ADHD

EEN UPDATE

ACTUELE STAND VAN WETENSCHAPPELIJKE INZICHTEN ROND DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING VAN ADHD

COLOFON

ADHD, EEN UPDATE
Actuele stand van wetenschappelijke inzichten rond diagnostiek en behandeling van ADHD
© september 2015

COÖRDINATIE
Carlijn Bergwerff
Marleen Bink

PROJECTGROEP
Jaap Oosterlaan
Pieter Hoekstra
Barbara van den Hoofdakker
Saskia van der Oord
Chijs van Nieuwenhuizen

INTERVIEWS EN EINDREDACTIE
Esther Rikkengaa, Leene Communicatie

FOCUSGROEP
Marco Bottelier
(kinder- & jeugdpsychiater Triversum)
Ellen Fliers
(kinderarts Virenze)
Jolien de Geest
(orthopedagoog VINK Psychologisch Centrum)
Jeannette von Lindern
(kinderarts Groene Hart Ziekenhuis)
Chantal van Mil
Willeke Visser
(medewerkers Jeugd- en Gezinsteam Katwijk — Curium LUMC)

FOTOGRAFIE
Alex de Groot

VORMGEVING EN ART-DIRECTION
De Zagerij ontwerpbureau

ZonMw VU VRIJE UNIVERSITEIT AMSTERDAM umcg

accare kinder- en jeugdpsychiatrie Tranzo GGzE Universiteit van Amsterdam

ADHD
EEN UPDATE

ACTUELE STAND VAN WETENSCHAPPELIJKE INZICHTEN ROND DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING VAN ADHD

INHOUD

INLEIDING **5**

HUIDIGE INZICHTEN IN DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING **7**
ADHD in het algemeen **7**
Diagnostiek **8**
Emeritus hoogleraar Frits Boer over diagnostiek en behandeling 13
Onderzoeker Anne-Flore Matthijssen over medicamenteuze behandeling 16
Behandeling in het algemeen **19**
Psycholoog Lianne van der Veen over ouderinterventie 22
Medicamenteuze behandeling **25**
Een ouder van kinderen met ADHD over behandelingen 28
Verpleegkundig specialist Cora Drent over medicatie 30
Niet-medicamenteuze behandelingen **33**
Onderzoeker Betty Veenman over leerkrachtinterventie 36
Onderzoeker Sebastiaan Dovis over cognitieve interventie 39
Psycholoog Marije Kuin over gedragstherapie 42
Hoogleraar kinderpsychiatrie Jan Buitelaar over behandelingen 45
Een jongere met ADHD over neurofeedback 48

RECENTE STUDIES NAAR ADHD **50**
Behandeling van peuters en kleuters met ADHD-symptomen en gedragsproblemen 51
Thuisbehandeling bij moeilijk te behandelen ADHD 52
Adolescenten met ADHD leren plannen en organiseren 53
Verbetert het gedrag van jongens met ADHD als je ze neurofeedback aanbiedt? 54
Neurofeedback vergeleken met medicatie en sport 55

LITERATUUROVERZICHT **56**

TREFWOORDENREGISTER **58**

→ **GOUDEN REGELS VOOR DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING AAN DE BINNENZIJDE VAN DE OMSLAG**

INLEIDING

De aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD) is een stoornis die veel aandacht heeft in de samenleving, mede omdat het een stoornis is die veel voorkomt onder kinderen en jongeren. Bij zorginstellingen is ADHD-problematiek de meest voorkomende reden van verwijzing en met de transitie van de jeugdzorg is de kwaliteit van zorg voor jeugdigen met ADHD ook een vraagstuk voor gemeenten geworden.

Met deze gids beogen we zowel zorgverleners als degenen die vanuit de gemeenten betrokken zijn bij de inkoop van zorg te informeren over de actuele stand van zaken rond diagnostiek en behandeling van ADHD, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek (meta-analyses en overzichts-artikelen). We hopen dat, als zorgverleners meer inzicht krijgen in welke vormen van diagnostiek en behandeling voor ADHD wetenschappelijk onderbouwd zijn, de kwaliteit van zorg voor jeugdigen met ADHD verbetert. Deze kennis zal ook belangrijk zijn bij het inkoopproces van gemeenten.

Daarnaast zijn er in deze gids verschillende interviews met betrokkenen rondom de zorg voor en onderzoek naar ADHD te lezen. Tevens vindt u in deze gids een samenvatting van vijf recente studies die we in Nederland hebben uitgevoerd naar niet-medicamenteuze behandelingen voor ADHD. Dit zijn studies die uitgevoerd konden worden dankzij subsidies van ZonMw, die gezondheidsonderzoek financiert en het gebruik van de ontwikkelde kennis stimuleert.

Dankzij een aanvullende subsidie van ZonMw is deze gids tot stand gekomen. We hopen dat deze gids bijdraagt aan antwoorden op de vele vragen over ADHD die bij zorginstellingen en gemeenten leven. We danken iedereen die heeft meegedacht, feedback heeft gegeven, of op andere wijze aan de gids heeft bijgedragen. We wensen u veel leesplezier!

Prof. dr. Jaap Oosterlaan
Prof. dr. Pieter Hoekstra
Dr. Barbara van den Hoofdakker
Prof. dr. Saskia van der Oord
Prof. dr. Chijs van Nieuwenhuizen
Drs. Carlijn Bergwerff

MENSEN MET ADHD ONDERVINDEN VAAK VEEL PROBLEMEN OP SCHOOL, OP HET WERK, IN VRIENDEN- OF KENNISKRINGEN, IN RELATIES OF IN HET GEZIN

HUIDIGE INZICHTEN IN DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

ADHD IN HET ALGEMEEN

ADHD (*attention-deficit/hyperactivity disorder*) is een aan het diagnostisch handboek DSM ontleende benaming voor een cluster van symptomen. Kenmerkend is een aanhoudend patroon van impulsief gedrag, onoplettendheid en/of hyperactiviteit. Er zijn verschillende verschijningsvormen van ADHD; een gecombineerd beeld waarbij zowel sprake is van onoplettendheid en hyperactiviteit-impulsiviteit en vormen waarbij óf de onoplettendheid op de voorgrond staat óf de hyperactiviteit-impulsiviteit.
In de kleutertijd valt de hyperactiviteit en impulsiviteit vaak meer op, in de schoolgaande leeftijd beginnen de symptomen van onoplettendheid ook een rol te spelen. Bij adolescenten (jongvolwassenen) is de hyperactiviteit vaak minder zichtbaar of geïnternaliseerd naar innerlijke onrust. Echter, de onoplettendheid blijft meestal wel aanwezig en vormt dan een belemmering in het dagelijkse schoolleven. Mensen met ADHD ondervinden daardoor vaak veel problemen op school, op het werk, in vrienden- of kenniskringen, in relaties of in het gezin.

ADHD OP VERSCHILLENDE LEEFTIJDEN

'ADHD, daar groei je vanzelf overheen' is een veelgehoorde uitspraak. Toch voldoet 40 tot 60% van de kinderen met ADHD ook in de adolescentie nog aan de diagnostische criteria. De gedachte dat jongeren over ADHD heen groeien, kan liggen aan de beschrijving van ADHD-symptomen in de DSM. Tot voor kort waren deze symptomen niet specifiek voor adolescenten beschreven, terwijl de symptomen op deze leeftijd wel andere verschijningsvormen kunnen hebben. Zo worden de symptomen van hyperactiviteit nogal eens geïnternaliseerd naar innerlijke onrust en zijn de symptomen van onoplettendheid voor de omgeving soms minder zichtbaar. Het is waarschijnlijk dat ADHD voor het overgrote deel van de individuen voortduurt tot in de adolescentie.
ADHD gaat vaak gepaard met en is een risicofactor voor het ontwikkelen van andere problemen, zoals internaliserende stoornissen (angst, depressie), externaliserende stoornissen (gedragsstoornissen, verslaving of crimineel gedrag) en andere ontwikkelings- en leerstoornissen (autisme spectrum stoornissen, dyslexie). In 60 tot 100% van de gevallen gaat ADHD samen met minstens één andere diagnose. Deze comorbiditeiten zijn bepalend voor de prognose; sommige van de risico's gerelateerd aan ADHD zijn grotendeels geassocieerd met de comorbiditeit. Vanwege het vaak voorkomen van deze

comorbide problemen is gedegen diagnostiek en geregelde controle van personen met ADHD noodzakelijk. Tijdens de verschillende fasen van de ontwikkeling kunnen namelijk andere comorbiditeiten een rol gaan spelen. Zo is ADHD in de kindertijd een risicofactor voor het ontwikkelen van gedragsstoornissen en sociale problemen, terwijl in de adolescentie het risico bestaat voor het ontwikkelen van angst, depressie en verslavingen.
ADHD komt in de algemene bevolking vaker voor bij mannen dan bij vrouwen, waarbij de ratio man/vrouw bij kinderen ongeveer 2:1 is en bij volwassenen 1,6:1. Onder kinderen en jongeren voor wie hulp wordt gezocht bevinden zich echter veel vaker jongens dan meisjes en komen zelfs verhoudingen van 9:1 voor. Het lijkt erop dat veel minder meisjes met ADHD worden doorverwezen voor diagnostiek en behandeling. Mogelijke oorzaak is dat bij meisjes vaker sprake is van onoplettendheid, terwijl bij jongens vaker sprake is van opstandig en hyperactief-impulsief gedrag. Dit opstandige en hyperactief-impulsieve gedrag is voor de omgeving (ouders en leerkrachten) opvallender, waardoor jongens mogelijk eerder worden doorverwezen voor diagnostiek en behandeling.

DIAGNOSTIEK

Het diagnostisch proces kan ruwweg in drie fases worden opgedeeld: signalering, screening en diagnostiek & classificatie.

SIGNALERING

Het signaleren van symptomen die kunnen duiden op ADHD gebeurt meestal door ouders of leerkracht, vaak in overleg met de huisarts of schoolarts. Lastig hierbij is het gegeven dat ADHD zich niet scherp laat onderscheiden van ‘normaal’ bij kinderen passend gedrag. Er is feitelijk sprake van een continuüm, waarbij een diagnostische grens tussen wel of niet ADHD arbitrair is. Met name op jonge leeftijd is het soms moeilijk uit te maken of de symptomen duiden op ADHD of passen bij een normale ontwikkeling, dan wel tijdelijk optreden door een stressvolle of ingrijpende gebeurtenis in het leven van het kind. Volgens de *Multidisciplinaire Richtlijn ADHD bij Kinderen en Jeugdigen* neemt de betrouwbaarheid van signalering van ADHD toe na het zesde levensjaar. Dit komt doordat de schoolsituatie het toelaat om het kind te vergelijken met leeftijdsgenoten en vanwege hogere eisen die op school aan het kind worden gesteld, waardoor de symptomen van ADHD duidelijker tot uiting komen.

SCREENING

Na aanmelding van een kind met vermoedens van ADHD wordt meestal middels een gestandaardiseerde screening en/of diagnostische vragenlijsten aanvullende informatie ingewonnen bij de ouders en de leerkracht. Aanmel-

dingen komen vervolgens veelal in een zorgpad terecht. Het is belangrijk dat de screening grondig gebeurt met het oog op mogelijke differentiaaldiagnosen (een andere stoornis dan ADHD veroorzaakt de problemen) en het in kaart brengen van veel voorkomende comorbide problematiek. Hoewel er verschillende genormeerde vragenlijsten in de praktijk worden gebruikt voor screening en diagnostische doeleinden, varieert de kwaliteit aanzienlijk (zie pagina 10 t/m 12 voor een overzicht van veelgebruikte vragenlijsten). Voor brede screening op (externaliserende en internaliserende) psychopathologie en vaardigheden zijn de ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment) vragenlijsten voor ouders (CBCL), leerkracht (TRF) en jongeren vanaf elf jaar (YSR) populair. Daarnaast wordt ook veel gebruik gemaakt van de SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire), waarvan tevens versies beschikbaar zijn voor ouders, leerkracht en jongeren vanaf elf jaar. Echter, deze instrumenten scoren volgens de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) matig op kwaliteit. Hoewel een brede screening nuttig kan zijn in deze fase, hebben dergelijke vragenlijsten vaak als nadeel dat subschalen gebaseerd zijn op een beperkt aantal items (vanwege praktische redenen). Gebruik is echter te verdedigen wanneer deze lijsten als extra informatiebron worden gebruikt in het diagnostisch proces.

DIAGNOSTIEK EN CLASSIFICATIE

Volgens de *Multidisciplinaire Richtlijn ADHD bij Kinderen en Jeugdigen* is diagnostiek het proces waarbij de probleemgebieden in het functioneren van een kind in alle nuances worden beschreven. Deze definitie is belangrijk in het licht van de toegenomen structurering binnen de GGZ, waarbij kinderen al vroeg in specifieke zorgpaden terecht komen. Hoewel deze veranderingen positief kunnen bijdragen aan de snelheid en efficiëntie van de diagnostiek, dient er rekening te worden gehouden met confirmatieneigingen (in het geval van ADHD: het uitsluitend zoeken naar onderbouwing voor de diagnose ADHD). In de praktijk voeren basispsychologen, GZ-psychologen, kinder- en jeugdpsychiaters of kinderartsen meestal de diagnostiek uit, waarbij zij informatie inwinnen uit diverse bronnen zoals ontwikkelings- en familieanamnese, semigestructureerde diagnostische interviews, vragenlijsten en observatie.

