

ADHD op het spoor

Impressie van de 16^e CNS express 2010



CNS Express



ADHD op het spoor

Inhoudsopgave

Neurobiologie van emoties bij ADHD	5
prof. Joseph A. Sergeant, Vrije Universiteit Amsterdam	
Casuïstiek van ADHD met leerstoornis	6
Harry Vink, De Bascule te Amsterdam	
De omgeving van het kind met ADHD	7
Michiel Noordzij, Warmond	
Kwaliteit van leven bij ADHD	8
prof. Marina Danckaerts, Katholieke Universiteit Leuven	
ADHD bij volwassenen	9
Sandra Kooij, PsyQ Haaglanden te Den Haag	
Nieuwe rollen voor zorgverzekeraar	10
Paul van den Broek, BS Health Consultancy te Haarlem	

16^e CNS EXPRESS 2010

een unieke nascholing op het spoor

PROGRAMMA CNS EXPRESS 2010

Donderdag 25 maart 2010

13:00 – 14:00 ontvangst kinder – en jeugdpsychiaters en kinderartsen in Amsterdam

14:00 – 15:30 Amsterdam - Prof. Dr J.A. Sergeant

ADHD: Emotie en Executief functioneren.

16:00 – 17:00 Per trein naar Rotterdam (workshop aan boord)

Dhr. H. Vink, Amsterdam - ADHD casuïstiek (workshop)

17:00 – 18:30 Rotterdam - PsyQ Den Haag

Dr. J.J.S. Kooij, psychiater, PsyQ Haaglanden

Aandachtspunten bij de transitie van adolescent naar volwassene met ADHD

19:00 – 21:00 Treinreis naar Maastricht (diner aan boord)

Overnachting in Maastricht.

Vrijdag 26 maart 2010

9:00 – 10:00 Maastricht - P. van den Broek, BS Health Haarlem

Wat kan de zorgverzekeraar anno 2010 betekenen voor de behandeling van ADHD?

10:00 – 11:00 Maastricht - Prof. Dr. M. Danckaerts, UZ Leuven, België

Quality of Life in patients and families with ADHD

11:00 – 12:00 Maastricht - Dhr. H. Noordzij – Het kind met ADHD en zijn omgeving. (workshop)

12:00 – 13:00 Lunch

13:00 – 14:00 Maastricht - Prof. Dr. J. van Os, Universiteit van Maastricht

De toekomst van (de behandeling van) schizofrenie in de DSM-V

14:00 Vertrek trein richting Amersfoort.



ADHD op het spoor

Op 25 en 26 maart 2010 vond de nascholing **De ontwikkeling van het ziektebeeld ADHD** plaats in Amsterdam, Rotterdam en Maastricht, en ten dele ook in de trein die de deelnemers tussen de verschillende programmalocaties vervoerde. Deze unieke nascholing op het spoor, zoals in het programma werd aangekondigd, was door de Nederlands Vereniging voor Psychiatrie en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde geaccrediteerd voor 8 respectievelijk 7 punten. In deze brochure vindt u een impressie van de nascholing.

Dr. J. Blom, wetenschapspubicist

Neurobiologie van emoties bij ADHD

Sommige patiënten met ADHD hebben problemen met emotieverwerking. Het is niet bekend of dit probleem de oorzaak of het gevolg is van de ADHD. Een groot deel van de emotieverwerking in de diepe kernen van het brein verloopt automatisch, en wordt niet beheerst door de frontale cortex. Er is geen therapie bekend om in deze niet-cognitieve emotieverwerking te interveniëren.

Cognitieve inhibitie van gedrag is een traag en belastend proces, dat is gelokaliseerd in de frontale hersenkwab. Inhibitie van een vaardigheid die slecht of niet doelmatig is, kost meer tijd en veroorzaakt meer interferentie dan het aanleren van een nieuwe vaardigheid, aldus prof. Joseph A. Sergeant (VU Amsterdam). De frontale cortex is wel verbonden met de amygdala en de nucleus accumbens, maar heeft slechts partiële controle over het beloningscentrum van de cortex.

“Als de frontale kwab onmiddellijk bij de geboorte beschikbaar was, dan zou een mens direct volledige controle over zijn gedrag kunnen hebben”, aldus Sergeant. “Dat is echter niet het geval. De frontale kwab blijft zich ontwikkelen, bij benadering tot en met het 23^e levensjaar. Dat betekent dat erg veel van de vaardigheden die worden ontwikkeld en opgeslagen in de hippocampus niet zijn beïnvloed door de frontale kwab. Bij een kind met ADHD is de ontwikkeling van de frontale kwab vertraagd. Dat is de basis van de verstoring van executief functioneren bij ADHD-patiënten.”

Emoties of persoonlijkheidsdimensies?

ADHD-patiënten vertonen agressief gedrag, zijn snel geïrriteerd, opgewonden, impulsief en hebben veel stemmingswisselingen. Het is nog niet duidelijk of hier in alle gevallen sprake is van emoties of van persoonlijkheidsdimensies. In een studie bij 8.681 kinderen bleek dat bij de diagnose ADHD (5,9% van de studiebevolking) het risico van gestoorde emotieregulatie zesmaal verhoogd was. Overigens werd dit slechts bij de helft van de patiënten vastgesteld. Het is nog niet bekend of dit probleem de oorzaak of het gevolg is van de ADHD, aldus Sergeant.



prof. Joseph A. Sergeant

Klassieke en instrumentale conditionering

Onderin het brein bevindt zich het limbisch systeem met de hippocampus, die van belang is voor het leerproces en het opslaan van informatie, en de amygdala die betrokken is bij de vecht-of-vluchtrespons. De amygdala speelt een rol bij de klassieke conditionering die al sinds de tijd van Pavlov bekend is. Voor instrumentale conditionering in de nucleus accumbens zijn echter anticipatiemechanismen in de frontale cortex vereist. Van deze twee typen conditionering die van belang zijn voor emotieregulatie, is instrumentale conditionering toegankelijk voor gedragsveranderingstherapie. Klassieke conditionering is echter vrijwel niet te desensibiliseren.

