

Gezondheidsraad

ADHD: medicatie en maatschappij



Gezondheidsraad

ADHD: medicatie en maatschappij



Aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Onderwerp : Aanbieding advies *ADHD: medicatie en maatschappij*

Uw kenmerk : J/3132004

Ons kenmerk : I-1548/12/LC/db/012-B

Bijlagen : 1

Datum : 3 juli 2014

Geachte staatssecretarissen,

In november 2012 vroeg u de Gezondheidsraad om advies over de verbetering van de zorg voor en de participatie van jongeren met psychische klachten. In de adviesaanvraag wordt de raad gevraagd zich te buigen over twee onderwerpen: de participatie van jongeren met psychische klachten in het algemeen en de stand van wetenschap op het gebied van ADHD. De commissie die ik ter beantwoording van deze adviesaanvraag heb ingesteld heeft twee adviezen opgesteld. Het advies over de problematiek rond ADHD bied ik u hierbij aan. Op de website van de Gezondheidsraad is een bijbehorend achtergronddocument gepubliceerd waarin de literatuur over verschillende behandelmogelijkheden nader wordt geëvalueerd. Het advies over participatie van jongeren met psychische klachten ontvangt u vandaag separaat.

Het advies gaat in op de mogelijke oorzaken van de groei van het aantal kinderen en jeugdigen van vier tot achttien jaar dat vanwege aan ADHD gerelateerde problemen een beroep doet op zorg en ondersteuning. Het gaat daarbij om sociaal-maatschappelijke factoren en om (financiële) prikkels in het zorg- en onderwijsstelsel. Het toenemend gebruik van methylfenidaat, beter bekend als Ritalin, baart de commissie zorgen. De toename van het gebruik van medicatie, zorg en ondersteuning heeft geleid tot een fel debat over (de)medicalisering. Omdat dit debat niet alleen betrekking heeft op de problematiek rond ADHD, heeft de commissie een uitgebreide reflectie op (de)medicalisering in het advies over participatie opgenomen.



Onderwerp : Aanbieding advies *ADHD: medicatie en maatschappij*

Ons kenmerk : I-1548/12/LC/db/012-B

Pagina : 2

Datum : 3 juli 2014

De commissie ziet kansen om het streven naar gepaste zorg bij (kenmerken van) ADHD te stimuleren, onder meer door de ontwikkeling van een ketenzorgmodel. Daar is in twee pilots ervaring mee opgedaan. De commissie legt ook een aantal kennislacunes bloot. Zo is kennis nodig over de praktijk van de zorgverlening en over de effectiviteit van interventies om problematisch gedrag op school tegen te gaan.

Het advies is getoetst door de Beraadsgroepen Geneeskunde en Maatschappelijke gezondheidszorg. Ik onderschrijf de analyse en aanbevelingen van de commissie.

Met vriendelijke groet,

prof. dr. W.A. van Gool,
voorzitter

ADHD: medicatie en maatschappij

aan:

de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Nr. 2014/19, Den Haag, 3 juli 2014

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement ‘voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid en het gezondheids-(zorg)onderzoek’ (art. 22 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn & Sport; Infrastructuur & Milieu; Sociale Zaken & Werkgelegenheid; Economische Zaken en Onderwijs, Cultuur & Wetenschap. De raad kan ook op eigen initiatief adviezen uitbrengen, en ontwikkelingen of trends signaleren die van belang zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden als regel opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.



De Gezondheidsraad is lid van het European Science Advisory Network for Health (EuSANH), een Europees netwerk van wetenschappelijke adviesorganen.

U kunt het advies downloaden van www.gr.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. ADHD: medicatie en maatschappij. Den Haag: Gezondheidsraad, 2014; publicatienr. 2014/19.

Preferred citation:
Health Council of the Netherlands. ADHD: medication and society. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2014; publication no. 2014/19.

auteursrecht voorbehouden

all rights reserved

ISBN: 978-94-6281-004-4

Inhoud

Samenvatting 11

Executive summary 17

1 Inleiding 23

1.1 De maatschappelijke controverse over ADHD 24

2 Het verschijnsel ADHD 27

2.1 De geschiedenis van het verschijnsel ADHD 27

2.2 Het medische begrip ADHD 29

2.3 De psychosociale en gezondheidskundige gevolgen van ADHD 33

2.4 Conclusie 36

3 ADHD: wel of geen toename? 39

3.1 De toename van het medicatiegebruik voor ADHD 39

3.2 Veranderingen in het zorggebruik voor ADHD 42

3.3 De prevalentie van ADHD in de algemene bevolking 45

3.4 Individuele risicofactoren voor het ontwikkelen van ADHD 49

3.5 De rol van maatschappelijke factoren 52

3.6 Conclusie 55

4	De behandeling van jongeren met ADHD	57
4.1	Verschillende typen uitkomstmaten	57
4.2	Verschillende typen interventies	58
4.3	Medicamenteuze behandeling	59
4.4	Psychosociale interventies	61
4.5	Voeding	64
4.6	De langetermijneffectiviteit van behandelingen voor ADHD	65
4.7	De kosteneffectiviteit van behandelingen voor ADHD	66
4.8	Aanpassing van de omgeving voor drukke en ongeconcentreerde kinderen	68
4.9	Conclusie	72

5	ADHD in de praktijk	75
5.1	ADHD volgens de richtlijn en in de praktijk	75
5.2	De veranderende rol van de eerste lijn in de GGZ	82
5.3	Conclusie	88

6	Conclusies en aanbevelingen	89
6.1	De effectiviteit van behandeling en zorg	89
6.2	Invloed van beleidsmatige ontwikkelingen op de participatie	90
6.3	Aanbevelingen	92

	Literatuur	97
--	------------	----

	Bijlagen	105
A	De adviesaanvraag	107
B	De commissie	111

Samenvatting

In samenleving en politiek en onder beroepsbeoefenaren is er veel discussie over de gestage groei van het aantal jongeren met psychische problemen, waaronder ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Die groei gaat gepaard met een toenemende vraag naar zorg of hulp en een toenemend medicijngebruik. Jongeren met dergelijke klachten ervaren veel problemen in het onderwijs en op de arbeidsmarkt. Wat zijn hiervan de oorzaken en hoe kan het tij worden gekeerd? Met deze brede vraagstelling hebben de staatssecretarissen van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Sociale Zaken en Werkgelegenheid zich tot de Gezondheidsraad gewend. De bewindspersonen vragen de raad om twee deeladviezen: een over de participatie van jongeren met psychische klachten in het algemeen en een over de stand van wetenschap op het gebied van ADHD. Een speciaal daartoe geformeerde commissie van de Gezondheidsraad heeft beide deeladviezen opgesteld. Het voorliggende advies gaat over ADHD.

Maatschappelijke controverse

De discussie over ADHD richt zich vooral op het sterk toegenomen gebruik van medicijnen voor de behandeling van de stoornis, met name methylfenidaat (bekend onder diverse merknamen waaronder Ritalin). De vraag is in hoeverre die toename medisch gerechtvaardigd is. Critici stellen dat ongewenste medicalisering een belangrijke rol speelt: een probleem ten onrechte als medische kwestie definiëren en navenant behandelen, al dan niet met medicijnen. Demedicalise-

ring zou dan aangewezen zijn: oplossingen buiten het medische domein zoeken. De commissie stelt vast dat (de)medicalisering een beladen begrip is met uiteenlopende interpretaties en diverse normatieve elementen. Zij hanteert in dit verband liever de notie ‘gepaste zorg’.

Het debat gaat ook over mogelijke oorzaken van het groeiend aantal jongeren die vanwege ADHD in het hulpcircuit terecht komen. De commissie signaleert maatschappelijke ontwikkelingen die deze groei hoogstwaarschijnlijk in de hand hebben gewerkt. Zo is er de toegenomen prestatiedruk. Kinderen en jongeren die minder dan gemiddeld presteren, lijken eerder problemen in het functioneren te ervaren. Ook lijkt de bandbreedte van wat als ‘normaal’ wordt beschouwd versmald: afwijkingen van het gemiddelde lijken steeds minder te worden getoleerd. Dit geldt ook voor (hyper)actief, impulsief en ongeconcentreerd gedrag. Het zorg- en onderwijsstelsel heeft met name bijgedragen aan de groei door de introductie van financiële prikkels voor scholen, ouders en behandelaars om aan te sturen op een formele diagnose.