Een diagnose ADHD wordt gesteld aan de hand van een semigestructureerd diagnostisch interview met in ieder geval de ouders en de leerkracht. In Nederland zijn vijf semigestructureerde diagnostische interviews (vier voor ouders en één voor leerkrachten) beschikbaar voor de diagnostiek van psychopathologie bij kinderen, waaronder ADHD: (1) het Anxiety Disorders in Interview Schedule for DSM-IV (ADIS), (2) het Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school age children (K-SADS), (3) het Semi-structured Clincial Interview for Children and Adolescents (SCICA), (4) het Parent Interview for Child Symptoms (PICS-4-NL) en (5) het Teacher Telephone

Interview (TTI-4-NL). Van deze semigestructureerde diagnostische interviews dienen ten minste de onderdelen gericht op de diagnostiek van ADHD en veelvoorkomende comorbiditeiten (bijvoorbeeld gedragsproblemen) af te worden genomen. In geval van vermoeden van andere bijkomende stoornissen (zoals angst of depressie) is het raadzaam die secties van de diagnostische interviews ook af te nemen.
Daarnaast verdient het aanbeveling om voor de diagnostiek gebruik te maken van vragenlijsten voor zowel ouders en leerkracht gericht op het in kaart brengen van ADHD en veelvoorkomende comorbiditeiten. Veelgebruikte vragenlijsten voor de diagnostiek van ADHD-symptomen zijn de ADHD vragenlijst (AVL) en Vragenlijst voor Gedragsproblemen bij Kinderen (VvGK).
Bij observatie gaat het om het observeren van het gedrag van het kind in de klas. Observatie in een één-op-één situatie is niet waardevol, omdat het kind zich – zeker in het eerste contact – vaak niet afwijkend zal gedragen.
Een belangrijk element in de diagnostische fase is het verkrijgen van informatie uit meerdere omgevingen (thuis- en schoolsituatie), omdat voor een formele DSM-diagnose *pervasiviteit* (de symptomen zijn in meerdere situaties aanwezig) een cruciaal criterium is. Vandaar dat altijd zowel ouders als leerkracht bij de diagnostiek betrokken moeten worden. Daarnaast vereist de diagnose ADHD dat de symptomen het normale functioneren ernstig belemmeren en tot disfunctioneren van het kind leiden. De informatie uit de diagnostische interviews kan een indicatie geven van in hoeverre het kind belemmering ervaart op verschillende gebieden (bijvoorbeeld thuis, op school of op sociaal gebied).

OVERZICHT SCREENING EN DIAGNOSTISCHE VRAGENLIJSTEN VOOR HET IN KAART BRENGEN VAN PSYCHOPATHOLOGIE BIJ KINDEREN (WAARONDER ADHD-SYMPTOMEN)

	Child Behaviour Checklist (CBCL) – onderdeel van ASEBA vragenlijsten
Informant	Ouder/verzorger
Leeftijd	1,5-5 jaar, 6-18 jaar
Doel	Brede screening op zowel internaliserende (onder andere angstig/depressief, sociale problemen) als externaliserende problematiek (onder andere aandachtsproblemen, agressief gedrag, normafwijkend gedrag)
*** COTAN**	Onvoldoende-voldoende CBCL 6-18, CBCL 1,5-5 niet beoordeeld
Belasting	99 items (± 15-20 minuten)
Voordeel	Brede screening psychopathologie
Nadeel	Normen onvoldoende beoordeeld

Teacher's Report Form (TRF) – onderdeel van ASEBA vragenlijsten

Informant	Leerkracht
Leeftijd	1,5-5 jaar, 6-18 jaar
Doel	Brede screening op zowel internaliserende (onder andere angstig/depressief, sociale problemen) als externaliserende problematiek (onder andere aandachtsproblemen, agressief gedrag, normafwijkend gedrag)
*** COTAN**	Onvoldoende-voldoende TRF 6-18, TRF 1,5-5 niet beoordeeld
Belasting	118 items (± 10-20 minuten)
Voordeel	Brede screening psychopathologie
Nadeel	Normen onvoldoende beoordeeld

Youth Self Report (YSR) – onderdeel van ASEBA vragenlijsten

Informant	Jongere
Leeftijd	11-18 jaar
Doel	Brede screening op zowel internaliserende (onder andere angstig/depressief, sociale problemen) als externaliserende problematiek (onder andere aandachtsproblemen, agressief gedrag, normafwijkend gedrag)
*** COTAN**	Onvoldoende-voldoende
Belasting	112 items (± 15-20 minuten)
Voordeel	Brede screening psychopathologie
Nadeel	Normen onvoldoende beoordeeld

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Informant	Ouder/verzorger, leerkracht, jongere (vanaf 11 jaar)
Leeftijd	3-4 jaar, 4-16 jaar, 11-16 jaar (jongere)
Doel	Brede screening op psychische/psychosociale problematiek (onder andere emotionele symptomen, gedragsproblemen, hyperactiviteit aandachtstekort, problemen met leeftijd-genoten)
*** COTAN**	Onvoldoende-voldoende
Belasting	25 items (± 5 minuten)
Voordelen	Snelle brede screening, gratis verkrijgbaar
Nadelen	Normen en criteriumvaliditeit onvoldoende

	ADHD vragenlijst (AVL)
Informant	Ouder/verzorger, leerkracht
Leeftijd	4-18 jaar
Doel	ADHD
*** COTAN**	Voldoende-goed
Belasting	18 items (± 5 minuten)
Voordeel	Positieve COTAN beoordeling
Nadeel	Niet alle DSM-IV symptomen opgenomen

	Conners' Rating Scale (CRS)
Informant	Ouder/verzorger, leerkracht, jongere (vanaf 12 jaar)
Leeftijd	5-18 jaar
Doel	ADHD, ander externaliserend probleemgedrag en psychische problemen
*** COTAN**	Onvoldoende
Belasting	Ouder/verzorger: 80 items (± 15-20 minuten) Leerkracht: 59 items Jongere: 87 items
Voordeel	Ook verkorte versies beschikbaar
Nadelen	Geen Nederlandse normgegevens, onvoldoende beoordeling

	Vragenlijst voor Gedragsproblemen bij Kinderen (VvGK)
Informant	Ouder/verzorger, leerkracht
Leeftijd	6-18 jaar
Doel	ADHD, ODD, CD
*** COTAN**	Voldoende-goed
Belasting	42 items (± 10 minuten)
Voordelen	Positieve COTAN beoordeling, informatie over veel voorkomende comorbiditeiten (ODD en CD)
Nadeel	Betrouwbaarheid CD schaal onvoldoende

	Gedragsvragenlijst voor Kleuters (GvK)
Informant	Ouder/verzorger, leerkracht
Leeftijd	3-6 jaar
Doel	ADHD, ODD, CD
*** COTAN**	Voldoende-goed
Belasting	61 items (± 15 minuten)
Voordelen	Positieve COTAN beoordeling, informatie over veel voorkomende comorbiditeiten (ODD en CD), vroege screening op externaliserende problemen
Nadeel	Criteriumvaliditeit onbekend

** COTAN = Commissie Testaangelegenheden Nederland*

Emeritus hoogleraar Frits Boer over diagnostiek en behandeling

ADHD-RICHTLIJNEN VOOR JEUGDGEZONDHEIDSZORG EN JEUGDHULP

VEEL KINDEREN PASSEN **NIET PRECIES IN EEN HOKJE**

Hoe herken je ADHD tijdig? En hoe is ADHD het beste te behandelen als kinderen en jongeren ook kampen met andere psychiatrische aandoeningen? Twee nieuwe richtlijnen helpen schoolartsen, consultatiebureaus en jeugdhulpverleners om deze vragen te beantwoorden. Emeritus hoogleraar Frits Boer was voorzitter van de commissies die de richtlijnen ontwikkelden.

"Het is belangrijk om ADHD tijdig te onderkennen, zodat kinderen en jongeren zo snel mogelijk de juiste zorg krijgen", zegt Frits Boer, emeritus hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie van het AMC in Amsterdam. "Niet alleen de geestelijke gezondheidszorg, maar ook scholen en consultatiebureaus hebben een rol bij de herkenning van ADHD. De recent ontwikkelde ADHD-richtlijn voor de jeugdgezondheidszorg helpt professionals om de juiste diagnose te stellen en passende zorg te kiezen."

OPLETTEND WACHTEN

"Het is logisch om te denken: hoe eerder we een psychische stoornis onderkennen, hoe beter. Dan kunnen ouders namelijk voorlichting en tips krijgen. Toch is het ook gevaarlijk als ouders te snel horen dat hun kind misschien ADHD heeft. Ouders worden dan ongerust, of onzeker over hun opvoedingsstijl. Terwijl hun kind later helemaal geen ADHD blijkt te hebben", zegt Boer over de noodzaak van het zogenoemde watchful waiting. "Je moet goed opletten wat er met een kind aan de hand is, maar niet te snel uitspraken doen die ouders ongerust en onzeker maken. Er bestaat nu eenmaal overlap tussen opstandigheid en concentratiezwakte, en gedrag dat later ADHD blijkt te zijn."

ZO VEEL MOGELIJK INZICHTEN

In de jeugdzorg is naast de diagnose vooral ook de behandeling van kinderen en jongeren een aandachtspunt. Boer: "ADHD is vaak onderdeel van een heel scala aan gedragsproblemen of psychiatrische aandoeningen. We weten steeds beter hoe ADHD kan worden behandeld, maar over de samenhang met problemen op school en in het gezin weten we

HET IS GEVAARLIJK ALS OUDERS TE SNEL HOREN DAT HUN KIND MISSCHIEN ADHD HEEFT

nog weinig." Volgens de emeritus hoogleraar doet het gros van het wetenschappelijk onderzoek geen recht aan kinderen die naast ADHD ook kampen met andere gedragsproblemen of bijvoorbeeld met alcohol- en druggebruik. "De ADHD-richtlijn voor de jeugdzorg brengt zoveel mogelijk kennis- en praktijkinzichten samen over de beste zorg die je kan geven wanneer ADHD deel uitmaakt van een complexe problematiek."

NAAST EN NA PILLEN

De nieuwe ADHD-richtlijnen maken duidelijk dat opvoeding en onderwijs een belangrijke rol spelen bij de diagnose en behandeling van ADHD. "Heel lang heerste het idee dat de behandeling van ADHD vooral bestond uit het geven van methylfenidaat. Niet zonder reden, want medicatie werkt vaak ook goed. Vooral op de korte termijn. Maar het is belangrijk dat we het behandelarsenaal uitbreiden van de bekende werkzame pillen naar niet-medicamenteuze interventies en benaderingen. Zoals sport en ouderbegeleiding. Dat zijn behandelingen die náást en ná medicatie kunnen werken."

PRECIES IN EEN HOKJE

Richtlijnen en standaarden kunnen helpen om ADHD te herkennen en te behandelen, maar de keuze voor de juiste zorg blijft moeilijk, geeft Boer toe. "Elke diagnose is een versimpelde benadering van de complexe werkelijkheid. De problemen van sommige kinderen lijken sprekend op de lijstjes uit onze leerboeken. Maar veel kinderen zijn niet precies in een hokje te plaatsen. We moeten blijven kijken of er in de toekomst nog betere manieren zijn om met een diagnose recht te doen aan de situatie van een kind. We werken met de kennis die er momenteel is, maar kinderen zijn zoveel complexer dan wat we nu weten."

ADHD-RICHTLIJNEN

Niet alleen psychologen en psychiaters, maar ook schoolartsen en verpleegkundigen bij consultatiebureaus kunnen te maken krijgen met kinderen met ADHD-symptomen. De JGZ-richtlijn ADHD, die te vinden is op de website NCJ.nl biedt professionals in de jeugdgezondheidszorg handvatten voor diagnose, behandeling en doorverwijzing.

Daarnaast is een richtlijn in de maak voor de jeugdzorg. Bij de kinderen en jongeren die met jeugdzorg in aanraking komen, spelen doorgaans uiteenlopende, ingewikkelde problemen.

De richtlijn is bedoeld om de keuze voor de juiste zorg en behandeling te vergemakkelijken.

In 2014 publiceerde het Nederlands Huisartsen Genootschap al de standaard 'ADHD bij kinderen'. Deze handreiking helpt huisartsen bij herkenning, diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jongeren tot achttien jaar.



KINDEREN ZIJN ZOVEEL COMPLEXER DAN WAT WE NU WETEN

Onderzoeker Anne-Flore Matthijssen over medicamenteuze behandeling

DOSSIERONDERZOEK NAAR DE PRAKTIJK VAN SIGNALERING, DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

DE ADHD-RICHTLIJNEN ZIJN HET BESTE WAT WE OP DIT MOMENT HEBBEN

Er zijn weinig geneesmiddelen waarvan het gebruik de laatste jaren zo razendsnel is gegroeid als methylfenidaat. Onderzoeker Anne-Flore Matthijssen coördineert onderzoek naar het medicijn dat al meer dan vijftig jaar wordt voorgeschreven voor de behandeling van ADHD bij kinderen.

Het gebruik van methylfenidaat voor het behandelen van ADHD bij kinderen is de afgelopen jaren verviervoudigd. Ook krijgen steeds meer kinderen onder de zes jaar – de minimumleeftijd volgens de richtlijnen – het medicijn voorgeschreven. In een rapport uit 2014 pleit de Gezondheidsraad voor meer onderzoek naar deze snelle toename. Zo is er weinig bekend over de praktijk van signalering, diagnostiek en behandeling van kinderen met ADHD. En over de naleving van richtlijnen hiervoor.

500 DOSSIERS

"We bekijken 500 dossiers van kinderen die methylfenidaat voorschreven hebben gekregen", zegt Anne-Flore Matthijssen. De promovenda doet samen met onderzoekers van het Universitair Medisch Centrum Groningen en Accare Universitair Centrum onderzoek naar naleving van de ADHD-richtlijnen. Een flinke klus, want het kost gemiddeld genomen zo'n 2,5 uur om een medisch dossier door te nemen. De onderzoekers komen over de vloer bij verschillende Nederlandse kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen en bij kindergeneeskunde-afdelingen van ziekenhuizen. "Het gaat om vertrouwelijke medische dossiers, dus deze mogen we niet meenemen. Alle gegevens die we gebruiken anonimiseren we. Naast het dossieronderzoek bestaat het project ook uit een studie naar kinderen die methylfenidaat al lange tijd gebruiken. Hiermee willen we kijken of methylfenidaat op de lange termijn nog wel effectief is."