Bij het proces van emotieregulatie zijn circuits betrokken tussen de executieve functies in de frontale cortex en het limbisch systeem. Het wordt steeds duidelijker dat deze circuits bij kinderen met ADHD gestoord zijn. Er bestaan ten minste drie frontosubcorticale controle-circuits voor emotie, aldus Sergeant: “De circuits lopen van verschillende delen van de thalamus via de laterale orbitale cortex terug naar de thalamus. Emotie begint met een signaal in het limbisch systeem, dat signaal wordt in de cortex gemoduleerd. Een goed begrip van emotionele labiliteit van ADHD vereist inzicht in processen in zowel het limbisch systeem als de frontale cortex, en in de integratie daarvan.”

ADHD-patiënten willen onmiddellijke beloning

De groep van Sergeant verrichtte onderzoek naar de invloed van positieve en negatieve beloning op emoties bij kinderen met ADHD. De duidelijkste uitkomst van dit onderzoek luidde dat bij ADHD-patiënten de preferentie voor onmiddellijke beloning sterker is dan bij controlekinderen. De verklaring is volgens Sergeant dat verwerking van informatie van de amygdala via de nucleus accumbens naar de dorsoventrale cortices te lang duurt: "Kinderen met ADHD kunnen niet wachten op een cognitieve kick. Ze geven de voorkeur aan een onmiddellijke sensorische kick. Dat kan resulteren in verschillende typen risicogedrag."

Tussen ADHD-patiënten met en zonder prikkelbaarheid zijn verschillen in het functioneren van de amygdala waargenomen. Niet-prikkelbare ADHD-kinderen vertonen hyperactiviteit van de amygdala, terwijl chronisch prikkelbare kinderen hypoactiviteit van de amygdala laten zien. Als alle ADHD-patiënten tezamen worden bestudeerd, dan kan er dus snel een nuleffect worden waargenomen. Het maken van onderscheid tussen ADHD-kinderen met verschillende typen klachten is ook van belang voor de therapie. Er zijn aanwijzingen dat met name de kinderen met prikkelbaarheid een verhoogd risico hebben van emotionele disregulatie in de toekomst.

Casuïstiek van ADHD met leerstoornis

Kinderpsychiater Harry Vink stelde dat leerstoornis een veel voorkomende comorbiditeit is bij ADHD. Als bij een patiënt met een leerstoornis de diagnose ADHD nog niet hard is, maar er wel aanwijzingen zijn voor ADHD, dan kan de behandelaar een behandeling met ADHD-medicatie overwegen.



"De kinderpsychiater moet er voor oppassen geen pillenboer te worden", vindt Harry Vink, kinderpsychiater bij de Bascule in Amsterdam. De Bascule is een academisch centrum dat psychiatrische zorg verleent aan kinderen, jongeren en gezinnen. Vink ziet veel scholieren met ADHD. "Op het moment dat de patiënten bij mij komen, is de diagnose vaak al gesteld, door al of niet ter zake kundigen. Het verzoek is dan of ik de patiënt even op medicatie wil instellen. Ik denk dat de kinderpsychiater niet aan het eind van het traject moet komen, maar aan het begin. Wij moeten de diagnose stellen."

Vink illustreert deze overtuiging met de casus van de 16-jarige Alex. Hij was bekend met dyslexie, en had op de basisschool groep 4 gedoubleerd. De CITO-score was 540, en Alex ging naar de HAVO. Zodra de puberteit inzette, ging het steeds slechter met hem. Hij gleed af naar het VMBO, en presteerde ook daar zo slecht dat er een grote kans was dat hij van school gestuurd zou worden. Bij de huiswerkbegeleiding viel hij regelmatig uit. De relatie van zijn ouders was al jaren slecht. Ten tijde van de aanmelding stonden ze op het punt te scheiden. De huisarts overwoog dat de slechte gezinssituatie de verklaring voor de problemen zou kunnen zijn, maar sloot niet uit dat er sprake was van ADHD. Alex werd verwezen naar de GGZ. Omdat daar een wachtlijst van een jaar was, regelde de moeder dat Alex terecht kon bij de Bascule.

Behandeling met ADHD-medicatie

Op de AVL-mentor scoorde Alex alleen voor aandacht subklinisch. Uit de AVL-ouders bleken geen aanwijzingen voor ADHD. Op de CBCL scoorde Alex subklinisch voor angst, depressie, teruggetrokkenheid en aandachtsproblemen, en op de TRF klinisch voor ODD en subklinisch voor depressie.

Uit psychologisch en neuropsychologisch onderzoek van de Bascule bleek dat het IQ 106 was (totaal verbaal 110, totaal perfoormaal 99). Alex had een trage verwerkingssnelheid. Het geheugen bij eenvoudige taken was goed, maar bij moeilijke taken zwak. De fijne motoriek,

vooral van de linkerhand, was slecht. Ook planning en automatisering waren zwak. De motivatie en het zelfbeeld waren slecht.