Toename van de hulpvraag nader geanalyseerd

Wat is de prevalentie van ADHD bij kinderen en jeugdigen en in hoeverre is er sprake van een toename? De commissie heeft vastgesteld dat het antwoord op de eerste vraag afhangt van de toegepaste diagnostische classificatiesystematiek, van de daarbij gebruikte bronnen (deskundigen, ouders, kinderen of docenten) en de weging in het epidemiologisch onderzoek van diagnostische criteria zoals disfunctioneren. Dat criterium van disfunctioneren (de mate waarin kinderen problemen ervaren op school en in het gezin) wordt in veel onderzoek niet of onvoldoende meegewogen. Kinderen die slechts ADHD kenmerken vertonen maar eigenlijk niet voldoen aan de criteria voor een klinische diagnose kunnen dan ook worden meegeteld, waardoor de prevalentie hoger uitvalt. De commissie hecht veel belang aan het criterium van disfunctioneren en schat daarom in dat de gemiddelde prevalentie onder kinderen van vier tot achttien jaar lager is dan de gemiddelde vijf procent die volgt uit onderzoek op basis van DSM criteria. Ook als wordt uitgegaan van een alternatief maar minder gebruikt classificatiesysteem, de ICD-10, valt de prevalentie lager uit dan de op de DSM gebaseerde prevalentieschattingen. Uit Nederlands en internationaal onderzoek komen geen aanwijzingen naar voren dat de prevalentie van ADHD toeneemt. Dat viel volgens de commissie ook niet te verwachten op basis van de min of meer constant gebleven genetische factoren en fysieke omgevingsfactoren.

Zo'n toename heeft zich wel voorgedaan bij het aantal voorschriften voor methylfenidaat. Van 2003 tot 2013 verviervoudigde dat aantal bij kinderen van vier tot achttien jaar. In 2013 gebruikte bijna 4,5 procent van de vier tot en met achttien jarigen methylfenidaat. Ook kwamen in 2011 ongeveer twee maal zo veel kinderen met ADHD-achtige problemen bij de huisarts als in 2002. Voor de specialistische zorg in de tweede lijn zijn de ontwikkelingen pas vanaf 2008 te volgen. Tot 2011 steeg het aantal afgesloten DBC's voor ADHD daar met ongeveer een derde. Kortom, bij een min of meer gelijkblijvende prevalentie blijken de hulpvraag en de verschillende vormen van hulpverlening sterk te zijn toegenomen.

Dit alles roept de vraag op of er sprake is van overbehandeling. De commissie meent dat die conclusie niet valt te trekken. Enerzijds ligt het medicatie- en zorggebruik grofweg rond het gemiddelde prevalentiecijfer gebaseerd op DSM onderzoek. Anderzijds is duidelijk dat een schatting van de prevalentie op basis van de ICD-10 of op basis van strikter DSM onderzoek lager zou uitvallen. Bovendien zijn niet alle kinderen die voldoen aan de tot op zekere hoogte subjectieve criteria voor ADHD, zonder meer gebaat bij een formele diagnose en een medicamenteuze behandeling. De snelle groei van het aantal medicatievoorschriften baart de commissie dan ook zorgen.

Behandel mogelijkheden op bewijskracht beoordeeld

Bij de beoordeling van de effectiviteit van behandel mogelijkheden, waaronder medicatie, diverse psychosociale behandelingen en voedingsinterventies, heeft de commissie gekeken naar kortetermijn- en langetermijntuitkomsten. De eerste categorie betreft ondermeer de kernsymptomen van ADHD: aandachtszwakte, hyperactiviteit en impulsiviteit. De commissie hecht naast de effecten op kernsymptomen veel waarde aan uitkomstmaten die iets zeggen over het algemeen functioneren, zoals interacties binnen het gezin, omgang met leeftijdgenoten, leerprestaties en kwaliteit van leven. Bij langetermijntuitkomsten gaat het om zaken als het voltooien van een opleiding, het vinden en behouden van werk en het ontwikkelen van persoonlijke relaties. Waar mogelijk heeft de commissie de effectiviteit van de diverse interventies beoordeeld volgens een in de sociale wetenschappen gebruikelijke indeling in effectgrootte: klein, middelmatig of groot. In een achtergronddocument bij dit advies staat een uitvoerige verantwoording.

Het effect van medicamenteuze behandeling op kernsymptomen van ADHD is op korte termijn het grootst. Deze behandeling is echter niet probleemloos. Zo zijn er bijwerkingen, waaronder slaapproblemen, nervositeit en hoofdpijn, en is de veiligheid op lange termijn niet afdoende bekend. Bovendien is onbewezen of belangrijke afgeleide uitkomstmaten, met name schoolprestaties, er gunstig door worden beïnvloed. De effectiviteit op lange termijn is evenmin aangetoond. Naar het oordeel van de commissie betekent ‘gepaste zorg’ niet zonder meer dat (uitsluitend) medicamenteuze behandeling aangewezen is.

Voor mediatietherapie (ouder- of leerkrachttraining) is de bewijskracht met betrekking tot de kernsymptomen van ADHD minder groot. Bij andere uitkomstmaten, zoals symptomen van ODD (Oppositional Defiant Disorder: oppositio-neel-opstandige gedragsstoornis) en van sociaal gedrag, benadert de effectiviteit van mediatietherapie die van medicamenteuze behandeling. De combinatie van deze beide interventies maakt wellicht een lagere medicatiedosering mogelijk, zonder verlies van effectiviteit. Of mediatietherapie op lange termijn positief uitpakt is niet bekend.

Gepaste zorg in de praktijk

Het schort aan goede gegevens over de praktijk van signalering, diagnostiek en behandeling van kinderen en jongeren met ADHD. Duidelijk is dat de problemen vaak op school gesignaleerd worden, maar hoe de doorverwijzing verloopt is minder duidelijk. Ook is bijvoorbeeld weinig bekend over de naleving van de bestaande richtlijnen voor ADHD. Bijgevolg is het lastig na te gaan in hoeverre de feitelijke zorgverlening gepast is, dat wil zeggen in de benodigde hulp voorziet zonder inzet van te zware middelen. Naar het oordeel van de commissie kan de ontwikkeling van ketenzorgprogramma's met een sleutelrol voor de huisartsenpraktijk hier houvast bieden. In lokale projecten wordt met zulke programma's inmiddels ervaring opgedaan.

Hoe verder? Enkele aanbevelingen

De commissie heeft nogal wat kennislacunes geïdentificeerd. Op elk van die terreinen is naar haar opvatting nader onderzoek nodig. Het gaat om onderzoek naar:

- de praktijk van de zorgverlening en het naleven van richtlijnen
 - effecten van maatschappelijke factoren waaronder de effecten van de komende stelselwijzigingen jeugd
-

- de effectiviteit van interventies om problematisch gedrag op school tegen te gaan: welke aanpassingen van de omgeving op school kunnen een basis vormen voor meer intensieve interventies voor specifieke groepen kinderen?

Onder verwijzing naar haar advies over de participatieproblematiek, benadrukt de commissie dat onderzoek en zorg voor kinderen met ADHD meer gericht zou moeten zijn op de bevordering van maatschappelijke participatie. De hulpvraag die kinderen en hun ouders formuleren vraagt om een dergelijk perspectief. Verder beveelt de commissie aan een ketenzorgmodel op te zetten en te evalueren, waarin niet zozeer de criteria voor ADHD centraal staan, maar de vraag of kinderen problemen hebben. Binnen dat zorgmodel moet onder meer gekeken worden naar de samenwerking tussen de verschillende beroepsbeoefenaren en naar de faciliterende rol die de overheid kan vervullen bij het wegnemen van belemmeringen in de zorgverlening. Ten slotte is het volgens de commissie ook belangrijk om te investeren in maatschappelijke initiatieven, zoals ondersteuningsnetwerken voor ouders en voorlichtingsprogramma's voor ouders en leraren.

Executive summary

Health Council of the Netherlands. ADHD: medication and society. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2014; publication no. 2014/19

There is a widespread debate in social and political circles, and among professional practitioners, about the steady growth in the number of young people with mental health problems, including ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). This growth is accompanied by an increasing demand for care or assistance, and by increasing medication use. Young people with symptoms of this kind encounter many problems in education and in the labour market. What are the underlying causes of this problem, and how can the tide be turned? The State Secretaries for Health, Welfare and Sport and for Social Affairs and Employment have submitted this broad-based question to the Health Council of the Netherlands. These government officials have requested two partial advisory reports from the Council: one on participation by young people with mental health problems in general, and one concerning the current level of knowledge in the field of ADHD. Both partial advisory reports were drawn up by a Health Council committee specially appointed for the purpose. The present advisory report concerns ADHD.

