGA 36 mg.).

Toen de trainingen waren afgerond en Djurre stabiel was ingesteld op methylfenidaat, waren de behandoelen bereikt en werd het dossier gesloten. De medicamenteuze behandeling werd overgedragen aan de huisarts middels een eindrapportage met bijbehorende registratiegegevens.

Onderzoek

De verpleegkundig specialist i.o. heeft in het kader van haar afstuderen onderzoek gedaan naar de ervaringen van kinderen/jongeren (en/of hun ouders) wanneer zij, nadat zij in de tweede lijn stabiel zijn ingesteld op stimulantia, weer terugverwezen zijn naar de huisarts voor het monitoren van de medicamenteuze behandeling. Er is gekozen voor een casestudie onderzoeksdesign, waarbij de ervaringen van een interventie (terugverwijzen naar de eerste lijn) werden geëvalueerd bij patiënten en huisartsen.

Kinderen/jongeren (en/of hun ouders) met ADHD werden geïncludeerd wanneer zij na behandeling stabiel ingesteld waren op stimulantia en terugverwezen waren naar de huisarts. Er is gestreefd naar een heterogene groep.

De diversiteit van de respondenten werd zichtbaar in de verschillen in leeftijd, geslacht, diagnose, soort medicatie en reisafstand. Tevens zijn huisartsen geïncludeerd die naar het CAGGB verwijzen. In het korte tijdsbestek is het niet gelukt om huisartsen van grotere praktijken te includeren, daardoor is deze groep homogener van aard.

Na de analyse van de onderzoeksgegevens konden vier kernthema's worden geformuleerd: behoefte van patiënten, professionaliteit huisartsen, communicatie en de maatschappelijke positie en financiering jeugd-GGZ.

Behoeft van patiënten

De (somatische) controles lijken niet van belang te zijn voor de patiënt. Wanneer (ouders van) patiënten geen klachten of vragen hebben, kan het voorkomen dat zij helemaal niet door de huisarts worden gezien. Zij krijgen echter wel de herhaalrecepten, zo werd aangegeven door meerdere patiënten:

'We konden gewoon nieuwe medicatie aanvragen, maar ik kan me echt niet herinneren dat ik daar ooit ben geweest voor controle' (P2).

De reisafstand leek ook mee te spelen in de behoeftes van patiënten. De patiënten gaven regelmatig aan dat ze graag dichtbij geholpen willen worden:

'De huisarts is dichterbij, als we niet naar Buitenpost zouden hoeven zou dat mooi zijn' (P3).

Patiënten (of de ouders van) namen vaak zelf contact op met de huisarts in het geval van bijwerkingen of wanneer het effect van de medicatie niet voldoende leek te zijn. De ervaringen waren divers; de ene werd meteen terugverwezen en een andere ervaring was dat de huisarts overleg heeft gehad.

Professionaliteit huisartsen

Uit de interviews met huisartsen kwam naar voren dat patiënten doorgaans geen afspraken maken voor medicatiecontroles:

'Ik heb de afspraak met mensen dat ze minimaal twee keer per jaar komen. Ze moeten het zelf in de gaten houden, eigen verantwoordelijkheid, dus dat loopt niet heel soepel' (H3).

Er is verschil in visie ten aanzien van het monitoren van medicamenteuze behandelingen:

'Het principe dat wij de medicatiecontroles maar moeten doen en de follow-ups, dat vind ik eigenlijk niet correct' (H2).

Terwijl een andere huisarts zei:

'Als het verder goed is, dan vind ik het eigenlijk niet zo heel nuttig dat een kind naar het CAGGB zou moeten' (H1).

Huisartsen gaven aan dat er behoefte is aan meer informatie. Geopperd werd dat het CAGGB een nascholing zou kunnen organiseren met gerichte informatie over medicatiecontroles bij kinderen met ADHD. Dat er een NHG-Standaard 'ADHD bij kinderen' is waarin duidelijke richtlijnen beschreven staan, was niet bij elke geïnterviewde huisarts bekend:

'Nee dat wist ik niet, maar de NHG-Standaard is niet waar wij ons aan hoeven te houden' (H2).