"Er waren dus nog geen echt harde bewijzen voor ADHD", aldus Vink. "Maar de zwakke executieve functies waren voor ons toch wel een aanwijzing. Omdat ook de moeder aandrang op medicamenteuze behandeling hebben we Alex na het tekenen van *informed consent* ingesteld op ADHD-medicatie, en we zagen een opvallende verbetering in zijn functioneren. Zijn schoolprestaties gingen met sprongen vooruit, en het zelfbeeld en de motivatie namen toe. Uit een dubbelblinde cross-over trial bleek dat er inderdaad een dosisafhankelijk effect van de ADHD-medicatie was."

Vragenlijsten

Aan de hand van deze casusbeschrijving kwam Vink tot de stelling: Als bij een patiënt met leerstoornis de diagnose ADHD nog niet hard is, maar er zijn wel aanwijzingen voor ADHD, dan zou de behandelaar een behandeling met ADHD-medicatie wel kunnen overwegen. Vink voerde aan dat leerstoornis een veel voorkomende comorbiditeit is bij ADHD. Van de kinderen met ADHD is 25% dyslectisch, en omgekeerd heeft van de kinderen met dyslexie 25% ADHD.

In het geval van de casus van Alex waren de ontwikkelingsanamnese en de familieanamnese blanco, maar in veel andere gevallen kan door het uitvragen van druk gedrag, concentratieproblemen, leer- en alcoholproblemen meer duidelijkheid verkregen worden.

Voor het in kaart brengen van de functionele problemen bij ADHD is de Nederlandstalige versie van de *Weiss Functional Impairment Rating Scale Parent Report* (WFIRS-P) beschikbaar. De WFIRS-P wordt ge-

bruikt om de mate van verminderd functioneren te evalueren binnen de domeinen: gezin, leren en school, levensvaardigheden, zelfbeeld van het kind, sociale activiteiten, en riskante activiteiten. De WFIRS-P onderscheidt zich van andere meetschalen in die zin dat niet alleen de

symptomen worden beoordeeld maar ook de mate waarin gedrag of emotionele problemen impact hebben op verscheidene relevante domeinen van functioneren. Ook voor het bepalen van het executief functioneren is een vragenlijst beschikbaar, de 'brief'.

De omgeving van het kind met ADHD

ADHD is een veel voorkomende complexe neuropsychiatrische aandoening die de ontwikkeling beïnvloedt. Deze ontwikkeling speelt zich af in verscheidene contexten. Dat vraagt om denken over niet alleen het kind zelf, maar ook over de omgevingen. De complexiteit van diagnostiek en behandeling vereist naast inhoudelijke ook methodische expertise.

Bij ADHD is het vermogen verminderd om het gedrag te kunnen remmen en te wachten met reageren. "De aandoening leidt zo tot regel- en rijpingsproblemen", zegt kinder- en jeugdpsychiater Michiel Noordzij, die een vrijgevestigde praktijk drijft in Warmond. Hij is gespecialiseerd in het werken met ADHD-patiënten. "Tot de bekende comorbiditeiten behoren gedragsstoornis bij 50% van de kinderen, depressie bij 40%, angststoornis bij 30% en dwangmatig gedrag bij 20%."

De neuropsychiatrische aspecten dragen bij tot de prognose gedurende de levensloop. Naar schatting blijft 85 tot 90% van de patiënten functioneel aangedaan. De Amerikaanse psycholoog en ADHD-autoriteit Russell Barkley stelt dat mensen uit de DSM IV-criteria kunnen groeien, maar niet uit de aandoening. De patiënten worden gekenmerkt door een vertraagde rijping van de executieve functies.

Invloeden van omgeving

Naast de neuropsychiatrische aspecten zijn de contexten van het ADHD-kind van belang, aldus Noordzij: "Geen kind leeft alleen. Er zijn invloeden in het eerste milieu, waar al of niet een broer of zus ook ADHD heeft. Het komt ook veel voor dat een of beide ouders eveneens ADHD-symptomen hebben. In het tweede milieu speelt de vraag of de school toegerust is voor een goede begeleiding van ADHD-leerlingen. En in het derde milieu kan bijvoorbeeld de trainer van het voetbalteam al of niet begrip hebben voor, en omgaan met, een ADHD'er. Adequate diagnostiek en behandeling van ADHD geschiedt vanuit een neuropsychiatrisch format, maar houdt steeds rekening met beïnvloedingen in de drie milieus. Het management van de aandoening blijft niet beperkt tot de spreekkamer."

Als de ADHD'er in de adolescentieperiode komt, ontstaan vaak problemen met het loslaten door de ouders. De adolescent heeft een autonomiebehoefte. Met het oog op de bij ADHD gestoorde executieve functies zullen ouders vaak geneigd zijn hun kind langer vast te houden. Het ligt voor de hand dat dit tot spanningen in het gezin kan leiden. De wederzijdse beïnvloedingen tussen het kind met een neuropsychiatrische aandoening en zijn leefomgevingen dragen uiteraard bij aan de ontwikkeling van het kind. Daarbij speelt onder andere de vraag of de scheefgang van de ontwikkeling goed herkend wordt, en of het kind adequaat behandeld wordt.