Social controversy

The debate about ADHD focuses primarily on the greatly increased use of medication to treat the disorder, especially methylphenidate (which is sold under a variety of brand names, including Ritalin). The question is, to what extent is this increased use medically justified? Critics claim that undesirable

medicalisation plays an important part in this: a problem is wrongly defined as a medical issue, then treated accordingly, for example through the use of medicinal products. The obvious course of action in such cases is demedicalisation – seeking solutions outside the medical domain. The Committee has determined that medicalisation (and demedicalisation) is a loaded term, with a wide range of interpretations and a range of normative elements. In this connection, it prefers to use the concept of “appropriate care”.

The debate also touches on possible causes for the growth in the number of young people who, as a result of their ADHD, end up in the care circuit. The Committee calls attention to various social developments that have very likely paved the way for this growth. For instance, there is the increased pressure to perform. Children and young people whose performance is below average seem more likely to encounter performance problems. It also seems that the bandwidth of what is considered to be “normal” has narrowed, with less and less tolerance for any deviations from the mean. The same applies to active (and hyperactive), impulsive and inattentive behaviour. The health and education system has contributed to this growth through the introduction of financial incentives for schools, parents and those providing treatment that generated the requirement for a formal diagnosis.

Further analysis of increased demand for care

How prevalent is ADHD in children and adolescents, and is it becoming more common? The Committee has found that the answer to the first question depends on which diagnostic classification system is used, on the sources used in this context (experts, parents, children or teachers), and on the weighting assigned to diagnostic criteria (such as dysfunction) in epidemiological studies. Many studies make little or no allowance for dysfunction (the extent to which children experience difficulties at school and within the family). In such studies, those children who exhibit the characteristics of ADHD but who do not actually meet the criteria for a clinical diagnosis may also be included, thereby boosting prevalence. The Committee attaches great importance to the criterion of dysfunction. Accordingly, its estimate of average prevalence among children aged four to eighteen is lower than the average estimate (5%) derived from studies based on DSM criteria. Estimates based on ICD-10 (an alternative, less commonly used classification system) are also lower than the prevalence estimates based on DSM. Studies carried out in the Netherlands and elsewhere have not produced any evidence for an increase in the prevalence of ADHD.

Indeed, the Committee had not expected this to be the case, given that genetic factors and factors associated with the physical environment tend to remain more or less constant.

However, there has certainly been an increase in the number of prescriptions for methylphenidate. From 2003 to 2012, that number quadrupled among children aged four to eighteen. In 2013, nearly 4.5 percent of four to eighteen year olds were using methylphenidate. Furthermore, in 2011, general practitioners saw about twice as many children with ADHD-like problems as they did in 2002. With regard to specialist care in secondary healthcare, trend data has only been available since 2008. From then until 2011, the number of completed Diagnosis-Treatment-Combinations (DTCs) for ADHD in secondary healthcare increased by about a third. In short, while prevalence has remained more or less constant, there appears to have been substantial growth in the demand for care and for various other forms of support.

All of which raises the question of whether over-treatment is a factor here. The Committee feels that this conclusion cannot be drawn. On the one hand, the uptake of medication and care roughly correspond to the average prevalence estimate derived from DSM-based studies. On the other hand, prevalence estimates based on ICD-10 or on more robust DSM studies clearly tend to be lower. Moreover, formal diagnosis and medical management would not automatically benefit every single child who meets the rather subjective criteria for ADHD. The Committee is, therefore, concerned about the rapid growth in the number of prescriptions.

Treatment options assessed on the strength of the evidence

In assessing the effectiveness of treatment options, including medication, various psychosocial treatments, and dietary interventions, the Committee has examined both short-term and long-term outcomes. The first category includes the core symptoms of ADHD: inattention, hyperactivity and impulsivity. In addition to the effects on core symptoms, the Committee attaches great value to outcomes that reflect general performance, such as interactions within the family, interacting with peers, academic performance and quality of life. Long-term outcomes involve issues such as completing an educational programme, finding and keeping a job, and developing personal relationships. Where possible, the Committee has evaluated the effectiveness of various intervention using an effect-size format that is commonly used in the social sciences: small, medium or

large. A detailed justification is given in the advisory report's background document.

Medical management exerts the greatest effect on the core symptoms of ADHD in the short term. Such treatment is not without its problems, however. For instance, there are side effects such as insomnia, nervousness and headaches. In addition, the long-term safety of such treatment needs further study. Moreover, there is no conclusive evidence that it has beneficial effects on major associated outcome parameters, particularly school performance. There is a similar lack of evidence with regard to long-term efficacy. In the Committee's view, "appropriate care" does not necessarily mean that the (exclusive) use of medical management is indicated.

There is less evidence that mediation therapy (parent or teacher training) has effect on the core symptoms of ADHD. With regard to other outcome parameters, such as ODD (Oppositional Defiant Disorder) symptoms and social behaviour, the effectiveness of mediation therapy approaches that of medical management. A combination of both these interventions might make it possible to reduce the medication dose, with no loss of efficacy. It is not known whether or not mediation therapy delivers positive long-term outcomes.

Appropriate care in everyday practice

There is a lack of reliable data on how cases of ADHD in children and adolescents are identified, diagnosed and treated in everyday practice. What is clear is that these problems are often identified at school, but less is known about how referral takes place. In addition, little is known about compliance with existing ADHD guidelines, for example. Consequently, it is difficult to ascertain the extent to which the actual care provided is appropriate, in other words, does it provide the necessary support while avoiding the use of excessive measures. In the Committee's view, the development of integrated care programmes that involve a key role for general practice could offer a solution. Programmes of this kind have already been used in local projects.

How to proceed? Some recommendations

The Committee has identified quite a few gaps in our knowledge. It feels that further research is needed in each of these areas. The areas in question are:

- the everyday practice of care delivery and compliance with guidelines
-

- effects of social factors, including the effects of the upcoming overhaul of the youth care system
- the effectiveness of interventions to reduce problematic behaviour at school: what changes to the school environment could form the basis for intensive interventions for specific groups of children?

Citing its own advisory report on participation issues, the Committee emphasises that research into, and care for, children with ADHD should focus more on fostering their social participation. The demand for care formulated by these children and their parents requires this kind of perspective. Furthermore, the Committee recommends that an integrated care model be created and evaluated. This would focus less on ADHD criteria and more on whether the children in question are encountering problems. In this care model, collaboration between the various professional practitioners involved must be examined, as must the facilitating role that government can play in removing barriers to care delivery. Finally, the Committee also feels that it is important to invest in social initiatives, such as support networks for parents and information programmes for parents and teachers.

Inleiding

Al geruime tijd roept ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) in de maatschappij en onder professionals veel discussie op. Vrijwel alle partijen zijn het erover eens dat kinderen die in hun functioneren belemmerd worden door een extreme mate van hyperactiviteit, impulsiviteit, en aandachtszwakte, in aanmerking komen voor een klinische diagnose ADHD. Er is echter een geleidelijke overgang tussen deze groep en de kinderen die in een ‘grijs gebied’ vallen. Zij hebben wel kenmerken van de classificatie ADHD en ervaren belemmeringen in hun functioneren, maar voldoen niet aan diagnostische criteria. Deze kinderen zouden steeds vaker het label ‘ADHD’ krijgen, waardoor het aantal casussen explosief groeit.

Ook op andere vlakken is het aantal kinderen en jongeren dat een beroep doet op zorg (jeugdzorg en jeugd-GGZ) vanwege psychische klachten toegenomen. Deze toegenomen hulpvraag was samen met de komst van een nieuw stelsel jeugdzorg waarbij ‘demedicalisering, ontzorgen en normaliseren’ als enkele van de hoofddoelen zijn gesteld, aanleiding voor de staatssecretarissen van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) om de Gezondheidsraad om advies te vragen. De volledige tekst van de adviesaanvraag staat in bijlage A. Een deel van de vragen gaat over de mogelijke verbetering van de participatie van jongeren met psychische klachten, met name op de arbeidsmarkt en in het onderwijs. De andere vragen zijn toegespitst op ADHD en luiden als volgt:

- 1 Wat is de huidige stand van wetenschap met betrekking tot de effectiviteit van behandeling en zorg voor de jongeren/kinderen met ADHD?
- 2 Welke gewenste en ongewenste resultaten en effecten zijn aan te wijzen in onderwijs en (arbeids)participatie door de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg en de stelsels van jeugdzorg, onderwijs en arbeidstoeleiding sinds het uitkomen van het vorige Gezondheidsraadadvies over ADHD in 2000?