Communicatie

Er werd over het algemeen door huisartsen weinig gebruik gemaakt van de mogelijkheid om telefonisch te overleggen met het CAGGB:

'Dan ga ik niet met het CAGGB overleggen. Als er wat is, doe ik een verwijzing' (H2).

Ook werd aangegeven dat het niet duidelijk is wat er wordt verwacht en dat de momenten van overdracht niet altijd duidelijk zijn:

'Dat ineens een patiënt bij de balie staat: ik moet mijn medicijnen hebben, en dat wij als huisartsen van niets weten' (H1).

Maatschappelijke positie en financiering jeugd-GGZ

De huisarts declareert bij de ziektekostenverzekeraar en het CAGGB heeft te maken met de Jeugdwet. Bij verwijzingen naar het CAGGB moet er een indicatie aangevraagd worden bij de gemeente. Dit kost tijd en patiënten gaven aan dat zij hierdoor te maken kregen met regelzaken en wachttijden:

'We wilden een ander soort medicatie, maar dat was een heel gedoe' (P1).

Er werd genoemd dat de overheid moest bezuinigen en dat daarom de jeugdzorg naar de gemeente is overgeheveld.

Huisartsen gaven aan druk te ervaren vanuit de gemeente en dat er wordt gestuurd op de inzet van een praktijkondersteuner jeugd (POH-jeugd):

'Het idee van de gemeente was dat dat kind dan naar de POH-jeugd moest, de gemeente zou die aannemen, maar dat moest van het budget van de huisarts af' (H3).

Echter, men vroeg zich ook af hoe zinvol een POH-jeugd is in een kleine plattelandspraktijk:

'Hoeveel kinderen met ADHD heb ik hier nou? Een stuk of vijftien, daar kan ik geen POH-jeugd op hebben' (H2).

Casus (vervolg)

Nadat het dossier van Djurre bij het CAGGB was afgesloten, werd Djurre na korte tijd opnieuw verwezen naar het CAGGB. In de verwijzing stond letterlijk dat de huisarts de medicatiecontroles niet wilde overnemen omdat hij daar geen verstand van heeft.

Naar aanleiding hiervan is er telefonisch contact opgenomen met de moeder van Djurre. Zij vertelt dat het goed gaat met Djurre en dat ze nog steeds tevreden zijn over het effect van de medicatie. Wat hen betreft is de verwijzing naar het CAGGB niet nodig.

Vervolgens is er contact opgenomen met de betreffende huisarts en benoemd dat een verwijzing niet nodig lijkt te zijn. Hij is geattendeerd op de NHG-Standaard, waarin het monitoren van stimulantia duidelijk beschreven staat. De betreffende huisarts is het hier niet mee eens en zet de verwijzing toch door. Hij vindt dat behandeling met psychofarmaca bij kinderen thuishoort bij de specialist. Vervolgens komt Djurre enkele weken later met tegenzin samen met zijn moeder naar een medicatieconsult bij het CAGGB, waarvoor zij bijna drie kwartier moesten reizen. Djurre geeft aan dat hij niet begrijpt dat hij helemaal naar Buitenpost moest:

'Het lijkt mij dat een huisarts ook moet kunnen wegen en meten?'

Beschouwing

Patiënten hebben geen behoefte aan periodieke medicatiecontroles wanneer er geen hulpvraag is. Alleen bij vragen over de dosering of bij klachten wordt er contact gezocht met de huisarts. Patiënten lijken zich niet bewust te zijn van het belang van somatische controles in de vorm van metingen van lengte, gewicht en bloeddruk. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat er ten tijde van de medicatiecontroles bij het CAGGB geen lichamelijke bijwerkingen van dien aard zijn geconstateerd.