Consequenties voor levensloop

Uit studies naar de levensloop van ADHD-patiënten blijkt dat in de schooltijd 50 tot 70% matige relaties met leeftijdsgenoten heeft, en 25 tot 45% antisociaal gedrag ontwikkelt. Er is een verhoogd risico van conflicten met ouders en gezinsstress, en patiënten hebben vaker dan gezonde leeftijdsgenoten angst- en stemmingsproblemen. Ruim eenderde van de patiënten heeft op school extra ondersteuning nodig, ruwweg de helft heeft een leerstoornis, en bijna eenderde maakt het middelbaar onderwijs niet af.

Als de patiënten volwassen worden, krijgen ze vaker ongeschoold werk dan gezonde controlepersonen. Ze hebben een hoger werkloosheidsrisico (in een Duitse studie uit 2008 22 versus 7% in de controlegroep), ze hebben meer werkverzuim, en ze worden vaker ontslagen. Ook zijn ze vaker (60 versus 17%) betrokken bij verkeersongelukken.

Organisatie van zorg aanpassen

ADHD vraagt om een systeempsiatrische aanpak, aldus Noordzij: "Maar adequate behandeling dreigt te stuiten op het probleem van de grote aantallen patiënten, met uiteenlopende kenmerken van de aandoening. De werkopdracht voor de behandelomgeving is het vinden van een combinatie tussen grote aantallen en individuele complexiteit. Dat vereist aanpassing van de organisatie van de zorg. We moeten streven naar een vraaggestuurd zorgstelsel waarin de cliënt en zijn omgeving centraal staan."

Voor de instituten die met 'bulk' te maken hebben, zoals RIAGG's en praktijken van kinderartsen, moeten veel aandacht besteden aan de organisatie van hun zorgproces. Daarnaast is een goede relatie vereist met ketenpartners, naar wie moeilijke patiënten kunnen worden doorverwezen. Er moet meer aandacht komen voor coaching van medewerkers in de periferie, die vaak met een minimale opleiding belast zijn met de dagelijkse zorg voor de patiënten. Noordzij: "Een systeempsiatrische aanpak van ADHD vraagt om een benadering die verder gaat dan *evidence-based medicine*. Die is aanbodgericht en biedt schijnzekerheid. We kunnen ons niet meer permitteren om niet verder te denken dan de spreekkamer."

Kwaliteit van leven bij ADHD

Quality of Life betreft in essentie het subjectieve algemeen welbevinden van een individu: de mate van zelfvervulling en tevredenheid met de eigen leefomstandigheden. Meting van *Quality of Life* is vooralsnog onzuiver. Er is een aanzienlijke en verstorende overlap met het concept functionele stoornis en zelfs met de symptomen van ADHD. Verreweg de meeste studies zijn gedaan met vragenlijsten die door de ouders van patiënten zijn beantwoord. Het effect van medicamenteuze behandeling van ADHD is een verbetering van de *Quality of Life* met ongeveer een halve standaarddeviatie.



In de medische literatuur over ADHD wordt in toenemende mate aandacht geschonken aan het concept kwaliteit van leven. "Ook in behandelprotocollen wordt *Quality of Life* (QoL) steeds meer als een soort sluitsteen opgevoerd", zegt prof. Marina Danckaerts (Katholieke Universiteit Leuven). "Er wordt mijns inziens te vaak met de vlag van QoL gezwaaid zonder dat duidelijk is wat de levenskwaliteit van ADHD-patiënten nu eigenlijk betekent. In principe is er veel voor te zeggen dat de QoL moet worden beschouwd als de gouden standaard voor de beoordeling van alle zorginspanning. Maar dat vereist wel een valide bepaling van de QoL van de patiënt in het heden, en een goede inschatting van het effect van een behandeling op de QoL in de toekomst. In de medische literatuur worden meer dan vijftig verschillende vragenlijsten beschreven om de QoL vast te stellen bij kinderen en jongeren."

Kwaliteit van leven versus functionele stoornis

Het concept QoL overlapt ten dele met het concept functionele stoornis, hoewel dit laatste concept veel objectiever is, althans kan worden bepaald ten opzichte van een objectieve norm. Danckaerts: "Als we een kind vragen of het zelf vindt dat het op school goed gaat, dan vragen we naar QoL. Maar als we vragen of de schoolprestaties conform de intellectuele capaciteiten zijn, dan meten we functionele stoornis. Als we vragen of een kind in zijn activiteiten wordt belemmerd door een handicap, dan is dat vragen naar functionele stoornis. De vraag of een kind zich daar ongelukkig bij voelt, is een vraag naar de QoL."

Een ander probleem dat Danckaerts noemt, is de kwestie wie ondervraagd moet worden om de QoL van een kind vast te stellen. Een kind weet vanzelfsprekend zelf het best hoe het zich voelt. Maar kinderen zijn soms niet gemotiveerd om lange vragenlijsten in te vullen, zeker als het om ADHD-patiënten gaat. Ook zijn kinderen misschien meer dan volwassenen geneigd om sociaal gewenste antwoorden te geven. De ouders daarentegen zullen geneigd zijn hun eigen oordeel in de mond van het kind te leggen, en zich veel meer dan het kind zelf bezig te houden met toekomstige gevolgen van de huidige omstandigheden van het kind.