Omdat beide onderwerpen inhoudelijk verwant zijn, en omdat ze beide samenhangen met de beleidsplannen voor een nieuw stelsel voor de jeugdzorg, is een brede commissie geformeerd die de vragen in samenhang heeft beantwoord (zie bijlage B voor de samenstelling van de commissie). De commissie heeft ervoor gekozen om twee adviezen op te stellen, een over de participatie van jongeren met psychische problemen, en een over ADHD bij kinderen en jongeren tot achttien jaar. In dit advies worden de beide vragen over ADHD behandeld. Daarbij krijgt ook de invalshoek van participatie aandacht.

1.1 De maatschappelijke controverse over ADHD

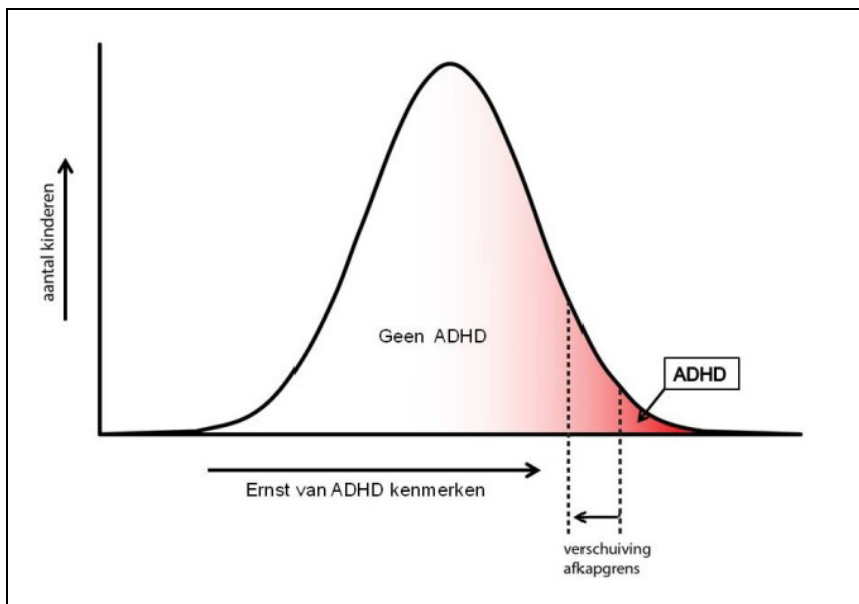
De maatschappelijke controverse over ADHD richt zich voor een aanzienlijk deel op de sterke toename van het gebruik van ADHD medicatie, met name methylfenidaat – bekend onder diverse merknamen zoals Ritalin. Het is de vraag in hoeverre het sinds de jaren 90 toegenomen medicatiegebruik op medische gronden te verklaren is, en in hoeverre er sprake is van ongewenste medicalisering van problematiek die bij het normale leven hoort. In dit verband wordt vaak gesproken over medicalisering. Medicaliseren komt neer op het definiëren van een probleem als een medisch probleem of ziekte en (daarmee) het legitimeren van behandeling door de medische professional. In de context van afwijkend en problematisch gedrag wordt de term medicalisering echter meestal in nauwere zin gehanteerd: medicaliseren is het behandelen van de persoon met afwijkend gedrag *met medicijnen*. Niet-farmacologische behandeling door gezondheids-(zorg)professionals, waaronder ook psychologen, wordt in deze context meestal niet onder de term medicalisering geschaard.

Zowel de brede als de smallere opvatting van medicalisering wordt in het maatschappelijk debat meestal geduid als behandelingen die *ten onrechte* worden toegepast. Medicalisering wordt opgevat als het verruimen van medische autoriteit voorbij een legitieme grens.¹ Voorstanders van demedicalisering gebruiken de term medicalisering om zich af te zetten tegen het medisch benaderen van bepaalde fenomenen, waaronder ‘overmatig druk, impulsief en ongeconcen-

treerd gedrag'. Dat maakt de term voor veel (medische) professionals en patiënten controversieel; zij kunnen zich miskend voelen in hun professionele integriteit of ervaring van reële problematiek. Echter ook het proces van medicalisering is op zichzelf normatief van aard, en roept al jarenlang veel weerstand op. Dit maakt het debat rond ADHD en (de)medicalisering vaak fel van aard. Vanwege de verschillende mogelijke interpretaties en de beladenheid van de begrippen medicalisering en normalisering wordt in dit advies bij voorkeur gesproken over het streven naar *gepaste zorg* als het gaat om het omgaan met en behandelen van ADHD.

Het maatschappelijk debat richt zich behalve op medicalisering en medicatiegebruik ook op mogelijke oorzaken voor de toename van ADHD. De commissie herkent twee met elkaar samenhangende aspecten die een rol zouden kunnen spelen bij de toename (zie verder hoofdstuk 3):

- *Toegenomen prestatiedruk.* De commissie heeft de indruk dat de maatschappelijke nadruk op presteren en op de individuele verantwoordelijkheid die mensen daarin hebben in de afgelopen decennia is toegenomen. Dat geldt ook voor kinderen. Kinderen die niet gemiddeld presteren, lopen eerder tegen belemmeringen op. Daar wordt vervolgens in veel gevallen een medische verklaring voor gezocht, wat kan leiden tot een toename van diagnoses van psychiatrische en leerstoornissen. Kinderen met meer dan gemiddeld druk, impulsief en ongeconcentreerd gedrag en problemen in het functioneren krijgen ook eerder een diagnose ADHD.
- *Afgenomen tolerantie voor afwijkend gedrag.* In samenhang met de toegenomen nadruk op presteren is de bandbreedte van wat als 'normaal' wordt beschouwd smaller geworden: er is steeds minder tolerantie voor afwijkingen van het gemiddelde.² Dit geldt ook voor druk, impulsief en ongeconcentreerd gedrag. Er is geen objectieve afkapgrens tussen het uiteinde van de normale bandbreedte van dit gedrag en het punt waarop er sprake is van ADHD. Sommigen menen dat de afkapgrens in de loop der jaren zodanig is verschoven, dat een groep kinderen die in eerste instantie binnen de variatie van het normale viel nu in aanmerking komt voor de classificatie ADHD.³ Deze uitbreiding van het indicatiegebied zou een oorzaak kunnen zijn van de stijging van het aantal gevallen van ADHD, zoals geïllustreerd in figuur 1.



Figuur 1 De verdeling van ADHD kenmerken onder kinderen.

De gedragskenmerken van ADHD, hyperactiviteit, impulsiviteit, en aandachtszwakte zijn ‘normaal’ verdeeld over de bevolking. Dat wil zeggen dat de meeste kinderen en jongeren rond het gemiddelde scoren, terwijl een deel van hen links van de top zit (die vertonen minder dan gemiddeld hyperactiviteit, impulsiviteit, en aandachtszwakte) en een deel rechts van de top (die vertonen meer dan gemiddeld hyperactiviteit, impulsiviteit, en aandachtszwakte). Aan het rechteruiteinde van de normaalverdeling zit de groep kinderen die deze kenmerken in extreme mate vertoont. In deze gevallen spreken we van de stoornis ADHD. De afkapgrens voor deze groep is tot op zekere hoogte arbitrair, zolang er geen objectief criterium is voor ‘normaal’ druk, impulsief en ongeconcentreerd gedrag versus klinisch druk, impulsief en ongeconcentreerd gedrag. Kortom, als de criteria voor ADHD verschuiven, verandert de omvang van de groep die aan die criteria voldoet.

Het verschijnsel ADHD

In de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) wordt ADHD omschreven als een psychische stoornis die zich kenmerkt door hyperactiviteit, impulsiviteit, en aandachtszwakte. De term ‘ADHD’ is echter gepopulariseerd en lijkt als verschijnsel vaak andere betekenissen te krijgen. De commissie gaat in dit hoofdstuk zowel in op de medische details van de DSM typering als op de bredere begripsomschrijving.