UITBESTEDEN AAN SPECIALIST

Naar de behandeling van ADHD wordt veel onderzoek gedaan, maar niet naar de diagnostiek, weet Matthijssen. De audit is dan ook gericht op het proces van de diagnostiek en de behandeling met methylfenidaat, en



WE WILLEN EEN ANTWOORD VINDEN OP DE VRAAG WAAROM HET GEBRUIK VAN METHYLFENIDAAT ZO ENORM IS GESTEGEN

UIT HET ONDERZOEK KAN BLIJKEN DAT IN NEDERLAND DE AFGELOPEN JAREN GOEDE ZORG IS GELEVERD

op de bijbehorende controles. “We kijken of de richtlijnen die zijn opgesteld voor de diagnostiek bij ADHD worden gevolgd. Hiervoor hebben we ook een vragenlijst uitgezet onder huisartsen. Hoe vullen zij de diagnostiek in? Doen zij de behandeling zelf, of besteden zij deze bij voorkeur uit aan een specialist? Het gaat om kinderen die in 2008 en 2012 werden behandeld. We kijken een tijdje terug omdat we ook de controles die elk half jaar worden uitgevoerd willen meenemen.”

OF EN HOE

“De richtlijnen voor de diagnostiek zijn het beste wat we op dit moment hebben, ze zijn het meest wetenschappelijk onderbouwd”, aldus Matthijssen, die benadrukt dat de richtlijnen als zodanig in dit onderzoek niet ter discussie staan. “Het onderzoek is geen beoordeling van de richtlijnen. We kijken alleen of en hoe de richtlijnen worden gebruikt. Ook willen we een antwoord vinden op de vraag waarom het gebruik van methylfenidaat zo enorm is gestegen. Dit hoeft niet per definitie negatief uit te pakken. Uit het onderzoek kan ook blijken dat er op dit terrein in Nederland de afgelopen jaren goede zorg is geleverd.”

BEHANDELING IN HET ALGEMEEN

Psycho-educatie is een belangrijke eerste stap in de behandeling van ADHD voor zowel het kind als de belangrijke volwassenen uit zijn of haar omgeving, meestal de ouders en de leerkracht. Bij psycho-educatie wordt uitgebreid voorlichting gegeven over kenmerkende symptomen, mogelijke risicofactoren en oorzaken, prognose en behandelmogelijkheden. Dit kan bij de omgeving leiden tot meer begrip en acceptatie van het kind in de verschillende settingen en is een belangrijke voorwaarde voor het creëren van een zo optimaal mogelijke omgeving. Bovendien draagt psycho-educatie eraan bij dat ouders en kind goed geïnformeerd kunnen meedenken over de verdere behandeling, wat belangrijk is voor de motivatie voor behandeling en latere therapietrouw. Psycho-educatie kan individueel of in groepsvorm plaatsvinden, ondersteund worden door brochures, video's of andere (online) materialen en kan één of meerdere sessies omvatten.

BEHANDELING MET OF ZONDER MEDICIJNEN?

Na psycho-educatie zijn er verschillende vervolgstappen mogelijk in de behandeling. Deze zijn onder te verdelen in medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies. De keuze om te starten met een niet-medicamenteuze behandeling of een behandeling met medicijnen (of een combinatie van beide) hangt af van verschillende factoren: de ernst van de beperkingen, leeftijd, comorbiditeit en andere factoren. In de meeste gevallen verdient het aanbeveling om de verschillende behandelingen niet gelijktijdig te starten, maar stapsgewijs. Op die manier kan de werkzaamheid van de afzonderlijke behandelingen beter beoordeeld worden.

ERNST VAN DE BEPERKINGEN

De ernst van de beperkingen die de ADHD-symptomen met zich meebrengen (bijvoorbeeld in het functioneren op school, thuis of met leeftijdgenoten) speelt een belangrijke rol in de keuze met welke behandeling als eerste (na psycho-educatie) gestart wordt. De Nederlandse *Multidisciplinaire Richtlijn ADHD bij Kinderen en Jeugdigen* beveelt aan om alléén in het geval van ernstige beperkingen (en indien het kind zes jaar of ouder is) te starten met een medicamenteuze behandeling en in álle andere gevallen met een gedragstherapeutische training voor de ouders en/of de leerkracht (ook wel: 'mediatietherapie'). Een mediatietherapie is gericht op het creëren van een zo gunstig mogelijk opvoedings- of onderwijsklimaat voor het kind. Ouders of leerkrachten leren in een mediatietherapie hoe ze in de aanpak van het kind een aantal gedragstherapeutische vaardigheden, zoals structureren, goede instructies geven en operante conditioneringstechnieken (belonen van gewenst gedrag, negeren of straffen van ongewenst gedrag) kunnen gebruiken. Met deze vaardigheden kunnen ouders en leerkrachten het gedrag van het kind

beïnvloeden. De gebruikelijke vorm voor een mediatietherapie is individueel of in een groep met andere ouders of leerkrachten. Soms kan de behandeling ook gedeeltelijk online of schriftelijk gegeven worden. Mediatietherapie moet in alle gevallen door goed opgeleide en getrainde professionals uitgevoerd worden.

LEEFTIJD

Een tweede belangrijke factor voor de soort behandeling is de leeftijd van het kind. Over de effectiviteit van medicatie (methylfenidaat) bij jonge kinderen is minder bekend dan bij oudere kinderen. Er zijn aanwijzingen dat het effect bij jonge kinderen kleiner is dan bij oudere kinderen en dat er bij jonge kinderen vaker bijwerkingen optreden. Bovendien is methylfenidaat niet geregistreerd voor de behandeling van ADHD bij kinderen onder de zes jaar. De Nederlandse *Multidisciplinaire Richtlijn ADHD bij Kinderen en Jeugdigen* beveelt aan om bij alle kinderen jonger dan 6 jaar, ongeacht de ernst van de problematiek, na psycho-educatie, altijd eerst te starten met mediatietherapie.

COMORBIDITEIT

Het bestaan van comorbide aandoeningen kan invloed hebben op de keuze voor behandeling, maar dit hoeft zeker niet altijd zo te zijn. In de Nederlandse *Multidisciplinaire Richtlijn ADHD bij Kinderen en Jeugdigen* zijn geen specifieke aanwijzingen voor het omgaan met comorbiditeit in de behandeling opgenomen. Bij een comorbide gedragsstoornis (oppositioneel opstandige stoornis of gedragsstoornis) zal in de meeste gevallen de behandeling op dezelfde manier verlopen als bij kinderen met ADHD zonder gedragsstoornis, dat wil zeggen: bij ernstige beperkingen medicatie overwegen, wanneer medicatie onvoldoende effect heeft mediatietherapie toevoegen en bij lichte tot matige beperkingen starten met mediatietherapie. Er is toenemend bewijs dat juist niet-medicamenteuze interventies, met name trainingen voor ouders, een goed effect hebben op de comorbide gedragsproblemen van kinderen met ADHD.
Wanneer er bij een kind naast de ADHD sprake is van een angst- of stemmingsstoornis moet goed worden gekeken of de problemen mogelijk met elkaar samenhangen en welk probleem het meest op de voorgrond staat. Wanneer de ADHD op de voorgrond staat kan de behandeling hetzelfde zijn als bij kinderen met ADHD zonder angst- of stemmingsstoornis. Bovendien kunnen, naast een vermindering van ADHD-symptomen, ook angst- en stemmingsklachten afnemen door de (ADHD-)behandeling. Wanneer de angst- of stemmingsproblemen echter onvoldoende verminderen is het zinvol om te kijken of er nog extra behandeling nodig is voor deze problemen. Deze zal meestal bestaan uit cognitieve gedragstherapie voor het kind.

ANDERE FACTOREN

Ook voorkeuren van ouders, kind of jongere en de beschikbaarheid van geschoolde therapeuten spelen een rol in de keuze voor de soort behandeling. Daarnaast is er een groep kinderen die niet of onvoldoende reageert op een behandeling met medicijnen, zij zullen meestal meer gebruik maken van niet-medicamenteuze interventies.

BEHANDELAREN EN DE ROL VAN DE OUDERS

Een kinder- en jeugdpsychiater, een in ADHD gespecialiseerde (kinder)arts of, in sommige gevallen, een verpleegkundig specialist kan een medicamenteuze behandeling starten. Nadat de medicatie goed is ingesteld kunnen de controles soms plaatsvinden bij de huisarts. Andere behandelingen, zoals mediatietherapie met ouder- of leerkrachttraining, zullen in de regel worden gedaan door psychologen of orthopedagogen, die bij voorkeur een aanvullende gedragstherapeutische opleiding hebben afgerond.
Ouders zijn onmisbaar in alle fasen van de behandeling. Soms als actieve partner in de behandeling, zoals in een mediatietherapie, soms in de ondersteuning van het kind bij bepaalde behandelingen, zoals een behandeling met medicijnen, een vorm van (cognitieve) gedragstherapie, of een vaardigheidstraining.

ACHTTIEN JAAR, EN DAN?

De behandeling van jongvolwassenen verschilt soms sterk van die van jeugdigen. Vooral het betrekken van ouders en andere belangrijke volwassenen bij de behandeling is niet altijd vanzelfsprekend in de volwassenenzorg. Het is daarom belangrijk om bij een overgang naar de volwassenzorg te verwijzen naar een instelling die expertise heeft op het gebied van de behandeling van jongvolwassenen met ADHD.

DE KEUZE OM TE STARTEN MET EEN NIET-MEDICAMENTEUZE BEHANDELING OF EEN BEHANDELING MET MEDICIJNEN (OF EEN COMBINATIE VAN BEIDE) HANGT AF VAN VERSCHILLENDE FACTOREN



IK HEB NIET DE PRETENTIE DAT WIJ ALS PSYCHOLOGEN IN IEDER GEZIN EN BIJ ELK KIND ALLE PROBLEMEN KUNNEN OPLOSSEN

Psycholoog Lianne van der Veen over ouderinterventie

MEDICIJNEN VERSUS OUDERTRAINING

WE KUNNEN **OUDERS EN KINDEREN** EEN EINDJE OP WEG HELPEN

Als een oudertraining onvoldoende effect heeft, hoe kunnen ouders hun jonge kind met ADHD dán het beste helpen? Dat is de vraag die psycholoog en onderzoeker Lianne van der Veen bezighoudt. Kleine kinderen kunnen profijt hebben van medicijnen en intensieve oudertraining, maar een kant-en-klare oplossing is er nog niet.

"Druk gedrag van kinderen tussen twee en zes jaar is moeilijk te onderscheiden van ADHD. Goede diagnostiek is daarom minstens zo belangrijk als het bieden van behandeling waarvan de effectiviteit wetenschappelijk is aangetoond", zegt Lianne van der Veen. Ze werkt als klinisch psycholoog bij Accare, een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie, en doet daarnaast in samenwerking met de Rijksuniversiteit Groningen onderzoek naar de behandeling van jonge kinderen met ADHD-symptomen en gedragsproblemen.

ONDERLING VERGELIJKEN

Oudertraining is een veelgebruikte behandelmethode voor peuters en kleuters met ADHD-symptomen en gedragsproblemen. Maar wat gebeurt er als zulke ouderprogramma's onvoldoende werken? Van der Veen vergelijkt in haar onderzoek de effecten van methylfenidaat (vooral bekend als Ritalin) met Parent Child Interaction Therapy (PCIT) – twee behandelvormen die nooit onderling vergeleken zijn.

LIVE COACHING

"PCIT is een intensieve vorm van oudertraining in een speciale ruimte waar ook het kind aanwezig is. Via een oortje krijgen ouders live coaching van een therapeut die vanachter een spiegelwand meekijkt", legt onderzoeker Van der Veen uit. Ze is enthousiast over de behandeling van ouders en kinderen samen. Maar aan PCIT kleven ook nadelen: het gaat om een intensief programma waarvoor speciale faciliteiten nodig zijn, en waarvoor professionals een intensieve, langdurige opleiding volgen. In Nederland wordt de methode, die in de Verenigde Staten is ontwikkeld, nog weinig gebruikt.

DRUK GEDRAG VAN HEEL JONGE KINDEREN — TUSSEN TWEE EN ZES JAAR — IS MOEILIJK TE ONDERSCHEIDEN VAN ADHD

ALTIJD IETS AAN DE HAND

"We weten nog nauwelijks iets over de behandeling van kinderen waarvan de ouders al een oudertraining hebben gehad. Terwijl dit de grootste en moeilijkste groep is: heel jonge kinderen die ADHD-symptomen en gedragsproblemen hebben en soms uit complexe gezinnen komen. Die combinatie van problemen creëert beperkingen die (deels) blijven bestaan na oudertraining." Van der Veen merkt wel eens dat ouders "behandelmoe" zijn, vooral als ze eerder via een GGZ-instelling een hulptraject hebben doorlopen. En sommige ouders hebben uitgesproken meningen over medicijngebruik door hun kinderen. "Maar in al die jaren dat ik nu met gezinnen met kinderen met ADHD en gedragsproblemen werk, heb ik nooit gedacht: wat een flauwekul. Er is áltijd iets aan de hand als ouders met hun kind bij ons komen – dat doen ze niet voor niets, ze maken zich zorgen. Het is dan mijn taak om goed naar hen en de kinderen te luisteren, zodat we samen gaan begrijpen wat er aan de hand is en wat we mogelijk aan de problemen kunnen doen."