Vooral psychosociaal functioneren aangedaan

De bij studies naar ADHD en QoL meest gebruikte vragenlijsten zijn de

CHQ – 50 items, de CHIP-CE – 76 items, de PedsQL – 23 items, en de EQ-5D – 'brief'. In verreweg de meeste studies zijn de vragenlijsten beantwoord door de ouders. De belangrijkste uitkomst van de CHQ-studies bij ouders is dat de kinderen op de schalen voor psychosociaal lijden gemiddeld 1,5 tot 2 SD onder de norm scoren. Dat is dus klinisch zeer significant. Op de fysieke schalen wordt in de meeste studies geen impact van ADHD op QoL vastgesteld. Kinderen met ADHD beschouwen zelf hun kwaliteit van leven echter niet verschillend van die van hun leeftijdsgenoten.

In de studies met door ouders beantwoorde vragenlijsten is geen verschil gevonden in de psychosociale stoornis door ADHD voor jongens en meisjes. De QoL-effecten zijn het grootst bij gecombineerde ADHD en de onaanachtige subgroep. Hyperactiviteit en impulsiviteit hebben minder invloed op de QoL. Voor ouders weegt vooral de impact op het familiaal functioneren en op de leervorderingen zwaar.

In studies waarin de effecten op de QoL van ADHD werden vergeleken met die van andere aandoeningen, is vastgesteld dat ADHD volgens de ouders een grotere psychosociale impact heeft dan astma en sikkelcelanemie, en een even grote impact als kanker en *cerebral palsy*. In vergelijking met een depressieve stoornis heeft ADHD meer impact op gedrag, familieactiviteiten en beslag op tijd van de ouders.

QoL-effecten van ADHD-behandeling

Effecten van behandeling van ADHD op de QoL zijn alleen bepaald in studies waarin ouders de vragenlijsten invulden. In de meeste van deze studies werd behandeld met atomoxetine (Strattera[®]) versus placebo; recent zijn ook enkele studies met methylfenidaat (Concerta[®], Ritalin[®]) gepubliceerd. De algemene conclusie uit studies waarin *effect size* van de behandeling werd onderzocht, luidt dat behandeling leidt tot verbetering van de QoL met ongeveer een halve SD. Daarmee blijven de patiënten overigens wel lager scoren dan de norm.

De grootteorde van effecten van behandeling op de QoL is dus kleiner dan de symptoomreductie. Er is echter nog weinig zicht op de weging van het relatief belang van deze differentiële effecten voor de patiënt. QoL is een belangrijke maatstaf voor het meten van ziekte- en zorgimpact. Een beter instrumentarium dient gehanteerd te worden om overlap met symptomen en functionele weerslag te vermijden.

ADHD bij volwassenen

De prevalentie van ADHD bij volwassenen bedraagt 3-5%. Slechts bij 10% van de volwassenen die als kind ADHD had, treedt functionele remissie op. De patiënten hebben veel comorbide stoornissen, die afnemen als de ADHD adequaat behandeld wordt. Psychiater Sandra Kooij pleit voor een levensloop-poli voor ADHD.

“Tot voor kort werd gedacht dat ADHD verdwijnt als de patiënten ouder worden”, zegt psychiater Sandra Kooij, die bij PsyQ Haaglanden leiding geeft aan het Programma & Kenniscentrum ADHD bij volwassenen. “De prevalentie bij volwassenen loopt echter in verschillende studies uiteen van 3 tot 5%, en verschilt dus niet veel van die bij kinderen. De ernst van de ADHD-klachten neemt wel af als de patiënten ouder worden, maar die afname is niet groot. Uit een Amerikaanse studie bleek dat bij het volwassen worden 60% van de patiënten in syndromale remissie raakt. Symptomatische remissie werd vastgesteld bij 30% van de volwassenen die als kind ADHD hadden, en functionele remissie bij slechts 10%. Het functioneren van ADHD-patiënten blijft dus bij 90% beneden de maat. Dat heeft consequenties voor wat wij als behandelaars aan onze patiënten kunnen vertellen over hun kans om over de aandoening heen te groeien.”

Stellen van de diagnose

Volgens Kooij dient het afkappunt bij het stellen van de diagnose ADHD bij volwassenen lager te liggen dan in de kindertijd, namelijk bij aanwezigheid van vier van de negen huidige DSM-IV-symptomen. Een van de criteria voor kinderen is in bomen klimmen. Dat doen volwassenen over het algemeen niet. Ze gaan soms vanwege hyperactiviteit wel vijfmaal in de week naar de sportschool, maar dat wordt in de DSM niet als criterium genoemd. Volwassen patiënten hebben problemen met functioneren op het werk, op tijd op afspraken verschijnen, of het bijhouden van de administratie.

In de ultrakorte screening van PsyQ voor ADHD bij volwassenen wordt gevraagd of de patiënt doorgaans onrustig, snel afgeleid of chaotisch is, en of hij/zij doorgaans handelt voordat hij/zij nadenkt. Als het antwoord op een van deze vragen bevestigend luidt, dan is de vervolgvraag “hebt u dat altijd al gehad?” Daarmee wordt ADHD onderscheiden van andere stoornissen die episodisch zijn of later in het leven beginnen. Als een patiënt positief uit de screening komt, dan wordt de bij PsyQ ontwikkelde DIVA (diagnostisch interview voor ADHD) afgenomen.