2.1 De geschiedenis van het verschijnsel ADHD

Zeker sinds de negentiende eeuw wordt in de literatuur gesproken over hyperactiviteit, impulsiviteit en aandachtszwakte bij kinderen.⁴ Crott concludeert op basis van een discoursanalyse van opvoedingsliteratuur dat gedrag dat eerder als ‘normale onstuimigheid’ werd geduid in de loop van de twintigste eeuw steeds meer werd gezien als grensoverschrijdend en gekoppeld aan criminaliteit.⁵ Als gevolg van invoering van de leerplicht rond 1900 gingen veel kinderen uit de lagere sociale klassen voor het eerst naar school. Leraren signaleerden bij veel van deze kinderen een gebrek aan de vereiste discipline, wat zij zagen als een gevolg van een andere levensstijl. Kinderen met het extreem ‘lastige’ gedrag vertoonden een *moral deficiency*, een ‘moreel-ethisch tekort’. De oorzaak daarvoor zou gezocht moeten worden in een hersenafwijking. In 1902 werden lezingen hierover van de Engelse arts Still gepubliceerd in het ook toen al belangrijke wetenschappelijke tijdschrift *The Lancet*.⁶⁻⁸

De dominantie van medische theorieën over afwijkend gedrag van kinderen duurde voort tot de Eerste Wereldoorlog, waarna een psychologische benadering van afwijkend gedrag aan populariteit won. De psychologie had zich sinds het begin van de twintigste eeuw sterker als professie weten te vestigen. Psychologen keerden zich daarbij tegen de aanname van artsen dat gedragsproblemen manifestaties van pathologie waren.⁶ In de psychiatrie kwam het psychoanalytisch paradigma op, waarbij psychische oorzaken van gedragsproblemen centraal stonden. In de jaren vijftig, zestig en zeventig nam het aantal psychiatrische en psychologische voorzieningen toe. Naast de consultatiebureaus, die al langer bestonden, werden medisch-opvoedkundige bureaus opgericht voor kinderen met psychosociale of pedagogische problematiek. Het dominante paradigma zag een verstoorde psychologische dynamiek bij kinderen als de oorzaak van gedragsstoornissen.⁶

Vanaf de jaren zeventig kwam het medische discours weer op. In Amerika werd druk gedrag steeds vaker met medicatie behandeld, veelal gecombineerd met psychotherapie. In Europa was de behandeling met stimulantia toen nog impopulair: het werd gezien als het bestrijden van kwaad met kwaad. De kinderpsychiatrie stond tot de jaren tachtig van de twintigste eeuw nauwelijks open voor medische verklaringen voor gedragsproblemen en het gebruik van psychofarmaca bij de behandeling van kinderen. Afwijkend gedrag bij schoolkinderen werd in Europese landen veelal behandeld met psychotherapie of met een opvoedingstraining voor de ouders.⁷ Sinds het begin van de jaren negentig richt veel onderzoek naar gedragsproblemen zich op verstoringen in het neurochemisch regelmechanisme van de hersenen en op de rol van erfelijke factoren (zie ook paragraaf 2.2).⁷ Deze paradigmaverandering in de psychiatrie leidde tot een andere kijk op stoornissen en hun behandeling – het medicatiegebruik is sindsdien flink toegenomen.

De commissie merkt op dat uit historische analyses blijkt dat de verschillende perspectieven op druk, impulsief en ongeconcentreerd gedrag vaak naast elkaar bestonden.⁹ Zo werd rond 1900 veel aandacht geschonken aan erfelijkheid, maar tegelijk probeerden pedagogen, artsen en politici het ‘milieu’ van kinderen te verbeteren; de Kinderbescherming werd opgericht en er werden verschillende kindervetten ingevoerd die ingrepen in het gezin en opvoedingsmilieu mogelijk maakten. Rond 1970 kwam het biomedisch onderzoek op maar bestond tegelijkertijd veel aandacht voor maatschappelijke factoren en de verbetering van het leefklimaat in gezin en op scholen.⁹ Ook vandaag de dag worden voortdurend verschillende perspectieven op ADHD naast elkaar gehanteerd.

De commissie wijst er ook op dat de relatie tussen opvoedingsstijl en (de toename van) ADHD heel verschillend wordt geduid. Daar waar sommigen menen dat kinderen te vrij worden opgevoed, is volgens anderen juist sprake van ‘hyperparenting’: ouders zouden irreëel hoge verwachtingen hebben van hun kinderen en ze te nauwlettend in de gaten houden.⁹ Bij gebrek aan systematisch onderzoek op dit gebied blijven de meningen op dit punt ongetoetst. Uit een systematische review van de literatuur over de invloed van opvoedingsvariabelen op de ontwikkeling van kinderen met een diagnose ADHD uit 2010 blijkt wel dat er een associatie bestaat tussen ADHD bij het kind en het problematisch functioneren van het gezin, zoals stress binnen het gezin, een hogere mate van psychopathologie bij de ouders, en problematische ouder-kind relaties.¹⁰ Deze associatie is sterker wanneer het kind ook oppositioneel opstandig gedrag of kenmerken van een gedragsstoornis vertoont.

De commissie concludeert ten slotte dat niet valt op te maken of kinderen tegenwoordig slechter af zijn als gevolg van de opkomst van het problematiseren van druk, impulsief en ongeconcentreerd gedrag. Als kinderen vroeger slecht functioneerden onder invloed van hun drukke, impulsieve en ongeconcentreerde gedrag (wat in die tijd niet als ‘abnormaal’ werd beschouwd) dan is het maar de vraag of die situatie beter was dan de huidige situatie, waarin dergelijk gedrag eerder behandeld zal worden.

2.2 Het medische begrip ADHD

In de loop van de geschiedenis zijn veel verschillende benamingen voor druk, impulsief en ongeconcentreerd gedrag bij kinderen in zwang geweest. De psychiater Alfred Strauss ijverde in de jaren vijftig voor het concept ‘*minimal brain damage*’, waarmee hij een verklaring dacht te hebben voor hyperactiviteit bij kinderen. In de jaren zestig circuleerden meer dan 38 verschillende benamingen.⁷ Dankzij de introductie van het diagnostisch handboek van de American Psychiatric Association, de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (de DSM), kwam hier verandering in.

Naast de DSM wordt ook de International Statistical Classification of Diseases (ICD) gebruikt, een algemeen medisch classificatiesysteem. Beide classificatiesystemen verschillen ondanks samenwerkingspogingen op belangrijke punten van elkaar. De DSM systematiek wordt in Nederland het meest gebruikt en zal hier daarom uitvoeriger beschreven worden.

In de tweede editie van de DSM (DSM-II, 1968), werd voor het eerst het concept van hyperactiviteit als stoornis geïntroduceerd. De stoornis ‘*Hyperkinetic reaction of childhood*’ kenmerkte zich door hyperactiviteit, onrust, het snel afge-

leid zijn en een korte aandachtsspanne.⁴ In de DSM-III (1980) werd dit concept vrij radicaal herzien: volgens de destijds heersende inzichten waren niet hyperactiviteit, maar aandachtszwakte en impulsiviteit de kernsymptomen van de stoornis. Dit werd Attention Deficit Disorder (ADD) genoemd, waarvan twee subtypen bestonden; met en zonder hyperactiviteit. Er bleef veel empirische onzekerheid bestaan over de vraag of aandachtszwakte op zichzelf wel symptomatisch was voor dezelfde stoornis als aandachtszwakte in combinatie met hyperactiviteit. Daarom werd de term ADD in de herziene versie van de DSM-III (DSM-III-R 1987) weer vervangen, ditmaal door de term Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) en een restcategorie “undifferentiated ADD”.

In de DSM-IV (1994) werd de categorie ADHD naar aanleiding van nieuwe bevindingen uit onderzoek weer gesplitst. De symptomen werden in twee lijsten geoperationaliseerd: hyperactiviteit-impulsiviteit en aandachtszwakte. Daaruit volgden drie subtypen: het ADHD-onoplettende subtype (ADHD-I, alleen op symptomen van aandachtszwakte), het ADHD-hyperactieve-impulsieve subtype, (ADHD-II, vooral symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit) en het ADHD-gecombineerde subtype. In de tekstueel geredigeerde versie van de DSM-IV, DSM-IV-TR (2000) veranderden de criteria voor ADHD niet.