EINDJE OP WEG

Over de hulp aan gezinnen en kinderen met complexe ADHD en gedragsproblemen blijft Van der Veen hoopvol. "Ik heb niet de pretentie dat wij als psychologen in ieder gezin en bij elk kind alle problemen kunnen oplossen. Maar we kunnen veel ouders en kinderen wel een eindje op weg helpen."

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

ADHD-medicatie wordt veel voorgeschreven: volgens de Stichting Farmaceutische Kengetallen gebruikt naar schatting 5% van alle schoolkinderen ADHD geneesmiddelen. De afgelopen jaren gebruikten steeds meer kinderen in Nederland ADHD-medicatie, al lijkt inmiddels de groei te zijn afgezwakt en een lichte daling ingezet. Ondanks de successen is er veel maatschappelijke bezorgdheid over het toegenomen gebruik van ADHD-medicatie. Dit heeft deels te maken met zorgen over de veiligheid ervan op de lange termijn, maar ook met zorgen over het te snel medicaliseren van problemen rond werkhouding en hyperactiviteit-impulsiviteit. Medicatie wordt soms beleefd als een kunstmatig ingrijpen in de natuurlijke ontwikkeling van het kind. Ook bestaat de zorg dat door het toedienen van medicatie ouders en het kind niet actief werken aan de oplossing van de problemen, in tegenstelling tot gedragstherapeutische behandelingen. Heel zwart-wit is die tegenstelling echter niet, want vaak is er sprake van een combinatie van medicatie en psychosociale behandeling. Het wel of niet overgaan tot behandeling met medicatie is een afweging die altijd in goede afstemming met ouders en het kind moet worden genomen, waarbij ouders goed worden geïnformeerd over de te verwachten werking en bijwerkingen.

METHYLFENIDAAT

Verreweg het meest voorgeschreven middel is methylfenidaat. Methylfenidaat is al sinds het begin van de jaren zestig in Nederland beschikbaar. Het is geen kalmerend of remmend middel, maar behoort juist tot de psychostimulantia. Het stimuleert de werkhouding en concentratie en vermindert de hyperactiviteit-impulsiviteit. Behandeling met methylfenidaat leidt gemiddeld tot een veel grotere afname van ADHD-symptomen dan niet-medicamenteuze behandelingen en werkt goed bij 70 tot 80% van de kinderen met ADHD. Medicatie is bovendien veel goedkoper dan psychosociale behandelingen. Kortom: medicamenteuze behandelingen zijn kosteneffectiever dan niet-medicamenteuze behandelingen.
Volgens Nederlandse richtlijnen kan methylfenidaat als behandeling van eerste keuze worden overwogen bij ADHD bij kinderen van zes jaar of ouder die gepaard gaat met ernstige beperkingen in het functioneren en kan het worden overwogen bij ADHD van lichte tot matige ernst indien oudertraining en/of leerkrachttraining tot onvoldoende verbetering heeft geleid. Het is raadzaam gebruik van medicatie te combineren met begeleiding en advisering van ouders en leerkracht.
Hoe zit het dan met de veiligheid van medicatie? Bij de start van methylfenidaat treden vaak bijwerkingen op, zoals inslaapproblemen, verminderde eetlust, hoofdpijn, toegenomen prikkelbaarheid en buikpijn. De meeste bijwerkingen verminderen één à twee weken na de start en verdwijnen als de

behandeling wordt gestopt of de dosering wordt verminderd. Bij langdurig gebruik is er kans op geringe groeivertraging. Er zijn geen ongunstige effecten bij langdurig gebruik bekend op de ontwikkeling van de hersenen of op de ontwikkeling van verslaving.
Bijzonder is dat methylfenidaat acuut werkt, binnen een half uur na inname van een tablet. De werking houdt drie tot vijf uur aan. De directe werking per tablet maakt dat de medicatie soms alleen tijdens schooluren wordt gegeven en niet op vrije middagen, tijdens weekenden en vakanties. Methylfenidaat is zowel generiek beschikbaar als onder verschillende merknamen. Tussen beide vormen bestaan geen verschillen in werkzaamheid. Er bestaan ook langwerkende vormen van methylfenidaat (werkingsduur acht tot twaalf uur per tablet). Deze kunnen worden overwogen wanneer er problemen zijn met therapietrouw of bij sterke reboundverschijnselen. Er is geen verschil tussen de effectiviteit van kort- en langwerkende vormen van methylfenidaat. Voor de langwerkende medicatie kan een eigen bijdrage worden gevraagd.

DOSERING INSTELLEN EN MONITOREN

De juiste dosering methylfenidaat wordt bepaald aan de hand van effect en bijwerkingen. Het verdient aanbeveling met een lage dosering te starten, meestal twee- of driemaal daags 2,5 of 5 mg. Na één of twee weken kan op proef in een aantal stappen worden opgehoogd met 2,5 of 5 mg per dosis. Hierbij is het doel om de optimale dosis te vinden, waarbij er wordt gezocht naar de dosis die de beste werkzaamheid geeft zonder hinderlijke bijwerkingen. Dat is zeker niet altijd de hoogste dosis die wordt uitgeprobeerd in de instelfase.
In het begin is het raadzaam wekelijks of tweewekelijks de medicatie te monitoren. Hierbij wordt het functioneren thuis, op school en in de sociale context beoordeeld. Ook wordt geïnformeerd naar eventuele bijwerkingen en worden lengte, gewicht, bloeddruk en hartfrequentie gecontroleerd. Bij voldoende effect en stabiele instelling wordt de frequentie van de controles geleidelijk afgebouwd naar eens in de zes maanden. Het is raadzaam jaarlijks een medicatievrije periode van één à twee weken in een normale schoolweek te overwegen, dit om te bepalen of voortzetting nog zinvol is.

OVERIGE MEDICATIE

Behalve methylfenidaat is in Nederland het middel atomoxetine geregistreerd als behandeling bij ADHD. Atomoxetine is geen stimulerend middel. Pas na enkele weken gebruik kunnen gunstige effecten worden verwacht. Het wordt als middel van tweede keuze gezien. Daarnaast worden ook dexamfetamine en clonidine gebruikt in de behandeling van ADHD, hoewel deze middelen daarvoor niet zijn geregistreerd. Bij slaapproblemen wordt nogal eens melatonine gegeven. Terughoudendheid is echter op zijn plaats gezien de ontbrekende duidelijkheid over de werkzaamheid en veiligheid van langdurig gebruik van melatonine.

BIJ HET INSTELLEN VAN METHYLFENIDAAT WORDEN VERSCHILLENDE DOSERINGEN OP PROEF GEGEVEN. DE OPTIMALE DOSIS METHYLFENIDAAT WORDT BEPAALD AAN DE HAND VAN EFFECT EN BIJWERKINGEN

Een ouder van kinderen met ADHD over behandelingen

MET OF ZONDER MEDICIJNEN?

UNIEK PROFIEL VRAAGT OM ADHD-BEHANDELING OP MAAT

Jolien (24) en Eefje (16) uit Eindhoven zijn zussen en hebben allebei ADHD en PDD-NOS. Maar daarmee houden de overeenkomsten wel zo'n beetje op. Na een lange zoektocht hebben beide jongeren een goede behandeling gevonden. De een mét medicijnen, en de ander juist zónder.

"Je ziet je kind steeds dieper in de put raken, terwijl je niet weet wat er speelt en wat je eraan kunt doen." Als moeder Andrea terug denkt aan de pubertijd van haar oudste dochter Jolien, weet ze nog precies hoe gefrustreerd ze zich soms voelde. Pas toen Jolien een jaar of veertien was, werden de diagnoses ADHD en PDD-NOS gesteld. "Voor ons was het een opluchting, hoewel de échte problemen toen nog moesten beginnen. Het ging mis tijdens Joliens middelbare schooltijd. Conflicten met medeleerlingen, stages die niet lekker liepen – ondanks de medicatie zat Jolien niet lekker in haar vel en stapelden de problemen zich op. En ook de rest van het gezin zat inmiddels met de handen in het haar."

BOKSBAL OP ZOLDER

De oplossing kwam in zicht toen Jolien iets ouder was. Andrea: "Het ging beter toen ze besloot te stoppen met de medicatie (methylfenidaat). De medicijnen hadden een te grote invloed op haar karakter, ze voelde zich té rustig." Andrea en de vader van Jolien stemden toe met een proefperiode van drie maanden. "We borgen de pillen op en hingen een boksbal op zolder. Zo kon ze de onrust in haar lijf toch kwijt. We hadden geen idee dat het verschil zo groot zou zijn. Jolien is veranderd van een prikkelbare tiener met een rebels karakter in een enthousiaste, vrolijke vrouw. De pillen hebben we voorgoed de deur uitgedaan. Binnenkort zal ze haar certificaten via een thuisonderwijsinstelling halen. Ook gaat ze samenwonen met haar vriend."

KORT LONTJE

Heel anders verloopt het behandeltraject bij de jongste dochter van Andrea, Eefje. Zij zit in groep zes als de diagnoses ADHD

WAAR JOLIEN ZICHZELF VERLOOR IN DE MEDICIJNEN, BLEKEN ZE VOOR EEFJE JUIST HEEL GOED TE WERKEN

en PDD-NOS worden gesteld. Na een reguliere basisschool gaat Eefje daarom naar het voortgezet speciaal onderwijs. “Net als haar oudere zus had Eefje een kort lontje. Er sneuvelden regelmatig spullen in huis”, vertelt Andrea. Maar waar Jolien zichzelf verloor in de medicijnen, bleken deze voor haar zus juist heel goed te werken. “Eefje slikt nu dagelijks methylfenidaat en is sindsdien veel meer voor rede vatbaar. Deze behandeling in combinatie met fanatiek paardrijden werkt heel goed.”

ERVARINGSDESKUNDIGE

Andrea is niet verbaasd over de uiteenlopende werkingen van medicijnen bij haar dochters. “ADHD uit zich bij elk kind anders, ook de behandeling heeft bij ieder kind een ander effect.” Om andere ouders bij te staan in hun zoektocht naar de meest effectieve behandeling, biedt Andrea sinds enkele jaren als ervaringsdeskundige begeleiding. “De aandacht voor de familie rondom een kind met ADHD of PDD-NOS is net zo belangrijk als de behandeling van het kind zelf. Tijdens informatieavonden help ik ouders bij alles waar ze tegenaan lopen. Mijn eigen zoektocht duurde lang, hopelijk kan ik ervoor zorgen dat anderen sneller weten waar ze aan toe zijn.”

Om privacyredenen zijn de namen en exacte leeftijden van ‘Jolien’ en ‘Eefje’ gefingeerd.

METHYLFENIDAAT TEGEN ADHD

De meest gebruikte medicatie bij ADHD is methylfenidaat, dat vooral bekend is onder de merknaam Ritalin. De kortwerkende variant van dit medicijn werkt ongeveer drie tot vijf uur. Er bestaan ook langwerkende vormen van methylfenidaat. De optimale dosering van methylfenidaat is voor elke persoon verschillend.



BIJ LICHTE TOT MATIGE VORMEN VAN ADHD IS MEDICATIE IN PRINCIPE NIET DE EERSTE STAP

Verpleegkundig specialist Cora Drent over medicatie

VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST AAN HET WOORD

IK VIND HET BELANGRIJK DAT **EEN KIND DE KANS KRIJGT** OM ZICH GOED TE ONTWIKKELEN

"Ik vind het jammer als kinderen een effectieve behandeling wordt onthouden als gevolg van onjuiste informatie over het gebruik van medicatie bij ADHD." Dat zegt verpleegkundig specialist Cora Drent werkzaam op de polikliniek van Accare in Groningen. Zij is werkzaam in de directe patiëntenzorg en daarnaast betrokken als onderzoeker in een Europese studie naar bijwerkingen van langdurig gebruik van methylfenidaat bij kinderen met ADHD.

HOE ZIET EEN TRAJECT ERUIT ALS ER VERMOEDENS VAN ADHD BESTAAN?

"Een kind komt bij ons terecht via de huisarts of bijvoorbeeld een sociaal wijkteam. Om een goed beeld te krijgen van de gedragingen van het kind wordt er uitgebreide diagnostiek gedaan waarbij zowel ouders, het kind zelf als ook de leerkracht worden betrokken. Als blijkt dat een kind aan de diagnostische criteria van ADHD voldoet, starten we eerst met psycho-educatie; ouders en het kind krijgen informatie over de aandoening en de behandelmogelijkheden."

KRIJGEN DE MEESTE KINDEREN MEDICIJNEN VOORGESCHREVEN?

"Bij lichte tot matige vormen van ADHD is medicatie in principe niet de eerste stap. Vaak is een oudertraining of interventie met een leerkracht in zo'n geval voldoende. Indien dat onvoldoende verbetering geeft, kan alsnog een behandeling met medicatie worden overwogen. Het starten met medicatie gebeurt altijd in nauwe samenspraak met ouders en kind. Ik vind het belangrijk om het kind actief bij de behandeling te betrekken. Je hoort wel eens van kinderen: 'Ik moest pillen, maar ik weet niet goed waarom'. Dat wil ik echt voorkomen."

JE HOORT WEL EENS VAN KINDEREN: ‘IK MOEST PILLEN, MAAR IK WEET NIET GOED WAAROM’. DAT WIL IK ECHT VOORKOMEN

HOE DENKEN KINDEREN MET ADHD ZÉLF OVER MEDICIJNEN?