Verstoord slaapritme

Naast de bekende symptomen aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsiviteit zijn volgens Kooij ook prikkelbaarheid en stemmingswisselingen (vier- tot vijfmaal per dag), en *binge eating* kernsymptomen van ADHD bij 80 tot 90% van de volwassen patiënten. De hoge frequentie van *binge eating* zou kunnen samenhangen met timingsproblemen bij ADHD vanwege de verlate slaapfase. Kooij: “De eetlust komt bij veel patiënten niet driemaal per dag. Ze slaan bijna allemaal



het ontbijt en vaak ook nog de lunch over. Dat kan leiden tot vreetbuien later op de dag en tot overgewicht, iets wat geassocieerd blijkt met ADHD.”

De groep van Kooij heeft verstoring van het slaapritme bij ADHD onderzocht. De *Dim Light Melatonin Onset* (DLMO), het tijdstip waarop de melatonineconcentratie in het bloed begint toe te nemen, ligt bij gezonde volwassenen rond 21.30 uur. Bij volwassen ADHD-patiënten komt de DLMO gemiddeld 83 minuten later. Ze hebben moeite met op tijd naar bed gaan (78%), in slaap vallen (70%), ‘s nachts door te slapen (50%), en op tijd op te staan (70%), zodat 62% klaagt over slaperigheid overdag.

Comorbiditeit vermindert bij behandeling ADHD

Tot de overige veel voorkomende comorbiditeit bij volwassen ADHD'ers behoort depressie (20-55%), bipolaire stoornis (10%), angststoornis (20-30%), en cluster B-persoonlijkheidsstoornis (6-25%). Bij volwassen ADHD-patiënten is het risico op een comorbide stoornis een factor drie hoger dan in de algemene bevolking. En als de ADHD in remissie is, dan daalt ook het risico op de comorbide stoornis. ADHD lijkt dus als een risicofactor voor chroniciteit van andere psychiatrische stoornissen te functioneren. In de praktijk stoppen bijna alle adolescenten ADHD'ers echter na enige jaren de behandeling. Een subgroep van de volwassen ADHD'ers ontspoord en komt terecht in de verslavingszorg of de forensische psychiatrie, met toegenomen beperkingen en schade.

Levensloop-poli voor ADHD

De oplossing voor dit probleem, zoals die Kooij voor ogen staat, is betere begeleiding van de patiënten: “Dat vereist wel een grondige reorganisatie van de ADHD-zorg. We kunnen het niet aan de huisarts overlaten. Die heeft vaak niet voldoende ervaring, en zeker niet genoeg tijd. En als hij de patiënt verwijst, dan kan die achteraan aansluiten in de wachtrij bij de GGZ. Het zou ideaal zijn als we tot een levensloop-poli voor ADHD zouden kunnen komen. Voor alle leeftijden, inclusief grootouders. Waar de patiënten niet op hun achttiende verjaardag over moeten stappen naar een andere therapeut, maar een passend aanbod van zorg krijgen voor een levenslange stoornis, inclusief een betere follow-up bij uitval uit de behandeling. Ik zie wel dat er veel barrières zijn, maar daar moeten we ons niet door laten ontmoedigen.”

Nieuwe rollen voor zorgverzekeraar

De gedachte achter de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 was dat de zorgverzekeraars meer risico gaan dragen, en zo de zorgaanbieders zullen prikkelen op de kosten te letten. Het aantal rollen voor de zorgverzekeraars is uitgebreid. De verzekeraars streven naar meer transparantie in het veld van de GGZ.

Het beheersen van de kosten was het belangrijkste doel van het in 2006 geïntroduceerde nieuwe zorgstelsel. De achterliggende gedachte is dat de verzekeraars meer risico gaan dragen, en daarom geneigd zullen zijn de zorgaanbieder te prikkelen om op de kosten te letten. Organisatieadviseur Paul van den Broek, verbonden aan BS Health Consultancy in Haarlem, gaf in zijn presentatie tijdens de nascholing een overzicht van de geldstromen in de Nederlandse gezondheidszorg. De inkomsten van de zorgverzekeraars zijn voor ongeveer 45% afkomstig uit de premies van de verzekerden. De rest komt via de belastingen en de bijdragen van werkgevers uit het Zorgverzekeringsfonds van het College voor Zorgverzekeringen. Hierbij wordt het risicovereeningssysteem gehanteerd, waardoor de verzekeraar gecompenseerd wordt voor het accepteren van patiënten met een slecht risico. De verzekeraar mag dus geen premie-differentiatie op basis van gezondheid toepassen. Een verzekeraar die veel chronisch zieken onder zijn cliënten heeft, krijgt een relatief hoge bijdrage van het CvZ.

Verschillende verdeelmodellen

Het verdeelmodel voor de bijdragen uit het Zorgverzekeringsfonds voor de somatische zorg is anders dan dat voor de geneeskundige GGZ. Het model dat in 2009 werd gehanteerd voor somatische ADHD-zorg impliceerde dat de verzekeraar voor een ADHD'er die meer dan 181 dagen medicatie gebruikte 506 euro per jaar ontving. Per 1 januari 2010 is de risicovereeniging voor de somatische ADHD-zorg echter gewijzigd. De verzekeraar ontvangt geen vergoeding meer voor het gebruik van ADHD-geneesmiddelen. "De risicovereeniging voor geneesmiddelengebruik (de zogenoemde Farmaceutische Kosten Groepen; FKG's) wordt iedere twee jaar geëvalueerd", zegt Van den Broek. "Het is wellicht nuttig als belanghebbenden een gezamenlijke lobby opzetten om de ADHD-medicatie voor somatische zorg terug te krijgen in de risicovereeniging."