De nieuwste versie van de DSM, DSM-5, is in 2013 verschenen. Ten opzichte van de DSM-IV verschillen de DSM-5 criteria voor ADHD op drie belangrijke punten:

- 1 Het *age of onset* criterium (leeftijd waarop de symptomen waarneembaar moeten zijn) is veranderd van zeven naar twaalf jaar.
- 2 Het pervasiviteitscriterium is van definitie veranderd: in plaats van de eis dat er sprake moet zijn van disfunctioneren in minimaal twee situaties (bijvoorbeeld op school en thuis), moeten symptomen in minimaal twee situaties aanwezig zijn.
- 3 Volgens de DSM-5 moet de ernst van de symptomen gespecificeerd worden als mild (nauwelijks symptomen bovenop de vereisten om aan de criteria te voldoen, minimale mate van disfunctioneren), matig (symptomen en/of mate van disfunctioneren tussen mild en ernstig in) of ernstig (veel meer symptomen dan nodig om aan criteria te voldoen of zeer ernstige symptomen, of de symptomen veroorzaken een ernstige mate van disfunctioneren).

De criteria die worden gehanteerd voor het vaststellen van de equivalente ICD-10 stoornis *hyperkinetic disorder* zijn vrijwel identiek aan die van de DSM. De ICD-10 stelt echter hogere eisen aan het aantal symptomen en de pervasiviteit (de mate waarin symptomen in verschillende situaties voorkomen), en hanteert strengere exclusiecriteria voor comorbiditeit dan de DSM. Het meeste onderzoek

dat in dit advies beschreven wordt is gebaseerd op de definitie van ADHD uit de DSM-IV/DSM-IV-TR.

2.2.1 *Kritiek op het DSM systeem*

Alle psychiatrische stoornissen die in de DSM beschreven worden zijn gebaseerd op rapporteerbare symptomen, die geclusterd zijn in categorieën. Die clustering berust deels op de samenhang tussen de symptomen zoals gerapporteerd in veldonderzoek, en deels op consensus onder deskundigen. Dit heeft een goed bruikbaar classificatiesysteem opgeleverd, maar het is onwaarschijnlijk dat de categorieën goed afgrensbaar zijn op basis van etiologie (ontstaansgeschiedenis) en prognose, of dat zij precies overeenkomen met pathofysiologische mechanismen die bepaalde patronen van symptomen veroorzaken. Dit is een fundamenteel probleem in de psychiatrie dat niet snel opgelost zal worden: er is te weinig bekend over de fysiologie van psychische klachten om laboratoriumdiagnostiek mogelijk te maken, en het is maar de vraag of het ooit mogelijk zal zijn om een rechtstreeks verband te leggen tussen een biologisch substraat en het criterium van disfunctioneren dat bij psychische stoornissen gehanteerd wordt. Of iemand voldoet aan een DSM classificatie is overigens slechts een onderdeel van het stellen van een psychiatrische diagnose: ook de individuele context van een client moet worden meegewogen.

Om binnen een DSM classificatie te passen moet een individu een aantal specifieke symptomen vertonen, over langere tijd en in verschillende contexten. Ook moet er sprake zijn van aanzienlijke last en belemmering (disfunctioneren) als gevolg van deze symptomen. Dit laat twee elementen van subjectiviteit toe. Het belangrijkste is het toepassen van het criterium van disfunctioneren. Dit criterium is moeilijk kwantitatief vast te stellen en daarom sterk afhankelijk van de persoonlijke opvattingen van de beoordelaar, de omgeving waarin de beoordeling gedaan wordt, en maatschappelijke normen. In een omgeving waarin veel belang wordt gehecht aan leerprestaties zal het slecht kunnen opletten in de klas bijvoorbeeld eerder als een belemmering worden beschouwd dan in een omgeving waar dat niet zo is. Het tweede probleem met subjectiviteit is de interpretatie van gedrag. Of een kind vaak opstaat in de klas is tot op zekere hoogte afhankelijk van het persoonlijk oordeel van de observator, en het is afhankelijk van kenmerken van de omgeving waarin het kind wordt geobserveerd. Van invloed is bijvoorbeeld de mate van orde in de klas en de opvoedvaardigheden van de ouders. Om deze twee redenen oordelen ouders en leraren vaak verschillend over hetzelfde kind.

Als gevolg van deze beperkingen, die inherent zijn aan een classificatiesysteem voor psychische stoornissen, blijft de discussie over de validiteit van de DSM categorieën voortbestaan. Recent onderzoek laat zien dat kinderen in eerste instantie als het ene, en een paar maanden later als het andere subtype gecategoriseerd kunnen worden.¹¹ In de DSM-5 wordt daarom gesproken van (aandachtszwakke, gecombineerde, of hyperactieve-impulsieve) ‘presentatie’, in plaats van ‘subtype’. Omdat de stabiliteit van de subtypen ter discussie staat, en het onderscheid tussen de subtypen maar van beperkt belang is voor de vragen die in dit advies aan bod komen, spreekt de commissie over ADHD zonder subtypen te onderscheiden.

Het primaire doel van de DSM was om de communicatie binnen de psychiatrie te verbeteren door professionals een eenduidige terminologie te bieden. Statistisch onderzoek wordt er ook door mogelijk gemaakt. Sinds het verschijnen van de eerste versie van de DSM is het oorspronkelijke doel echter opgerekt: het verkrijgen van een DSM classificatie is in veel landen, waaronder Nederland, inmiddels ook gekoppeld aan het vergoedingstraject voor zorg en andere vormen van hulpverlening. Velen hebben daarop kritiek. Toegang tot hulp zou immers in eerste instantie gebaseerd moeten zijn op de mate van hulpbehoefte en niet op inpasbaarheid binnen een classificatiesysteem met beperkte betrouwbaarheid. Volgens velen is er door de DSM sprake van diagnostische inflatie: het medicaliseren van gewone menselijke ervaringen, waardoor inmiddels de meerderheid van de bevolking aan de criteria voor een stoornis zou voldoen.³

Ondanks deze punten van kritiek moet de waarde van het DSM systeem volgens de commissie ook weer niet worden onderschat. Een classificatiesysteem is essentieel gereedschap voor de diagnostische praktijk en het medisch onderzoek, wil men niet terug naar de tijd dat er talloze verschillende categorieën werden gehanteerd. De DSM criteria zijn voor een belangrijk deel gebaseerd op veldonderzoek dat een consistent verband tussen de symptomen van ADHD heeft aangetoond. Het is dus niet zo dat de categorieën geen empirische basis hebben. Vrijwel alle kennis over ADHD is gebaseerd op volgens de DSM gedefinieerde groepen kinderen. Ten slotte hebben de DSM criteria prognostische waarde: zij identificeren een groep kinderen die een grotere kans op problemen hebben dan hun leeftijdsgenoten. Met andere woorden, ADHD is een risicofactor in de ontwikkeling van kinderen.

2.3 De psychosociale en gezondheidkundige gevolgen van ADHD

Voldoen aan de criteria voor de diagnose ADHD is geassocieerd met een reeks negatieve gezondheidkundige en psychosociale gevolgen evenals slechtere schoolprestaties, op de korte en lange termijn.^{12,13} Deze gevolgen kunnen samenhangen met de typische kenmerken van ADHD, maar ook geassocieerd zijn met andere stoornissen die tegelijk optreden.

In 2012 zijn 351 onderzoeken naar de lange termijngevolgen van ADHD systematisch samengevat door Shaw e.a.¹³ Gezien de verschillen in onderzoeksopzet en meetmethoden kozen de auteurs voor een binaire benadering om de uitkomsten te beschrijven: hebben kinderen en jongeren met ADHD significant slechtere vooruitzichten op lange termijn vergeleken met een controlegroep van leeftijdgenoten? En heeft behandeling (zowel farmacologische behandeling, non-farmacologische behandeling als multimodale behandeling) effect op de lange-termijnuitkomsten? Onder 'lange termijn' wordt verstaan meer dan twee jaar.

De auteurs verdeelden de uitkomsten in negen categorieën, en telden hoe vaak deze werden geëvalueerd in onderzoek naar de gevolgen van ADHD, samengevat in tabel 1.

Tabel 1 Onderzoek naar gevolgen van ADHD.