“Ik zie kinderen die soms negatief bejegend worden door hun drukke, impulsieve gedrag en door hun concentratieproblemen. Ze krijgen veel op hun kop en horen vaak dat ze dingen niet goed doen. Daarnaast vallen deze kinderen soms ook sociaal buiten de boot. Zeker als kinderen ouder worden, wordt druk of impulsief gedrag minder geaccepteerd door andere kinderen. Ik vind het belangrijk dat een kind de kans krijgt om zich goed te ontwikkelen. Soms geven kinderen zelf aan dat ze sinds de start van de medicatie meer vrienden hebben of dat de leraar minder op ze moppert. Het is belangrijk dat een kind zich prettig voelt bij de medicatie; bijwerkingen als lichamelijke klachten, te rustig of geremd gedrag zijn wat mij betreft niet acceptabel.”

WORDT HET MEDICIJNGEBRUIK AFGEBOUWD NA VERLOOP VAN TIJD?

“Het is belangrijk om tenminste jaarlijks een proefstop te doen om te kijken of medicatie nog wel nodig is. Soms zie je vrijwel direct dat medicatie nog een duidelijk effect heeft, dan gaat het zo’n dag niet goed. Er zijn ook kinderen die bang zijn om te stoppen met de medicatie, omdat ze ervaren dat het ze helpt. Verder valt op dat oudere kinderen soms zelf de dosis verlagen of tijdelijk stoppen. Zij vinden het dan niet meer stoer, irritant of ze ervaren bijwerkingen zoals stemmingswisselingen of geremdheid. Ik vind het belangrijk om kinderen serieus te nemen en stel dan vaak een gecontroleerde proefstop voor. Dan gaan we door middel van vragenlijsten een langere periode bijhouden hoe het gaat zonder de medicatie.”

WAT MERK JE VAN DE MAATSCHAPPELIJKE DISCUSSIE OVER ADHD-MEDICIJNEN?

“Door de aandacht voor het gebruik van bepaalde medicijnen hebben ouders veel vragen. Dat is alleen maar goed. Een nadeel is dat ouders op basis van een nieuwsitem over het medicijn soms op eigen initiatief besluiten te stoppen met de medicatie. Als ze na een aantal maanden weer bij mij komen, hebben de problemen zich soms opgestapeld. De ouders die ik zie nemen niet zomaar het besluit om te starten met medicatie en zijn terecht kritisch. Ik probeer daarom zo goed mogelijk voorlichting te geven. Ik vertel ze onder andere dat het een relatief veilig middel is en ook dat medicijnen bijwerkingen hebben. Ik adviseer en denk mee; ouders en kind hebben natuurlijk altijd het laatste woord.”

NIET-MEDICAMENTEUZE BEHANDELINGEN

Er is, vooral bij kinderen, veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van medicatie bij ADHD. Van de kinderen met ADHD profiteert zo'n 30% niet optimaal van medicatie. Medicatie wordt, zoals eerder vermeld, bovendien alleen voorgeschreven indien sprake is van ernstige ADHD. Kinderen en jongeren waar medicatie niet geïndiceerd is, en degenen die geen medicatie willen, kunnen gebruik maken van niet-medicamenteuze behandelingen. Daarnaast is er ook een groep kinderen en jongeren die weliswaar goed reageert op medicatie maar waar een niet-medicamenteuze behandeling toch meerwaarde heeft.

GEDRAGSTHERAPIE/COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE

Gedragstherapie voor kinderen met ADHD bestaat uit training van ouders en leerkrachten. Recent zijn er enige studies (zie pagina 51 en 52) uitgevoerd in Nederland naar de effecten van een oudertraining en een thuisbehandeling voor (jonge) kinderen met ADHD. Voor leerkrachten bestaat de gedragstherapie uit het leren toepassen van deze technieken in de klas.
Mediatietherapie heeft gunstige effecten op de belangrijkste symptomen van ADHD, maar de effecten van mediatietherapie zijn minder groot dan die van medicamenteuze behandeling. De effecten van mediatietherapie op comorbide symptomen van ODD en op sociaal gedrag zijn vergelijkbaar met die van een medicamenteuze behandeling. De combinatie van medicamenteuze behandeling en mediatietherapie maakt wellicht een lagere medicatiedosering mogelijk, zonder verlies van effectiviteit van de behandeling.
Voor de kinderen en adolescenten zelf bestaan er cognitief-gedragstherapeutische behandelingen of trainingsinterventies, zoals (cognitieve) sociale vaardigheidstrainingen of trainingen in het verbeteren van de planning- en organisatievaardigheden. Deze trainingen zijn op het kind zelf gericht, maar om effectief te zijn is betrokkenheid van de ouders en/of leerkrachten bij de behandeling belangrijk. Recentelijk zijn er enige studies (zie pagina 53) uitgevoerd in Nederland die veelbelovende resultaten laten zien van de effectiviteit van deze planning- en organisatietrainingen bij kinderen en adolescenten.

Er worden significante (kleine) effecten van gedragstherapeutische behandelingen gevonden in de vorm van een reductie van ADHD-symptomen, als mensen die betrokken zijn (meestal ouders) de effecten beoordelen, zo blijkt uit een recente meta-analyse. Het blijkt echter dat de effecten van gedragstherapie op de reductie van ADHD-symptomen minimaal en niet significant zijn als mensen die niet betrokken zijn bij de behandeling of niet weten dat het kind behandeling heeft gehad de effecten beoordelen. Het lijkt erop dat de effecten van de gedragstherapie niet eenvoudig te generaliseren zijn naar

andere omgevingen dan waar de therapie wordt toegepast of dat er verwachtingseffecten in het spel zijn. In tegenstelling tot de minimale effecten op de reductie van ADHD-gedrag zorgt gedragstherapie wel voor een significante verbetering in andere aan ADHD gerelateerde probleemgebieden. Zo zorgt gedragstherapie voor een verbetering van de opvoedvaardigheden en de competentiegevoelens van ouders, de sociale en academische vaardigheden van het kind en vermindert gedragstherapie het agressieve gedrag van het kind.

VOEDINGSINTERVENTIES

Naar voedingsinterventies is de afgelopen jaren veel onderzoek gedaan. Zo is onderzocht of een eliminatiedieet effect heeft op ADHD-klachten. Bij zo'n dieet worden kunstmatige voedingsstoffen en specifieke natuurlijke voedingsstoffen vermeden om hun mogelijke allergische reactie (zoals ei, graan, melk, soja, pinda). Uit recent onderzoek blijkt dat 10 tot 30% van de kinderen het eliminatiedieet succesvol afmaakt en een afname van ADHD-klachten laat zien. Het elimineren van kunstmatige kleurstoffen uit de voeding heeft wel invloed op het gedrag van kinderen, maar is niet specifiek voor kinderen met ADHD. In het algemeen zijn additiefvrije en eliminatiediëten intensief om uit te voeren en daarom alleen geschikt voor erg gemotiveerde gezinnen. Om het effect van omega 3 en 5 vetzuren (visolie) te kunnen vaststellen, zijn nog niet genoeg goede studies gedaan. Uit kleinschalige studies blijkt het gebruik van visolie een klein effect te hebben op de afname van ADHD-klachten. Het gebruik van megadoses vitaminesupplementen en het vermijden van suiker verminderen ADHD-klachten niet. Er is nog geen wetenschappelijk bewijs voor de werkzaamheid van LTO3 (L-Theanine; afgeleide van een aminozuur uit een groene theeplant) bij ADHD-klachten.

NEUROFEEDBACK

Er is veel aandacht voor neurofeedback als alternatief voor medicatie bij ADHD. Bij neurofeedback wordt door middel van operante conditionering geprobeerd een permanente verandering van hersenactiviteit te bewerkstelligen, zodat daarmee ook het gedrag verbetert. De effectiviteit van neurofeedback voor kinderen en jongeren met ADHD is echter nog niet duidelijk. Twee vormen van neurofeedback zijn uitgebreid onderzocht: Theta/beta ratio neurofeedback en Slow Cortical Potential neurofeedback. Theta/beta ratio neurofeedback lijkt het functioneren van de hersenen niet te veranderen. Slow Cortical Potential neurofeedback lijkt wel in staat de regulatie van de hersenen te verbeteren, zodat ADHD-klachten kunnen verminderen. Ouders die weten dat hun kind neurofeedback krijgt, rapporteren een afname van ADHD-klachten. Ouders die niet weten dat hun kind neurofeedback krijgt, geven alleen een vermindering van aandachtsproblemen aan en geen verandering in hyperactiviteit en impulsiviteit. Op dit moment wordt neurofeedback niet aanbevo-

len als eerste keuze in de behandeling van ADHD door de intensiteit van de behandeling en het gebrek aan meerwaarde op de gebruikelijke zorg. Zie ook de aanbevelingen uit de twee studies (zie pagina 54 en 55) die in het kader van het ZonMw-programma Zorg voor Jeugd zijn uitgevoerd.

COGNITIEVE TRAININGEN

Cognitieve trainingen, zoals Braingame Brian en Cogmed, richten zich op een verbetering van de executieve functies, zoals werkgeheugen, inhibitie, aandacht en cognitieve flexibiliteit, door middel van herhaalde computertraining van deze functies. Het doel is om zo ADHD-symptomen te verminderen. Uit onderzoek blijkt dat cognitieve trainingen het kortetermijngeheugen en het werkgeheugen verbeteren. De kernsymptomen van ADHD (aandachtsproblemen, hyperactiviteit en impulsiviteit) nemen echter niet af na het volgen van een cognitieve training. Het functioneren op school verbetert ook niet. Het trainen van executieve functies heeft al met al weinig tot geen effect op ADHD-klachten. Het lijkt erop dat de toepassing van het geleerde in de dagelijkse praktijk achterblijft. De werkzame factoren van cognitieve trainingen dienen daarom nog verder onderzocht te worden.

VOOR DE KINDEREN EN ADOLESCENTEN ZELF BESTAAN ER COGNITIEF-GEDRAGS-THERAPEUTISCHE BEHANDELINGEN OF TRAININGSINTERVENTIES, MAAR OM EFFECTIEF TE ZIJN IS BETROKKENHEID VAN DE OUDERS EN/OF LEERKRACHTEN BIJ DE BEHANDELING BELANGRIJK



LEERKRACHTEN VINDEN HET FIJN OM EEN HANDREIKING TE KRIJGEN WAARMEE ZE ZELFSTANDIG AAN DE SLAG KUNNEN

Onderzoeker Betty Veenman over leerkrachtinterventie

SCHOLEN HELPEN BIJ DE AANPAK VAN ADHD

MINDER ADHD-GEDRAG IN EEN RUSTIGERE KLAS

Kinderen die minder druk gedrag, concentratieproblemen, opstandigheid en agressie vertonen. Dat zijn de eerste hoopvolle resultaten van het — nog lopende — onderzoek naar de leerkrachtmethode 'Druk in de klas'. Onderzoeker Betty Veenman leidt eruit af dat scholen wel degelijk kunnen bijdragen aan het verminderen van ADHD-gedrag in de klas.

Een kind dat voor de klas mag komen om een gedicht voor te lezen: het is een van de beloningen die leerkrachten bedenken om gewenst gedrag in de klas te stimuleren. Aandacht voor beloningen is een belangrijk onderdeel van de leerkrachtmethode 'Druk in de klas'. Met deze praktische handreiking leren basisschooldocenten om meer structuur en voorspelbaarheid in de klas te creëren. De handreiking helpt ook om begrip op te brengen voor kinderen met ADHD-symptomen als concentratiegebrek en impulsiviteit. Bovendien krijgen leerkrachten tips om de nadruk te leggen op belonen in plaats van straffen.

DE HELE KLAS

"Leerkrachten vinden het fijn om een handreiking te krijgen waarmee ze zelfstandig aan de slag kunnen", zegt Betty Veenman, onderzoeker aan de Vrije Universiteit in Amsterdam en coördinator van het project 'Druk in de klas'. "Ook merken docenten dat niet alleen kinderen met ADHD-symptomen rustiger worden, maar óók de rest van de klas." Nagenoeg alle leerkrachten (98 procent) die deelnemen aan het effectiviteitsonderzoek zeggen nu al 'Druk in de klas' in de toekomst te willen blijven gebruiken.

PUUR EEN HANDLEIDING

"Er zijn nog geen laagdrempelige methoden waarmee scholen zonder training ADHD-gedrag kunnen aanpakken", zegt Veenman over het vernieuwende karakter van 'Druk in de klas'. "Deze methode werkt puur op basis van een handleiding – docenten hoeven er niet een uitgebreide training voor te volgen. Belangrijk is dat de methode makkelijk in de klas is toe te passen, want leraren hebben

DOCENTEN MERKEN DAT NIET ALLEEN KINDEREN MET ADHD-SYMPTOMEN RUSTIGER WORDEN MAAR OOK DE REST VAN DE KLAS

het al zo druk. Zeker nu, als gevolg van de Wet Passend Onderwijs, steeds meer kinderen een plek moeten vinden binnen het reguliere onderwijs."

KLASSIKAAL BELONEN

'Druk in de klas', waarvan de effectiviteit sinds 2011 wordt onderzocht, bevat deels voor veel leerkrachten bekende technieken, maar ook volledig nieuwe elementen, zoals een klassikaal beloningssysteem. De balans houden tussen belonen en straffen, zoals de handreiking adviseert, blijkt in de praktijk wel eens lastig uitvoerbaar, geeft onderzoeker Veenman toe. "Bij kinderen die gedrag vertonen dat als ernstig storend wordt ervaren, vergeten leerkrachten soms om tegenover elke reprimande (bij ongewenst gedrag) ook drie complimenten te geven (voor positief gedrag)."