Er geldt nog wel een vereveningsbijdrage voor ADHD-medicatie in de geneeskundige GGZ. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder die in het voorafgaande jaar meer dan 181 dagen medicatie gebruikten, ontvangt de verzekeraar volgens dit verdeelmodel 748 euro per jaar. Voor verzekerden die geen medicatie gebruikten (= FKG 0) betaalt hij 34 euro per jaar aan de centrale kas.

Omdat het ex ante verdelingsmodel voor de curatieve GGZ nog niet voldoende uitgebalanceerd is, worden achteraf-compensatiemechanismen (ex post) gehanteerd. Voor de gerealiseerde GGZ-kosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar bedraagt de compensatie 100%. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder gelden verschillende regelingen voor individuele verzekerden met zeer hoge schade, waaronder bandbreedteregeling.



Paul van den Broek, organisatieadviseur

Consolidatie in de zorgverzekeringsmarkt

Met de invoering van het nieuwe stelsel is de rol van de zorgverzekeraar uitgebreid. Voor 2006 was de verzekeraar voornamelijk administratief bezig, met polissen, premies en schadelastbeheer. Nu vervult de verzekeraar ook de rol van regisseur, zorginkoper, zorgbemiddelaar en kwaliteitsbewaker. Deze uitbreiding van het takenpakket leidde tot aanzienlijke consolidatie. Nederland kent nog slechts tien zorgverzekeraars, waarvan de vier grootste tezamen bijna 90% van de verzekerdenmarkt in handen hebben.

Van den Broek: "Van elke euro die binnenkomt besteden verzekeraars ongeveer vijf cent aan het in stand houden van hun eigen organisatie. Op dit punt is de afgelopen jaren veel efficiëntieverbetering doorgevoerd door automatisering. Na concurrentie op prijs en service in de afgelopen drie jaar, proberen verzekeraars zich nu te onderscheiden door slimme zorginkoop."

Schadeherstelbedrijf

Over de ontwikkelingen op de markt voor GGZ zijn veel minder gegevens beschikbaar dan over die in de somatische zorg. Voor een goede inkoop van GGZ hebben de verzekeraars die informatie wel nodig. De verzekeraars proberen het veld transparant te maken door zorgaanbieders te vragen gegevens te leveren aan het Kenniscentrum Zorg Nederland, waar de zorgverzekeraars aandeelhouders van zijn. Van den Broek: "Zo kunnen de verzekeraars bijvoorbeeld vaststellen dat zorgaanbieder A vijf consulten doet voor aandoening X, en zorgaanbieder B drie consulten. Uiteindelijk kunnen ze zo de meest efficiënte zorgaanbieder selecteren. De zorgaanbieders moeten ervoor oppassen zo niet een soort schadeherstelbedrijf van de zorgverzekeraar te worden. Het inzicht van de verzekeraars in de markt is nog marginaal, maar langzaam aan komen er ook voor de GGZ vergelijkingsites en onderzoeken op het gebied van de kwaliteit."