Categorie van gevolgen van ADHD	Aantal evaluaties
Druggebruik/verslaving (bijvoorbeeld gebruik van en verslaving aan alcohol, sigaretten, verdovende middelen, leeftijd bij eerste gebruik, gokken)	160
Leerprestaties (bijvoorbeeld niveau cijfers, al dan niet zitten blijven, aantal jaren scholing, behaalde diploma's)	119
Antisociaal gedrag (bijvoorbeeld van school gestuurd worden, criminaliteit, arrestaties, veroordelingen, gevangenisstraffen)	104
Sociaal functioneren (bijvoorbeeld relaties, waardering door leeftijdgenoten, huwelijkse staat, hobby's)	98
Arbeidsparticipatie (bijvoorbeeld het verrichten van betaalde arbeid, het wisselen van baan, niveau van werk, sociaal-economische status)	45
Gevoel van eigenwaarde (bijvoorbeeld score op eigenwaarde, zelfperceptie, zelfmoordpogingen, zelfmoordcijfer)	44
Verkeersincidenten (bijvoorbeeld bekeuringen, ongelukken, intrekkingen rijbewijs)	30
Gebruik van voorzieningen (bijvoorbeeld justitieel systeem, spoedeisende hulp, financiële hulpverlening)	26
Obesitas	10

Het grootste deel van de onderzoeken keek niet alleen naar de gevolgen van ADHD maar vergeleek tevens de gevolgen van personen met onbehandelde ADHD met een controlegroep zonder ADHD. De ADHD groep had in 74 procent van de evaluaties een significant slechtere uitkomst dan de controlegroep. Bij de rest van de evaluaties (die gericht waren op drugsgebruik/verslaving, arbeidsparticipatie, gevoel van eigenwaarde en sociaal functioneren) werd geen verschil met de controlegroep gevonden.¹³ Deze effecten gelden op groepsniveau. Uit de analyses wordt niet duidelijk hoe groot de effecten zijn. Bovendien was er geen controle voor vertekende factoren die de prognose kunnen beïnvloeden, vooral comorbiditeit. Het effect van behandeling op langetermijnevolgen komt aan bod in hoofdstuk 4.

Nigg vatte de gezondheidkundige gevolgen van ADHD samen en kwantificeerde deze waar mogelijk, zie tabel 2.¹²

Bijkomende psychiatrische stoornissen (comorbiditeit), die in meer dan de helft van de gevallen naast ADHD voorkomen, kunnen bij sommige gezondheidkundige gevolgen een belangrijke rol spelen. De relatie tussen ADHD en drugsverslaving hangt in sterke mate samen met comorbide gedragsstoornissen.¹⁴ Volgens recent Nederlands onderzoek is ADHD echter ook onafhankelijk van comorbiditeit een risicofactor voor middelenmisbruik.¹⁵ Men moet in ieder geval enige voorzichtigheid betrachten bij het leggen van causale verbanden tussen ADHD en langetermijnevolgen. Desondanks is het duidelijk dat kinderen die

Tabel 2 Samenvatting van gezondheidkundige gevolgen van ADHD uit Nigg.¹²

Gevolg van ADHD	Conclusie	Commentaar
Roken	OR = 2.3-2.8	Niet gerelateerd aan comorbiditeit met gedragsstoornis
Drugsgebruik	OR = 1.5-2.5	Deel effect verklaard door comorbide gedragsstoornis
Slaapproblemen	Geassocieerd	Gedragsproblemen rondom slapen gaan
Slaapstoornis	Geen conclusie	Gemengde resultaten, kleine onderzoeken
Verwondingen	OR = 1.5-1.8	Rol comorbiditeit onduidelijk
Risikant seksueel gedrag	Geen conclusie	Kleine onderzoeken, veelal gebaseerd op zelfrapportage
Obesitas	OR = 1.5-1.8	Alleen cross-sectionele data beschikbaar
Diabetes	Geen data	Nog niet onderzocht
Hypertensie	Effect op populatieniveau	Bij volwassenen, gemedieerd door obesitas/BMI
Zelfmoordpogingen	Geassocieerd	Bij meisjes, gemedieerd door stemmingsstoornissen
Zelfmoord	OR > 4	Bij jongens, gemedieerd door gedragsstoornis, drugsmisbruik

Een odds ratio (OR) van 1 betekent geen verhoogd risico op een bepaalde uitkomst, een OR van 1.5 betekent een 50 procent verhoging van risico, een OR van 2 betekent een 100 procent verhoging, of verdubbeling, van het risico.

voldoen aan de diagnostische criteria voor ADHD op allerlei fronten een slechtere prognose hebben dan hun leeftijdsgenoten. ADHD kan dus gezien worden als een risicofactor voor de ontwikkeling.

Er is relatief weinig onderzoek gedaan naar de relatie tussen ADHD en sociaal-economische status onder kinderen. Wel werd in een cohortonderzoek onder 2.230 Noord-Nederlandse jongeren van het UMCG gekeken naar gerapporteerde psychische klachten en zorggebruik. De jongeren werden vanaf hun elfde levensjaar tien jaar gevolgd.¹⁶ Uit dit onderzoek bleek dat jeugdigen uit gezinnen met een lage sociaal-economische status meer gebruik maakten van zorg voor psychische klachten in het algemeen (OR = 1,64 95% CI 1,37-1,96) en meer gebruik van huisartsenzorg voor deze klachten (OR = 1,52 95% CI 1,23-1,88) dan jeugdigen uit gezinnen met een hoge sociaal-economische status (OR = 1, referentiegroep). Of deze bevindingen ook specifiek voor klachten gerelateerd aan ADHD gelden is echter niet bekend.

Wel blijkt uit Nederlands onderzoek onder volwassenen dat er een correlatie bestaat tussen sociaal-economische status en ADHD bij volwassenen. Uit de eerste resultaten van het Nemesis-2 onderzoek van het Trimbos Instituut over de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking blijkt dat volwassenen met een lager opleidingsniveau of een laag inkomen een grotere kans hebben op psychische problematiek, waaronder ADHD.¹⁷ De resultaten zijn weergegeven in tabel 3.

Hoewel duidelijk is dat volwassenen die ooit in het leven ADHD hadden slechter af zijn dan volwassenen bij wie dit niet het geval is, kunnen uit een dergelijk onderzoek geen causale verbanden worden afgeleid. Met andere woorden, men

Tabel 3 Prevalentie ADHD ooit in het leven als percentage onder volwassenen van 18-44 jaar.¹⁷

	ADHD ooit in het leven
<i>Opleiding</i>	
Lagere school	8,6%
LBO/MAVO	4,8%
HAVO/VWO	2,5%
HBO/Universitair	1,2%
<i>Inkomen</i>	
Laag	5,8%
Midden	1,4%
Hoog	0,7%

kan niet stellen dat ADHD het bereiken van een hogere sociaal-economische status in de weg staat. Evenmin is het omgekeerde bewezen: dat een lage sociaal-economische status een risicofactor is voor het ontwikkelen van ADHD.

Recentelijk is de associatie tussen ADHD bij kinderen en sociaal-economische status van het gezin in internationaal onderzoek bevestigd.^{18,19} Zo vonden Russell e.a in een Brits cohort een verband tussen ADHD bij kinderen en verschillende indicatoren die duiden op een sociaal en economisch ongunstige situatie, waaronder een laag inkomen.¹⁸

2.3.1 *ADHD en stigma*

Het krijgen van een psychiatrisch label heeft gevolgen voor het zelfbeeld van een kind. Ook hoe de omgeving naar het kind kijkt wordt erdoor beïnvloed. In 2012 verscheen een overzicht van het onderzoek over stigma bij ADHD.²⁰ Hieruit wordt duidelijk dat de diagnose ADHD samenhangt met een negatief zelfbeeld bij kinderen. Kinderen met een diagnose hebben het gevoel dat zij niet voldoen aan de verwachtingen van hun omgeving. Volgens het onderzoek werkte ook medicatiegebruik stigmatiserend. Er is nog maar weinig onderzoek gedaan naar de percepties van leraren. Volgens Canadees onderzoek blijkt het label ADHD gevolgen te hebben: leraren beoordelen problemen dan als ernstiger en ervaren sterkere negatieve emoties.²¹ Zij zijn weliswaar meer bereid om interventies te helpen implementeren, maar voelen zich minder competent om zelfstandig met de problematiek om te gaan. Er is nog geen onderzoek verricht naar percepties van leraren in Nederland.

In de jaren '90 leefde bij sommigen de verwachting dat toenemende kennis over biomedische mechanismen als basis van psychische problemen zou leiden tot een betere acceptatie van mensen met psychische stoornissen. Dit blijkt echter niet het geval te zijn: het stigma van mensen met psychische aandoeningen is gelijk gebleven en de sociale acceptatie van deze groep is niet verbeterd.^{22,23}

2.4 **Conclusie**

Het verschijnsel ADHD kent een lange geschiedenis met medische, maatschappelijke en opvoedkundige benaderingen gericht op de individuele kinderen, de psychosociale omgeving, en een combinatie van beide. Het is volgens de commissie van belang om naast medische en pedagogische kennis over ADHD ook maatschappelijke structuren en processen als risicofactor voor het manifest worden van ADHD-gedragsskenmerken te beschouwen. Het probleem dient multidisciplinair te worden benaderd.