Ondanks dat patiënten geen afspraken maken voor medicatiecontroles, geven huisartsen doorgaans wel de herhaalrecepten uit. Dit is in strijd met wat er in de NHG-Standaard 'ADHD bij kinderen' wordt beschreven. Daarin staat namelijk dat huisartsen alleen tussentijds herhaalmedicatie voorschrijven als het kind op de halfjaarlijkse controleafspraken verschijnt.⁴ Deze controleafspraken zijn van belang, omdat er aanwijzingen zijn dat het gebruik van stimulantia een verhoging van hartfrequentie en bloeddruk kan veroorzaken. Daarnaast kunnen deze kinderen een iets tragere lengtegroei vertonen. Om dit te kunnen vaststellen is het bijhouden van deze (groei)gegevens nodig.⁵ Het verschil in hoe huisartsen met medicatiecontroles omgaan, lijkt veroorzaakt te worden door verschillende factoren: visie, bekwaamheid en kennis. Bij de invoering van de Jeugdwet in 2015 werd er al gediscussieerd of de verantwoordelijkheid voor medicatie in de jeugd-GGZ wel ondergebracht moest worden bij de gemeente.⁶ Dit is echter wel op die manier doorgevoerd en dat betekent dat er bij verwijzingen voor (medicamenteuze) behandelingen naar de jeugd-GGZ een indicatieaanvraag moet worden

ingediend en dat kost vaak veel tijd. Er ontstaan daardoor regelmatig wachttijden. Dit sluit aan bij de resultaten van een onderzoek naar de knelpunten en kansen binnen de jeugd-GGZ na intreding van de Jeugdwet.⁷ Er werden in dat onderzoek lange wachttijden geconstateerd doordat de indicatiestelling veel tijd, energie en geld kost.

Conclusie

Met dit onderzoek is inzicht gekomen in een aantal knelpunten. Zo zijn patiënten zich niet voldoende bewust van het belang van periodieke medicatiecontroles zoals die in de zorgstandaard ADHD worden aangegeven. Ze gaven aan alleen contact te zoeken wanneer zij een hulpvraag hebben. Er is voorkeur om dicht bij huis geholpen te worden. Huisartsen hebben behoefte aan meer informatie. Er wordt echter weinig gebruikgemaakt van de mogelijkheid voor overleg met het CAGGB. Daarnaast zijn zij onvoldoende op de hoogte van de NHG-Standaard. Huisartsen, gemeenten en het CAGGB zijn onvoldoende op de hoogte van elkaars mogelijkheden en verwachtingen. Om te zorgen dat huisartsen minder verwijzen wil de gemeente een POH-jeugd inzetten, wat volgens deze huisartsen vanwege de kleinschaligheid niet mogelijk is. Daarnaast kan een POH-jeugd het monitoren van een medicamenteuze behandelingen vaak niet overnemen, omdat een POH-jeugd in de meeste gevallen geen verpleegkundige achtergrond heeft.

Verpleegkundig specialisten zouden het belang van periodieke medicatiecontroles bij het gebruik van stimulantia meer onder de aandacht kunnen brengen bij hun patiënten, zodat er meer bewustwording komt bij de patiënten en er consequenter controleafspraken worden gemaakt.

Verder kan er een algemene mailing naar de huisartsen worden gestuurd met adviezen ten aanzien van de medicatiecontroles en een verwijzing naar de NHG-Standaard. Er kan uitdrukkelijk worden verzocht om bij vragen telefonisch te overleggen alvorens te verwijzen.

Literatuur

- 1 APA. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th Edition. Arlington: American Psychiatric Association; 2014.
- 2 Stijntjes F, Hassink-Franke L, Kruishoop A, et al. NHG-Standaard ADHD bij kinderen. Huisarts en Wetenschap 2014;57(11):584-94.
- 4 Nederlandse Huisartsen Genootschap. 2014. NHG-Standaard ADHD bij kinderen. Geraadpleegd op 2 februari 2020, van www.nhg.org/?q=node/61257.
- 5 GGZ Standaarden. Zorgstandaard ADHD. 2019. Geraadpleegd op 4 april 2021, van www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/adhd/achtergronddocumenten/verdieping/medische-controle-tijdens-medicamenteuze-behandeling-van-adhd.
- 7 Friele RD, Hageraats R, Fermin A, et al. De jeugd-GGZ na de Jeugdwet: een onderzoek naar knelpunten en kansen. 2019. Geraadpleegd op 2 februari 2020, van www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/07/01/de-jeugd-ggz-na-de-jeugdwet-een-onderzoek-naar-knelpunten-en-kansen.

Voor de volledige literatuurlijst wordt verwezen naar www.vakblad-DVS.nl.