Verkorte productinformatie STRATTERA®

Naam en farmaceutische vorm: STRATTERA 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg of 80 mg harde capsules.
Samenstelling: Elke capsule bevat de werkzame stof atomoxetine hydrochloride overeenkomend met 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg of 80 mg atomoxetine. **Farmaco-therapeutische categorie:** Centraal werkende sympathicomimetica. **Farmacodynamische eigenschappen:** Strattera is een zeer selectieve en krachtige remmer van het presynaptische transport-eiwit voor noradrenaline. Strattera is geen psychostimulantium en het is geen amfetamine-derivaat. **Indicaties:** Behandeling van aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (Attention-Deficit /Hyper-activity Disorder, ADHD) bij kinderen van 6 jaar en ouder en bij adolescenten als onderdeel van een breed behandelprogramma. De behandeling moet worden gestart door een medisch specialist in de behandeling van ADHD. **Dosering en wijze van toediening:** Strattera kan eenmaal daags 's ochtends met of zonder voedsel worden ingenomen. **Dosering bij kinderen / adolescenten tot 70 kg:** minimaal 7 dagen een start-dosering van ongeveer 0,5 mg/kg/dag. De aanbevolen onderhoudsdosis is ongeveer 1,2 mg/kg/dag. **Dosering bij kinderen/adolescenten boven 70 kg:** minimaal 7 dagen een startdosering van 40 mg/dag. De aanbevolen onderhoudsdosering is 80 mg/dag. Bij adolescenten bij wie een duidelijk voordeel van de behandeling is aangetoond, kan de behandeling op volwassen leeftijd voortgezet worden. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor Strattera of voor (één van) de hulp-stoffen. In combinatie met monoamineoxidaseremmers (MAO-remmers). Binnen 2 weken na het staken van een MAO-remmer. MAO-remmers niet starten binnen 2 weken na het staken van Strattera. Nauwekamerhoekglaucom. **Waarschuwingen:** Suïcidaal gedrag (zelfmoordpogingen en zelfmoord-gedachten) is gemeld. In klinische studies werden vijandigheid (voornamelijk agressie, oppositioneel gedrag en woede) en emotionele labiliteit vaker waargenomen bij kinderen en adolescenten die behandeld werden met Strattera dan bij degenen die behandeld werden met placebo. Patiënten dienen strikt gecontroleerd te worden op het optreden van verergeren van agressief gedrag, vijandigheid of emotionele labiliteit. Allergische reacties zijn gemeld. Plotselinge dood is gemeld bij kinderen en adolescenten met structurele hartafwijkingen die gebruikelijke doses atomoxetine innamen. Polsfrequentie en bloeddruk moeten periodiek worden gemeten. Strattera met voorzichtigheid gebruiken bij patiënten met hypertensie, tachycardie of cardiovasculaire of cerebro-vasculaire aandoeningen. Orthostatische hypotensie is gemeld. Strattera met voorzichtigheid gebruiken bij predispositie voor hypotensie. Atomoxetine dient met voorzichtigheid te worden gebruikt bij patiënten met een aangeboren of verworven verlengd QT interval of een familiale geschiedenis van een verlengd QT interval. Zeer zelden is levertoxiciteit gemeld, wat zich manifesteert als verhoogde leverenzymwaarden en een verhoogd bilirubine met icterus. Het gebruik van Strattera staken bij patiënten met icterus of bij laboratoriumuitslagen die duiden op leverbeschadiging en niet opnieuw starten. Toevallen zijn een mogelijk risico van atomoxetine. Patiënten die langdurige behandeling nodig hebben, moeten worden gecontroleerd en zonodig de dosis verminderen of de behandeling onderbreken bij on-voldoende groei of onvoldoende gewichtstoename. Klinische gegevens duiden niet op een schadelijk effect van Strattera op cognitie of seksuele rijping. Patiënten met langetermijn-behandeling zorgvuldig controleren vanwege beperkte langetermijngegevens. Door behandeling opkomende psychotische of manische symptomen, bijvoorbeeld hallucinaties, waandenkbeelden, manie of agitatie bij kinderen en adolescenten zonder voorafgaande geschiedenis van psychotische ziekte of manie kunnen door atomoxetine veroorzaakt worden bij gebruikelijke doses. Strattera bij voorkeur niet tijdens de zwangerschap gebruiken en vermijden tijdens borstvoeding. Strattera dient niet te worden gebruikt bij patiënten jonger dan 6 jaar omdat de veiligheid en werkzaamheid niet is vastgesteld in deze leeftijdsgroep. **Interacties:** zie SPC. **Bijwerkingen:** Kinderen en adolescenten: zeer vaak (≥ 10%): verminderde eetlust, hoofdpijn, slaperigheid, pijn in abdomen, braken, misselijkheid; vaak (1-10%): anorexie, prikkelbaarheid, stemmingswisselingen, slapeloosheid, duizeligheid, obstipatie, dyspepsie, dermatitis, huiduitslag, vermoeidheid, lusteloosheid, gewichtsverlies, verhoogde bloeddruk; soms (0,1-1%): suïcidaal gedrag, agressie, vijandigheid, emotionele labiliteit, vroegtijdig 's ochtends ontwaken, syncope, tremor, migraine, mydriasis, palpities, sinus tachycardie, pruritus hyperhydrosis, allergische reacties, krachteloosheid. In placebo-gecontroleerde studies bij kinderen nam met Strattera de hartfrequentie met gemiddeld 6 slagen/minuut toe en steeg de systolische en diastolische bloeddruk gemiddeld 2 mmHg. Orthostatische hypotensie (0,2%) en syncope (0,8%) zijn gemeld. Bij patiënten die CYP2D6 traag metaboliseren (PM's) kwamen meer bijwerkingen voor dan bij patiënten die CYP2D6 snel metaboliseren (EM's). **Volwassenen:** zie SPC. **Afleverstatus:** UR. **Prijs:** Zie Z-index (taxe). **Datum revisie:** mei 2009. **Registratiehouder/informatie:** Eli Lilly Nederland BV, Grootslag 1-5, NL-3991 RA Houten, tel. 030-6025800. Zie voor meer informatie de SPC. **Referenties:** 1. SPC Strattera, September 2009. 2. KelseyDK et al, Once daily Atomoxetine Treatment for children With Attention- Deficit/ Hyperactive Disorder, Including an Assessment of Evening and Morning behaviour: A Double- Blind, Placebo Controlled Trial. Pediatrics 2004; 114(1): e1-e8. 3. Block et al. Clin Pediatr 2009;48:723-33.



COLOFON

Tekst dr Jan Blom, wetenschapspubicist (jablo@planet.nl)
Vormgeving Uitgeverij Jaap (info@uitgeverij-jaap.nl)

De foto op pagina 5 is gemaakt door prof. James M. Swanson
(University of California, Irvine)

De productie van deze brochure is mogelijk gemaakt door
financiële steun van Eli Lilly Nederland B.V.

AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT, AAN,
UIT, AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT,
AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT, AAN,
UIT, AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT,
AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT, AAN,
UIT, AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT,
AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT, AAN,
UIT, AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT,
AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT, AAN,
UIT, AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT,
AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT, AAN,
UIT, AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT,
AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT, AAN,
UIT, AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT,
AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT, AAN,
UIT, AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT,
AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT, AAN,
UIT, AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT,
AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT, AAN,
UIT, AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT,
AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT, AAN,
UIT, AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT,
AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT, AAN,
UIT, AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT,
AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT, AAN,
UIT, AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT,
AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT, AAN,
UIT, AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT,
AAN, UIT, AAN, UIT, AAN,UIT, AAN, UIT, AAN,

UIT

Strattera helpt voortdurend bij ADHD.^{1,2,3}

Er zijn twee farmacologische methoden om ADHD te behandelen:
symptomatische behandeling versus voortdurende werking. Welke kiest u?