NAAR THUIS VERPLAATSEN

"De positieve effecten van 'Druk in de klas' zijn alleen op school zichtbaar en niet in de thuissituatie", vertelt Veenman. "Dat is niet erg verrassend, want allerlei studies hebben al laten zien dat gedragsveranderingen op school zich meestal niet naar de thuissituatie verplaatsen." Een sterk punt van 'Druk in de klas' is dat de gedragstherapeutische leerkrachtmethode al zonder een combinatie met medicijnen of oudertraining effecten sorteert in de klas. En dat komt juist niet als een verrassing, aangezien de methodiek is gebaseerd op een bewezen effectief programma uit de Verenigde Staten. De ervaringen met het 'Summer Treatment Program' hebben laten zien dat het consequent belonen van positief gedrag en het bieden van structuur ADHD-symptomen (en daaraan gerelateerd probleemgedrag) verminderen en sociale vaardigheden vergroten.

Onderzoeker Sebastiaan Dovis over cognitieve interventie

ADHD BEHANDELEN MET SERIOUS GAMING

COGNITIEVE VAARDIGHEDEN VERBETEREN NA GAMEBEHANDELING

Dat kinderen met games schoolse vaardigheden kunnen opdoen was al langer bekend. Nieuw is dat kinderen met ADHD er ook handige hersenfuncties mee kunnen oefenen. Dr. Sebastiaan Dovis van de Universiteit van Amsterdam is betrokken bij nieuw onderzoek naar de mogelijkheden om serious gaming in te zetten voor de behandeling van ADHD. "Gaming kan bijdragen aan het ontwikkelen van vaardigheden die de rest van je leven zinvol zijn."

WAT IS SERIOUS GAMING PRECIES?

"Bij een *serious game* draait het niet om puur vermaak, maar om informatieoverdracht en de ontwikkeling van vaardigheden. Denk bijvoorbeeld aan een piloot die met een spel de landing en daling van een vliegtuig kan oefenen. Of een burgemeester die in spelvorm kan leren hoe hij of zij met een crisissituatie moet omgaan. Dat wil natuurlijk niet zeggen dat een spel niet leuk hoeft te zijn. Maar het vermaak dient vooral om de beleving te versterken – en daarmee de overdracht van informatie te verbeteren."

WAT HEBBEN KINDEREN MET ADHD AAN SERIOUS GAMING?

"De beloningscentra in de hersenen van kinderen met ADHD worden minder geactiveerd door beloningen. Er is daarom veel meer beloning nodig om kinderen met ADHD even gemotiveerd en gefocust te krijgen als kinderen zonder ADHD. Dus als je kinderen met ADHD een nieuwe vaardigheid wilt aanleren zijn traditionele middelen, zoals een werkboek of een gesprek, vaak niet voldoende. Kinderen zijn echter dol op computerspelletjes. Ook kinderen die zich in het dagelijks leven niet goed kunnen focussen, kunnen soms urenlang geconcentreerd naar een computerscherm turen. Dat riep bij ons de vraag op, of we kinderen met behulp van games kunnen behandelen."

WAT WORDT ER NU AAN GAMING VOOR ADHD'ERS ONDERZOCHT?

"Met het spel Braingame Brian, waarbij de speler zich verplaatst in uitvinder Brian en allerlei opdrachtjes moet uitvoeren, hebben



MAAR LIEFST 97% VAN DE KINDEREN WAS IN STAAT DE TRAINING VOL TE HOUDEN

ALS JE KINDEREN MET ADHD EEN NIEUWE VAARDIGHEID WILT AANLEREN ZIJN TRADITIONELE MIDDELEN, ZOALS EEN WERKBOEK OF EEN GESPREK, VAAK NIET VOLDOENDE

we gedurende vijf weken de executieve functies van de deelnemers getraind. Het gaat dan om functies die helpen bij het vasthouden van informatie, het vasthouden en richten van de aandacht; het plannen, organiseren, sturen en controleren van gedrag. Kortom: zaken die kinderen met ADHD moeilijk vinden."

IS ER AL IETS TE ZEGGEN OVER DE EERSTE ONDERZOEKSRESULTATEN?

"Die zijn matig positief. De cognitieve vaardigheden van de kinderen verbeterden meer door de actieve behandeling dan door een placebobehandeling. En volgens de ouders en leerkrachten verminderden de ADHD-gedragsproblemen, maar ditzelfde effect werd gevonden in de placeboconditie. We zijn nu bezig om dat verder te analyseren. Een ander mooi resultaat is dat maar liefst 97% van de kinderen in staat was de training vol te houden. Dat percentage ligt in vergelijkbare studies zonder gaming veel lager."

SPELEN TEGEN ADHD

Er zijn in Nederland verschillende games voor ADHD'ers beschikbaar. Braingame Brian is de bekendste. Ook Cogmed Training, dat het werkgeheugen kan verbeteren, wordt veel gebruikt. Vermeldenswaardig is ook HealSeeker, een set mini-games waarin kinderen gezamenlijk missies uitvoeren om punten te scoren. Deelnemers aan het spel kunnen individuele prestaties leveren én sociale vaardigheden oefenen.

Psycholoog Marije Kuin over gedragstherapie

GOED LEREN PLANNEN VERMINDERT DE SCHOOLUITVAL VAN JONGEREN MET ADHD

JONGEREN KIJKEN WEER **HOOPVOL NAAR DE TOEKOMST**

ADHD leidt tot veel problemen op school. Een nieuwe training leert middelbare scholieren met ADHD om beter te plannen en prioriteiten te stellen. Ook geeft 'Zelf plannen' handvatten om te focussen op school- en huiswerk. De resultaten zijn veelbelovend.

Het plannen en organiseren van schoolwerk is voor jongeren met ADHD erg moeilijk. "Daardoor ontstaan problemen op school, of met ouders of vrienden. En jongeren kunnen er zelfs depressieve klachten van krijgen", aldus psycholoog en gedragstherapeut Marije Kuin. "Ze blijven daardoor vaker zitten dan leerlingen zonder ADHD, komen een niveau lager terecht dan waar ze gestart waren, of gooien de handdoek – als de problemen te groot worden – helemaal in de ring."

TO-DO LIJST

Kuin ziet dagelijks middelbare scholieren met ADHD in de Haarlemse psychologenpraktijk waar ze werkt. Om deze jongeren beter te kunnen helpen, ontwikkelde Kuin de cognitief gedragstherapeutische training 'Zelf plannen', waarbij gebruik wordt gemaakt van motiverende gesprekstechnieken. "Het grote verschil met andere therapieën is dat in deze training de jongere zélf de regie heeft. We zitten iedere week samen aan tafel en maken een plan. Bijvoorbeeld over het gebruik van een agenda of het opstellen van een to-do list. Maar ook bespreken we tips om beter op te letten in de les of minder snel afgeleid te raken tijdens het maken van huiswerk."

NIET SCHOOLS

"Vervolgens gaat de jongere daarmee experimenteren", vertelt Kuin. "Een week later bespreken we dan de bevindingen en mogen ze zelf aangeven of ze het een handige manier vinden en ermee verder willen gaan. In andere therapieën worden jongeren toch nog vaak op een schoolse manier – van bovenaf – benaderd, waarbij wordt aangegeven wat ze beter of anders moeten doen." En dat lijkt te werken. Waar normaal de helft van de jongeren hun therapie niet afmaakt is de uitval bij 'Zelf plannen' slechts 5%.



DE JONGEREN KRIJGEN
MEER ZELFVERTROUWEN EN
ZITTEN BETER IN HUN VEL

IN ANDERE THERAPIEËN WORDEN JONGEREN TOCH NOG VAAK OP EEN SCHOOLSE MANIER — VAN BOVENAF — BENADERD

BETER IN HUN VEL

Sinds 2008 hebben Kuin en haar collega's al honderden jongeren met succes behandeld. "De symptomen van ADHD nemen af, jongeren hebben een scherpere focus. De problemen op school en met huiswerk nemen af en de jongeren presteren op niveau." Maar nog enthousiaster wordt Kuin van de onbedoelde neveneffecten van 'Zelf plannen' die zij in de praktijk opmerkt. "De jongeren krijgen meer zelfvertrouwen en zitten beter in hun vel. Daardoor worden vriendschappen weer aangehaald en zijn er minder spanningen thuis en op school. Het is fantastisch om te zien dat deze jongeren weer hoopvol naar de toekomst kijken."

LEVEN INRICHTEN

Om de effectiviteit van 'Zelf plannen' ook wetenschappelijk te onderbouwen, is de therapie vergeleken met een andere therapie, gericht op het oplossen van specifieke problemen. Belangrijkste conclusie: beide trainingen meten vooruitgang bij de jongeren op vele domeinen (thuis, school, klachten), maar 'Zelf plannen' is effectiever dan een oplossingsgerichte behandeling op de reductie van planningsproblemen. Ook zijn ouders tevredener over 'Zelf plannen'. Kuin: "Inmiddels is 'Zelf plannen' zo'n succes dat therapeuten in heel Nederland de module aanbieden."

Hoogleraar kinderpsychiatrie Jan Buitelaar over behandelingen

BREED ONDERZOEK NAAR BEHANDELMETHODES ADHD

HUISARTSENZORG, NEUROFEEDBACK, WERKGEHEUGENTRAINING: **WAT WERKT?**

ADHD is buitengewoon hardnekkig, kinderen met lichte ADHD kunnen goed bij de huisarts worden behandeld en neurofeedback als behandelmethode levert weinig op. Drie opmerkelijke bevindingen die hoogleraar kinderpsychiatrie en gerenommeerd onderzoeker Jan Buitelaar van het Radboudumc in Nijmegen toelicht.

"In een onderzoek naar de organisatie van de zorg bij ADHD hebben we kinderen met niet al te gecompliceerde ADHD gevolgd", vertelt de hoogleraar kinderpsychiatrie. "We lieten ze, nadat de diagnose was vastgesteld bij een specialist, terugverwijzen naar de huisarts." Het goed begeleiden van deze kinderen leerden huisartsen via een online trainingsmodule. Buitelaar: "Zoals verwacht bleek de behandeling van de kinderen bij de huisarts even effectief als de behandeling bij de specialist. Je kunt je dus afvragen op basis van deze uitkomst of kinderen met ADHD allemaal in de tweede lijn behandeld moeten worden. Bij behandeling bij de huisarts zijn ook minder kosten gemoeid."

NEUROFEEDBACK TELEURSTELLEND

Buitelaar deed ook onderzoek naar de effecten van neurofeedback en werkgeheugentraining. "Daarvan waren de uitkomsten teleurstellend", zegt hij. Neurofeedback is gebaseerd op het idee dat kinderen met ADHD te veel langzame hersengolven hebben. "Langzame golven zijn verbonden met slaperigheid en snellere golven met alertheid. Het brein van een kind met ADHD is dus eigenlijk onderactief. Door het brein feedback te geven in een opstelling waarbij je EEG-electroden gebruikt en de electroden zichtbaar maakt, leer je kinderen dat ze hun breinactiviteit kunnen veranderen. In ons onderzoek zagen we echter geen overtuigende verbeteringen.



ADHD IS BUITENGEWOON HARDNEKKIG

JE KUNT JE AFVRAGEN OF KINDEREN MET ADHD ALLEMAAL IN DE TWEEDE LIJN BEHANDELD MOETEN WORDEN

Er zijn allerlei privébureau's die neurofeedback aanbieden voor de behandeling van ADHD. De uitkomst van dit onderzoek roept twijfels op of deze behandeling een verstandige zaak is."

BUITENGEWOON HARDNEKKIG

In een derde onderzoek naar ADHD zijn ruim driehonderd kinderen met ADHD die eerder meededen aan onderzoek zes jaar later opnieuw bekeken. Belangrijkste conclusie: na zes jaar was maar vijf procent substantieel verbeterd, tien procent was iets beter en bij de overige 85 procent van de kinderen was de ADHD ondanks de behandeling nog zeer problematisch. "ADHD is buitengewoon hardnekkig", concludeert Buitelaar. Meer onderzoek naar de behandelmethode is volgens hem daarom van groot belang.

ONDERZOEK NAAR HET ELIMINATIEDIEET

De hoogleraar is in het voorjaar van 2015 gestart met onderzoek naar de effecten van het eliminatiedieet als behandelmethode. "Bij een eliminatiedieet krijgen kinderen met ADHD eerst louter wat vocht, rijst en groenten. Als hun gedrag sterk verbetert, wordt stap voor stap uitgezocht welke onderdelen uit de voeding moeten worden weggelaten. Uit onderzoek drie jaar geleden vertoonde het gedrag van de kinderen die dit strenge dieet volgden sterke verbeteringen. Hoe kan het dat zo'n dieet een dergelijk effect heeft? Om dat precies uit te zoeken vergelijken we nu in een onderzoek de effectiviteit van een eliminatiedieet met de standaardbehandeling die bijvoorbeeld bestaat uit medicatie en gedragstherapie."

Een jongere met ADHD over neurofeedback

JONGERE MET ADHD AAN HET WOORD

IK HAD **MIJN MEDICIJNEN GRAAG LATEN STAAN**, AL WAS 'T MAAR VOOR EVEN

Tom (20) uit Eindhoven wil nu eindelijk wel eens af van de ADHD-medicijnen die hij al zijn hele leven slikt. "Mijn psycholoog stelde een proef met neurofeedback voor. Ik hoefde niet lang na te denken, want wat heb ik te verliezen? Het zou ontzettend fijn zijn als ik wat zorgelozer door het leven kan gaan."

Sinds bekend is dat Tom ADHD heeft, gebruikt hij twee medicijnen (atomoxetine en een langwerkende vorm van methylfenidaat). "Ze onderdrukken de voortdurende onrust in mijn hoofd en mijn lijf. Ik word er rustiger van, kan me beter concentreren en haal betere schoolresultaten." Maar volgens Tom leveren de medicijnen ook veel 'gedoe' op. "Soms voel ik me beperkt door de pillen. Ik heb dan het gevoel dat die me hinderen. Ik ben zelfs wel eens gestopt met slikken. De onrust en de concentratieproblemen kwamen toen keihard terug. Ik had moeite mijn emoties onder controle te houden. De situatie liep uit de hand; het voelde alsof ik niet anders kon dan weer met de pillen beginnen."

SCHERPE FOCUS DANKZIJ MEDICIJNEN

Sindsdien heeft Tom zijn scherpe focus weer terug. En dat is prettig, vindt hij, zeker nu hij zijn zinnen heeft gezet op een carrière als sportinstructeur. "Ik doe nu een opleiding om sport- en bewegingsleider te worden. Het is een geweldige school, waar ik voor mijn gevoel helemaal los kan." Het leukst vindt Tom de avontuurlijke sporten, zoals klimmen en wildwatersport. "Hoe heftiger, hoe beter. Je moet er dus écht bij zijn met je gedachten. Ik ben straks niet alleen verantwoordelijk voor mezelf, maar ook voor andere sporters. Een verslapte concentratie kan levensgevaarlijk zijn."

NEUROFEEDBACK ALS AANVULLING

Ook al heeft hij inmiddels een eigen patroon, het slikken van de medicijnen valt Tom nog steeds zwaar. De nieuwe behandeling die zijn psycholoog hem bij wijze van proef voorstelde, klonk hem dan ook als muziek in de oren. "Wat neurofeedback was, wist ik niet. Ook niet wat het met me zou doen. Maar dat maakte

IK HOOP DAT IK DOOR MEE TE HEBBEN GEDAAN AAN HET EXPERIMENT ANDEREN KAN HELPEN

niet uit. Als ik ooit van de medicijnen af wilde komen, was dit mijn kans." En dus meldde Tom zich gedurende een half jaar iedere week bij de neurofeedback-therapeut die hem met behulp van een computerprogramma trainde. Om aan het eind van de proeftijd goed te kunnen vergelijken, bleef Tom al die maanden ook gewoon zijn medicijnen slikken.

GEEN DUIDELIJK RESULTAAT

"In het begin was het wel raar, iedere week al die plakkertjes op mijn hoofd. Maar ik hoopte natuurlijk dat het zou werken. Dan zou mijn leven er namelijk een stuk makkelijker uit kunnen zien." Maar helaas voor Tom en zijn familie bleef een duidelijk resultaat uit. Het was in zijn geval niet zo dat neurofeedback als aanvulling op de al bestaande behandeling met medicatie werkte. "Ik ben er dus uiteindelijk niets mee opgeschoten, ik voel me nog precies hetzelfde. Aan de ene kant vind ik dat jammer. Ik had mijn medicijnen graag laten staan, al was het maar voor even. Aan de andere kant hoop ik dat ik door mee te hebben gedaan aan het experiment anderen kan helpen."

WENS VOOR DE TOEKOMST

En dus slikt Tom zijn medicijnen nog trouw iedere dag. "Ik voel me vrolijk en ben gelukkig. Mijn familie en vrienden weten ook goed hoe ze met de situatie om moeten gaan, dat helpt ook." Hoe de toekomst eruit ziet, weet de jonge student nog niet. "Voorlopig verandert er niets. Maar hoe eerder ik kan stoppen met de medicijnen, hoe liever het me is. Als ik later in Frankrijk of Duitsland werk, wil ik niet hoeven slepen met potjes met pillen. Bovendien zou ik gek worden van alle administratie en speciale verklaringen die je nodig hebt in het buitenland. Hopelijk bestaat er voor die tijd een behandeling die wél bij mij aanslaat."

Om privacyredenen zijn de naam en leeftijd van 'Tom' gefingeerd.

BEHANDELMETHODES VAN ADHD

Medicijnen bij kinderen en jongeren met ADHD zijn nog steeds de meeste effectieve manier van behandelen. Het gebruik van medicatie voor ADHD is in de afgelopen jaren sterk toegenomen. Ongeveer 4,5 procent van de Nederlandse jeugd gebruikt methylfenidaat. De Gezondheidsraad maakt zich zorgen over deze ontwikkeling. Onderzoek naar niet-medicamenteuze behandelingen van ADHD, zoals neurofeedback, is dan ook geen overbodige luxe. Het onderzoek waaraan Tom heeft meegedaan, wordt beschreven op pagina 54. Uit dat onderzoek blijkt dat neurofeedback geen effectieve aanvulling op de behandeling van jongeren met ADHD is.

RECENTE STUDIES NAAR ADHD

Op de pagina's hierna vindt u samenvattingen van vijf studies naar niet-medicamenteuze behandelingen voor ADHD die recent in Nederland zijn uitgevoerd. Dit zijn allemaal studies die gefinancieerd zijn door ZonMw. Meer informatie over de projecten is te vinden op: www.zonmw.nl.

BEHANDELING VAN PEUTERS EN KLEUTERS MET ADHD-SYMPTOMEN EN GEDRAGSPROBLEMEN

Wat is er onderzocht?

Het project *Study into the Treatment of ADHD symptoms and behavior problems in Preschool children (STAP)* is een behandelonderzoek voor kinderen jonger dan zes jaar met ADHD-symptomen en gedragsproblemen. Uit eerder onderzoek is er weliswaar het nodige bewijs dat oudertraining goed werkt bij deze kinderen, maar we kunnen nog niet goed voorspellen bij welke kinderen oudertraining goed of juist minder goed werkt. Ook weten we niet wat een goed werkende vervolgbehandeling is als de problemen van het kind na een oudertraining onvoldoende verbeterd zijn. In het STAP project proberen we antwoord te geven op twee vragen: voor wie werkt oudertraining goed en voor wie minder goed en wat is een effectieve behandeling voor kinderen die onvoldoende verbeterd zijn na oudertraining?

Hoe ging dat onderzoek?

Het STAP project bestaat uit twee deelonderzoeken. In het eerste deelonderzoek krijgen alle ouders van kinderen met ADHD-symptomen en gedragsproblemen een oudertraining. In zo'n training krijgen ouders meer kennis over de problemen van hun kind en leren ze opvoedingsvaardigheden. In het tweede deelonderzoek worden kinderen waarvan de problemen na oudertraining onvoldoende zijn verbeterd via loting toebedeeld aan Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) of behandeling met methylfenidaat. PCIT is een gedragstherapeutische behandeling voor ouders en kind samen. Methylfenidaat is een medicijn voor de behandeling van ADHD. PCIT en methylfenidaat zijn niet eerder onderling in een onderzoek vergeleken.

Werkt het?

De resultaten van de STAP studie worden in 2016 verwacht.

ZonMw-project 15700.2013
Projectleiders Barbara van den Hoofdakker & Pieter Hoekstra
Uitvoerende organisatie Accare

THUISBEHANDELING BIJ MOEILIJK TE BEHANDELEN ADHD

Wat is er onderzocht?

Als medicatie en/of training van ouders onvoldoende helpt voor kinderen met ADHD en gedragsproblemen in de basisschoolleeftijd, wordt vaak thuisbehandeling gegeven. Dit is een relatief kostbare behandeling waarvan de werkzaamheid nog onvoldoende bekend is. In het ADHD@home project proberen we antwoord te geven op twee vragen: helpt thuisbehandeling gedragsproblemen te verminderen en wat doet thuisbehandeling met de stress van ouders en hun opvoedvaardigheden?

Hoe ging dat onderzoek?

Het ADHD@home project heeft de werkzaamheid van twee vormen van thuisbehandeling onderzocht: een reguliere variant (negen maanden) en een speciaal ontwikkelde geprotocolleerde variant, genaamd BPTG@home (vier maanden). 75 gezinnen zijn bij toeval toebedeeld aan een van beide behandelingen. Beide varianten zijn zowel ten opzichte van elkaar vergeleken als ten opzichte van kinderen die op een wachtlijst stonden.

Werkt het?

BPTG@home bleek effectiever dan de langerdurende reguliere variant. Tevens was BPTG@home duidelijk effectief in vergelijking met een groep kinderen die op een wachtlijst stond. Naast een afname van gedragsproblemen rapporteerden de ouders ook een sterke verbetering van angst en somberheid bij het kind dat BPTG@home had gekregen. Tot slot leken ouders na de korte thuisbehandeling zelf ook groei door te maken. Ze leken zich meer zelfbewust in hun ouderrol te voelen en minder stress te ervaren.

Wat nu?

Het is aan te bevelen dat zorgverleners die kinderen met ADHD behandelen, zoals psychologen, orthopedagogen, GZ-psychologen, gedragstherapeuten in de gespecialiseerde GGZ, zich laten trainen in het BPTG@home behandelprotocol. Dit kan als behandelaar óf als supervisor, zodat de behandeling binnen de klinische praktijk breed kan worden geïmplementeerd.

ZonMw-project 15700.3010
Projectleiders Pieter Hoekstra & Barbara van den Hoofdakker
Uitvoerende organisatie Universitair Medisch Centrum Groningen

ADOLESCENTEN MET ADHD LEREN PLANNEN EN ORGANISEREN

Wat is er onderzocht?

Adolescenten met ADHD ondervinden de nodige problemen, vooral met het plannen van hun dagelijkse (school)leven. Bovendien stopt deze kwetsbare groep vaak met behandeling. Dit onderzoek toetste de effectiviteit van een cognitieve gedragstherapie gericht op het aanleren van planningsvaardigheden ('Zelf Plannen') bij adolescenten met ADHD.

Hoe ging dat onderzoek?

'Zelf Plannen' werd vergeleken met een behandeling die niet specifiek gericht was op het aanleren van planningsvaardigheden. Beide behandelingen bevatten acht sessies voor de adolescent en twee oudersessies. Motiverende gespreksvoering werd bij beide geïntegreerd, om zo ook de motivatie voor behandeling te vergroten. Zestig therapeuten werden getraind in deze behandelingen; 159 adolescenten werden willekeurig verdeeld over beide behandelingen. Voorafgaand aan, na afloop van en drie maanden na afloop van de behandeling werden metingen verricht. Uitkomstdomeinen waren: 1. ADHD en planningsvaardigheden 2. Planning gemeten met neuropsychologische taken, 3. Comorbiditeit en 4. School, huiswerk en ruzie thuis.

Werkt het?

Motiverende gespreksvoering bleek mogelijk een belangrijke methodiek om behandeluitval te verminderen: de uitval was slechts 5%, lager dan regulier gerapporteerd in de GGZ. Verder blijkt op alle domeinen een significante, grote vooruitgang na afloop van beide behandelingen. Dit effect blijft behouden tot drie maanden na de therapie. Op de vermindering van problemen met planning en organisatie bleek 'Zelf Plannen' significant effectiever te zijn dan de andere behandeling, hoewel dit effect niet groot was. Ook zijn ouders en therapeuten tevredener over 'Zelf Plannen'.

Wat nu?

De ADHD-symptomen en bijkomende problemen verminderden van voormeting naar drie maanden follow-up bij beide behandelingen. Omdat 'Zelf Plannen' positiever werd beoordeeld en meer verbetering liet zien op de plannings- en organisatievaardigheden, lijkt vooral dit een veelbelovende behandeling om het tekort in behandelingen voor adolescenten met ADHD op te vullen. Een aansluitend implementatieproject ondersteunt dit: er was grote belangstelling in de klinische praktijk om in deze behandeling geschoold te worden. Bovendien bleken in een reguliere klinische setting de behandeleffecten vergelijkbaar.

ZonMw-project 15700.3006
Projectleider Saskia van der Oord
Uitvoerende organisatie Universiteit van Amsterdam

VERBETERT HET GEDRAG VAN JONGENS MET ADHD ALS JE ZE NEUROFEEDBACK AANBIEDT?

Wat is er onderzocht?

In dit onderzoek is de aanvullende waarde van neurofeedback op de huidige standaardbehandeling – medicatie en/of gedragstherapie – bij adolescenten met ADHD onderzocht. Eerdere studies laten zien dat, in vergelijking met jongeren zonder ADHD, jongeren met ADHD relatief meer 'langzamere' hersenengolven (theta) laten zien en minder 'snellere' hersengolven (SMR). Deze hersengolven kunnen beide gerelateerd worden aan aandacht. Het doel was om, in ongeveer 37 trainingssessies van dertig minuten, theta-activiteit te verminderen en SMR-activiteit te stimuleren. Onze hypothese was: als ze deze golven beter kunnen aansturen, dan kunnen de jongens hun aandacht beter vasthouden.

Hoe ging dat onderzoek?

De onderzoeksgroep bestond uit jongens die behandeld werden vanwege ADHD in combinatie met andere problemen, zoals gedragsproblemen. Door middel van loting zijn zij toegewezen aan de experimentele of controlegroep. De experimentele groep van 45 jongens kreeg, naast de bestaande behandeling, neurofeedback. De controlegroep (26 jongens) kreeg dat niet. Na de trainingsperiode zijn beide groepen met elkaar vergeleken. Gekeken is naar de verandering in impulsiviteit, aandacht en hyperactiviteit. Er waren drie meetmomenten: vlak voor de behandeling, vlak na de behandeling en twaalf maanden na afloop.

Werkt het?

Na de neurofeedbacktraining waren de jongens beter in staat om de aandacht vast te houden. Ze hadden ook minder last van impulsiviteit en hyperactiviteit. Alleen: hetzelfde effect zagen we bij de controlegroep. Neurofeedback lijkt dus geen aanvullende waarde te hebben op de standaardbehandeling.

Wat nu?

Veel mensen hoopten dat neurofeedback meer effect zou hebben. Dat blijkt dus niet zo te zijn. We zagen in het EEG wel enige verbetering in de langzame hersengolven. Maar we zagen geen effect ervan op aandacht en gedrag en daar ging het ons om. We moeten dus op zoek naar andere mogelijkheden om deze jongeren te helpen.

ZonMw-project 15700.2004
Projectleider Chijs van Nieuwenhuizen
Uitvoerende organisaties GGz Eindhoven en de Kempen/Tilburg University, Tranzo

NEUROFEEDBACK VERGELEKEN MET MEDICATIE EN SPORT

Wat is er onderzocht?

De meest toegepaste en meest effectieve behandeling bij ADHD is medicatie in de vorm van psychostimulantia (zoals methylfenidaat), maar het is belangrijk om onderzoek te blijven doen naar alternatieven. Dit is onder andere nodig omdat medicatiegebruik bijwerkingen kan veroorzaken en niet bij alle kinderen en jongeren met ADHD voldoende werkt. Neurofeedback (een methode om de eigen hersenactiviteit te beïnvloeden) is een niet-medicamenteuze behandeling die breed wordt toegepast als behandeling van ADHD. Het onderzoek dat hiernaar is gedaan, laat echter zeer tegenstrijdige resultaten zien over de effectiviteit. In het Hersengymnastiekproject is onderzocht of behandeling met neurofeedback even goed werkt als medicatie in het verminderen van ADHD-symptomen. Verder werd behandeling met neurofeedback vergeleken met onder begeleiding sporten, om te controleren of de positieve individuele aandacht tijdens de training wellicht een verklaring is voor eventuele effecten van behandeling met neurofeedback.

Hoe ging dat onderzoek?

Aan het Hersengymnastiekproject deden 103 kinderen mee, die willekeurig werden ingedeeld in drie groepen. De eerste groep van 31 kinderen kreeg gedurende tien weken medicamenteuze behandeling. De optimale dosering van methylfenidaat werd daarbij met een proefbehandeling bepaald. Een tweede groep van 38 kinderen kreeg behandeling met neurofeedback en een derde groep van 34 kinderen kreeg een semi-actieve sportinterventie. De neurofeedback- en sportinterventie waren gelijk aan elkaar in duur en frequentie: beide groepen kregen tien weken lang drie keer per week een training van twintig minuten. Voorafgaand aan, direct na afloop van en zes maanden na de behandeling werd een meting verricht om de effectiviteit van de drie interventies te bepalen.

Werkt het?

Neurofeedback bleek minder effectief dan medicatie in het verminderen van ADHD-symptomen. Daarnaast bleek neurofeedback net zo effectief als de sportinterventie.

Wat nu?

De resultaten laten dus geen specifieke effecten zien van neurofeedback op ADHD-symptomen, omdat de behandeling met neurofeedback even effectief was als de sportinterventie. Ook bleken beide trainingen minder effectief dan behandeling met medicatie. We kunnen het gebruik van neurofeedback als volwaardig alternatief voor medicatie dus niet onderschrijven.

ZonMw-project 15700.3012
Projectleider Jaap Oosterlaan
Uitvoerende organisatie Vrije Universiteit Amsterdam

LITERATUUROVERZICHT

ADHD IN HET ALGEMEEN

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Gillberg, C., Gillberg, I. C., Rasmussen, P., Kadesjö, B., Söderström, H., Råstam, M., ... Niklasson, L. (2004). Co–existing disorders in ADHD–implications for diagnosis and intervention. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(1), i80-i92.
- Langley, K., Fowler, T., Ford, T., Thapar, A. K., van den Bree, M., Harold, G., ... Thapar, A. (2010). Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 196(3), 235-240.
- Rucklidge, J. J. (2010). Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 357-373.

DIAGNOSTIEK

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Gezondheidsraad (2014). *ADHD: medicatie en maatschappij.* Den Haag: Gezondheidsraad. Publicatienummer 2014/19.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling (2005). *Multidisciplinaire Richtlijn ADHD; richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Oosterlaan, J. (2009) ADHD-symptomen bij peuters en kleuters. *Kind & Adolescent Praktijk*, 8(1), 32-37.

BEHANDELING IN HET ALGEMEEN

- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Daley, D., Van der Oord, S., Ferrin, M., Danckaerts, M., Doepfner, M., Cortese, S., & Sonuga-Barke, E. J.; European ADHD Guidelines Group (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(8), 835-847.e5.
- Gezondheidsraad (2014). *ADHD: medicatie en maatschappij*. Den Haag: Gezondheidsraad. Publicatienummer 2014/19.
- Greenhill, L., Kollins, S., Abikoff, H., McCracken, J., Riddle, M., Swanson, J., ... Vitiello, B. (2006). Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(11), 1284-1293.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling (2005). *Multidisciplinaire Richtlijn ADHD; richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Montoya, A., Colom, F., & Ferrin, M. (2011). Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. *European Psychiatry*, 26(3), 166-175.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

- Cortese, S., Holtmann, M., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., ... Sergeant, J.; European ADHD Guidelines Group (2013). Practitioner review: Current best practice in the management of adverse events during treatment with ADHD medications in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(3), 227-246.
- Gezondheidsraad (2014). *ADHD: medicatie en maatschappij.* Den Haag: Gezondheidsraad. Publicatienummer 2014/19.
- Groenman, A. P., Oosterlaan, J., Rommelse, N. N., Franke, B., Greven, C. U., Hoekstra, P. J., ... Oades, R. D. (2013). Stimulant treatment for attention-deficit hyperactivity disorder and risk of developing substance use disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 203(2), 112-119.
- Jensen, P. S., Garcia, J. A., Glied, S., Crowe, M., Foster, M., Schlander, M., ... Wells, K. (2005). Cost-effectiveness of ADHD treatments: Findings from the multimodal treatment study of children with ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1628-1636.
- MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(12), 1073-1086.
- Schweren, L. J., de Zeeuw, P., & Durston, S. (2013). MR imaging of the effects of methylphenidate on brain structure and function in attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 23(10), 1151-1164.

NIET-MEDICAMENTEUZE BEHANDELINGEN

- Arns, M., Heinrich, H., & Strehl, U. (2014). Evaluation of neuro-

feedback in ADHD: The long and winding road. *Biological Psychology*, 95, 108-115.
- Boyer, B. E., Geurts, H. M., Prins, P. J., & Van der Oord, S. (2014). Two novel CBTs for adolescents with ADHD: The value of planning skills. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1-16.
- Cortese, S., Ferrin, M., Brandeis, D., Buitelaar, J., Dittmann, R. W., Daley, D., ... Stringaris, A. (2015). Cognitive Training for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Meta-Analysis of Clinical and Neuropsychological Outcomes From Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(3), 164-174.
- Daley, D., Van der Oord, S., Ferrin, M., Danckaerts, M., Doepfner, M., Cortese, S., & Sonuga-Barke, E. J.; European ADHD Guidelines Group (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(8), 835-847.e5.
- Ferrin, M., Moreno-Granados, J., Salcedo-Marin, M., Ruiz-Veguilla, M., Perez-Ayala, V., & Taylor, E. (2014). Evaluation of a psychoeducation programme for parents of children and adolescents with ADHD: Immediate and long-term effects using a blind randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry,* 23(8), 637-647.
- Gezondheidsraad (2014). *ADHD: medicatie en maatschappij*. Den Haag: Gezondheidsraad. Publicatienummer 2014/19.
- Loo, S. K., & Makeig, S. (2012). Clinical utility of EEG in attention-deficit/hyperactivity disorder: a research update. *Neurotherapeutics*, 9(3), 569-587.
- Micoulaud-Franchi, J.-A., Geoffroy, P. A., Fond, G., Lopez, R., Bioulac, S., & Philip, P. (2014). EEG neurofeedback treatments in children with ADHD: An updated meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8.
- Millichap, J. G., & Yee, M. M. (2012). The diet factor in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 129(2), 330-337.
- Montoya, A., Colom, F., & Ferrin, M. (2011). Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. *European Psychiatry*, 26(3), 166-175.
- Nigg, J. T., & Holton, K. (2014). Restriction and elimination diets in ADHD treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(4), 937-953.
- Rapport, M. D., Orban, S. A., Kofler, M. J., & Friedman, L. M. (2013). Do programs designed to train working memory, other executive functions, and attention benefit children with ADHD? A meta-analytic review of cognitive, academic, and behavioral outcomes. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1237-1252.
- Rytter, M. J. H., Andersen, L. B. B., Houmann, T., Bilenberg, N., Hvolby, A., Mølgaard, C., ... Lauritzen, L. (2015). Diet in the treatment of ADHD in children-A systematic review of the literature. *Nordic journal of psychiatry*, 69(1), 1-18.
- Sciutto, M. J. (2015). ADHD knowledge, misconceptions, and treatment acceptability. *Journal of Attention Disorders*, 19(2), 91-98.
- Sonuga-Barke, E. J., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., ... Sergeant, J. European ADHD Guidelines Group (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *American Journal of Psychiatry*, 170, 275-289.
- Stevens, L. J., Burgess, J. R., Stochelski, M. A., & Kuczek, T. (2015). Amounts of artificial food dyes and added sugars in foods and sweets commonly consumed by children. *Clinical Pediatrics*, 54(4), 309-321.
- Stevenson, J., Buitelaar, J., Cortese, S., Ferrin, M., Konofal, E., Lecendreux, M., ... Sonuga-Barke, E. (2014). Research Review: The role of diet in the treatment of attention–deficit/hyperactivity disorder–an appraisal of the evidence on efficacy and recommendations on the design of future studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* 55(5), 416-427.
- Van der Oord, S., & Ten Brink, E. (2014). Protocol voor behandeling van kinderen met ADHD. In C. Braet, & S.M. Bögels (Eds.), *Protocollaire behandeling voor kinderen met psychische klachten* (289-314). Amsterdam: Boom uitgeverij.
- Widenhorn-Müller, K., Schwanda, S., Scholz, E., Spitzer, M., & Bode, H. (2014). Effect of supplementation with long-chain ω-3 polyunsaturated fatty acids on behavior and cognition in children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A randomized placebo-controlled intervention trial. *Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids*, 91(1), 49-60.

TREFWOORDENREGISTER

Atomoxetine – 26
Cognitieve training – 35
Comorbide stoornissen
- angststoornissen – 20
- autisme spectrum stoornissen – 7
- depressie – 7, 8, 10, 11, 42
- gedragsstoornis – 7, 8, 20
- leerstoornissen – 7
- oppositioneel-opstandig gedrag – 7, 8, 20, 33
- slaapproblemen – 25, 26
- verslaving – 7, 8, 26

Diagnostiek – 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 16, 18, 23, 31
DSM – 7, 9, 10, 12
EEG – 45
Eliminatiedieet – 34, 47
Executieve functies – 35, 41
Gedragstherapie – 20, 21, 33, 34, 42, 47, 53, 54
Instrumentarium
- interviews – 9, 10
- vragenlijsten – 9, 10, 11, 12

Inhibitie – 35
Kleurstoffen – 34
Leerkrachtmethode – 37, 38
LTO3 – 34
Mediatietherapie – 19, 20, 21, 33
Medicatie – 14, 20, 21, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 47, 49, 52, 54, 55
Melatonine – 26
Methylfenidaat – 14, 16, 18, 20, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 48, 49, 51, 55
Neurofeedback – 34, 35, 45, 47, 48, 49, 54, 55
Oudertraining – 23, 24, 25, 31, 33, 38, 51
Psycho-educatie – 19, 20, 29
School
- problemen op school – 7, 13, 42, 44
- observatie – 9, 10
- leerkrachtmethode – 35, 38

Screening – 8, 9, 10, 11, 12
Titratie – 26
Visolie – 34
Vitaminesupplementen – 34
Voeding – 34, 47
Vragenlijsten – 8, 9, 10, 11, 32
Voedingsinterventies – 34

GOUDEN REGELS VOOR DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

GOUDEN

→ VOOR DIAGNOSTIEK

Maak bij de diagnostiek gebruik van semigestructureerde interviews met ouders en leerkracht. Daarbij dient er aandacht te zijn voor zowel specifieke symptomen van ADHD als voor vaak met ADHD geassocieerde comorbiditeiten.

Het verdient aanbeveling om voor de diagnostiek vragenlijsten in te laten vullen door ouders én leerkracht.

Stel de diagnose ADHD alléén als de symptomen in minimaal twee verschillende situaties voorkomen (pervasiviteit) en de normale ontwikkeling ernstig belemmeren (disfunctioneren).

Gebruik géén neuropsychologische testen om de diagnose ADHD te stellen.

Houd er rekening mee dat een gunstig effect van behandeling met stimulantia géén ondersteuning is voor de diagnose ADHD.

REGELS

→ VOOR BEHANDELING

Begin de behandeling met psycho-educatie. Dit is een belangrijke eerste stap in de behandeling van ADHD.

Bij kinderen met milde tot matige beperkingen is mediatietherapie de behandeling van eerste keuze.

Besef dat medicatie — mits goed geïndiceerd — een zeer effectieve behandeling is; 70% van de patiënten ervaart verbeteringen.

Houd bij de keuze voor een behandeling met of zonder medicijnen ook rekening met bijvoorbeeld de ernst van de beperkingen, de leeftijd en de aanwezigheid van comorbide stoornissen of problemen.

Start verschillende behandelingen liever niet gelijktijdig, maar stapsgewijs. Op die manier kan de werkzaamheid van de afzonderlijke behandelingen beter beoordeeld worden.

De aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD) is een stoornis die veel aandacht heeft in de samenleving, mede omdat het een stoornis is die veel voorkomt onder kinderen en jongeren. Bij zorginstellingen is ADHD-problematiek de meest voorkomende reden van verwijzing en met de transitie van de jeugdzorg is de kwaliteit van zorg voor jeugdigen met ADHD ook een vraagstuk voor gemeenten geworden.

Deze gids beoogt zowel zorgverleners als degenen die vanuit de gemeenten betrokken zijn bij de inkoop van zorg te informeren over de actuele stand van zaken rond diagnostiek en behandeling van ADHD, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek.

ADHD
EEN UPDATE

ACTUELE STAND VAN WETENSCHAPPELIJKE INZICHTEN ROND DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING VAN ADHD