Het DSM classificatiesysteem speelt een prominente rol bij het onderzoek naar en het diagnosticeren van ADHD. Het gebruik van het systeem heeft zijn beperkingen en nadelen, onder meer voortvloeiend uit de koppeling met toegang tot hulp, maar is essentieel gereedschap voor onderzoek en diagnostiek. ADHD moet serieus genomen worden: wanneer een kind aan de diagnostische criteria voor de stoornis voldoet, heeft het meer kans op allerlei negatieve gevolgen op lange termijn. ADHD kan dan ook opgevat worden als een risicofactor voor de ontwikkeling van kinderen op verschillende terreinen.

ADHD: wel of geen toename?

In het maatschappelijk debat wordt uitgegaan van een toename van de diagnose en behandeling van ADHD. In dit hoofdstuk van het advies zal de commissie onderzoeken of en in hoeverre er sprake is van een toename, en de mogelijke verklaringen hiervoor analyseren.

Het blijkt lastig om te bepalen in hoeverre ADHD in de afgelopen jaren is toegenomen omdat de diagnoses niet altijd op een eenduidige en toegankelijke manier geregistreerd zijn. De commissie richt zich daarom op gegevens over het medicatiegebruik, het aantal kinderen dat bij de huisarts komt met aan ADHD kenmerken gerelateerde klachten, en het aantal diagnose-behandeling-combinaties (DBC's) voor ADHD sinds 2008.

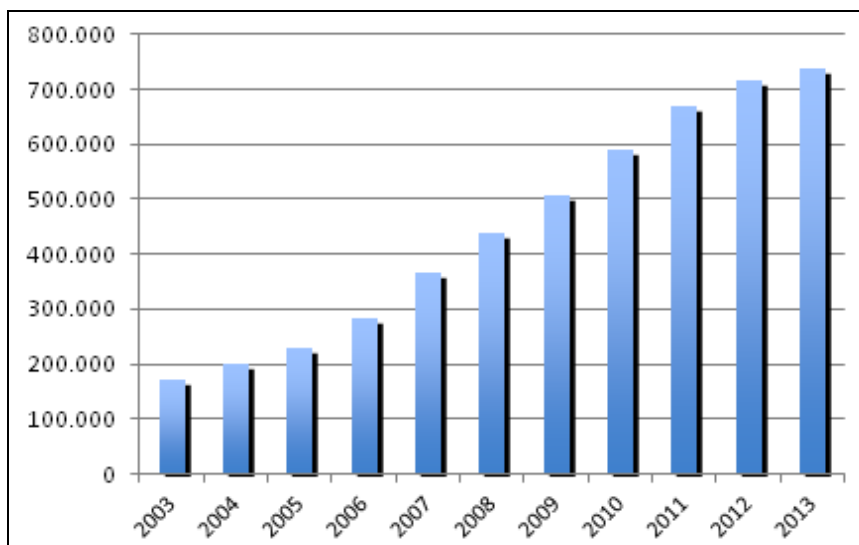
3.1 De toename van het medicatiegebruik voor ADHD

De commissie maakt voor haar analyse van het medicatiegebruik gebruik van de gegevens van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). De SFK houdt het aantal verstrekkingen van geneesmiddelen bij op basis van gegevens van meer dan 95 procent van de openbare apotheken in Nederland. Deze data omvatten de gebruikscijfers van 15,3 miljoen personen. De feiten en cijfers over geneesmiddelengebruik worden vervolgens geëxtrapoleerd naar landelijke cijfers.

Van de verstrekte medicijnen voor de behandeling van ADHD is methylfenidaat veruit het belangrijkste. Van dit geneesmiddel bestaan kortwerkende varianten en verschillende varianten met een langere werkingsduur door een

gereguleerde afgifte. In 2012 werden aan 200.000 (5 procent) van de bijna 4 miljoen jongeren tussen 0 en 21 jaar psychofarmaca verstrekt. Naast de medicijnen tegen ADHD vallen ook antipsychotica, antidepressiva en slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepines) onder de psychofarmaca.²⁴ Methylfenidaat is veruit het meest gebruikte psychofarmakon bij kinderen en jeugdigen. In figuur 2 is het aantal verstrekkingen van methylfenidaat (zowel de kort- als de langwerkende varianten) aan vier tot en met achttien jarigen weergegeven. Hieruit blijkt dat het aantal verstrekkingen van methylfenidaat aan kinderen en jeugdigen in een periode van tien jaar meer dan verviervoudigd is.

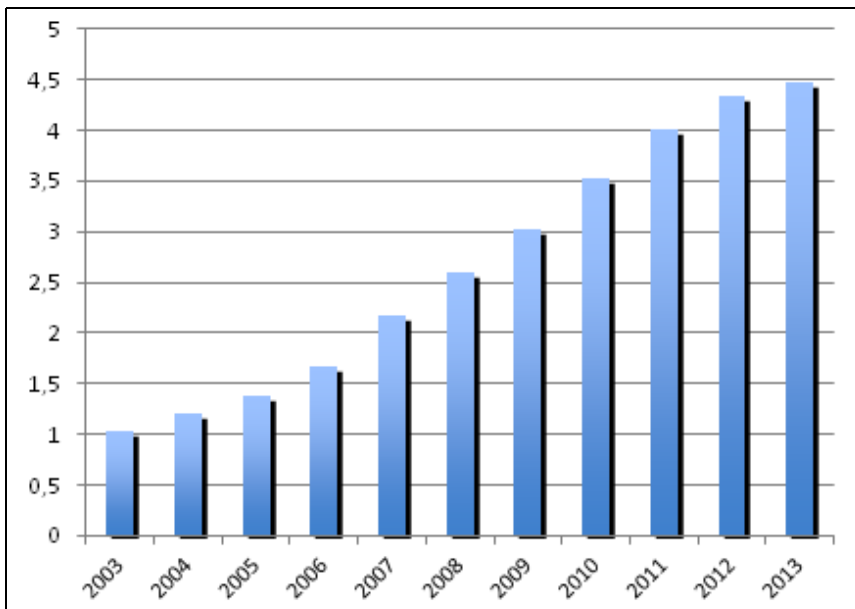
Op basis van deze cijfers kan ook een voorzichtige schatting worden gemaakt van het aantal kinderen dat methylfenidaat krijgt voorgeschreven. De SFK kan het aantal gebruikers per apotheek bepalen en aan de hand daarvan het aantal voorschriften per gebruiker per jaar. Hierbij is het volgende van belang. De SFK registreert verstrekkinggegevens per persoon per apotheek. Gebruikers die in een jaar bij verschillende apotheken zijn geweest worden per apotheek als gebruiker geteld. Daardoor is er mogelijk sprake van enige overschatting van het aantal gebruikers en onderschatting van het aantal voorschriften per gebruiker, maar hoeveel is niet bekend. Dit houdt in dat het geschatte aantal kinderen een maximum weergeeft. Dit doet overigens niets af aan de trends in het medicatiegebruik.



Figuur 2 Het aantal verstrekkingen van methylfenidaat (zowel kort- als langwerkende varianten) aan kinderen en jeugdigen van 4 t/m 18 jaar. Bron: SFK.

Volgens de SFK is het aantal verstrekkingen methylfenidaat per gebruiker constant gebleven: gemiddeld zijn dit er 5,6 per jaar. In combinatie met gegevens over het aantal kinderen in ieder geboortecohort kan hiermee het maximale percentage kinderen dat methylfenidaat krijgt voorgeschreven worden berekend, zoals in figuur 3 weergegeven (bron: SFK, CBS). Zoals hierboven uitgelegd zal dit percentage in werkelijkheid iets lager liggen, omdat kinderen bij meerdere apotheken klant kunnen zijn. De trend is echter duidelijk: het aantal apotheekklanten dat voorschriften methylfenidaat krijgt is meer dan verviervoudigd sinds 2003 en bedroeg in 2013 bijna 4,5 procent van deze leeftijdsgroep.

Het is opvallend dat de stijging van het voorschrijven van methylfenidaat doorzet, terwijl het gebruik van andere psychofarmaca sinds 2009 ongeveer gelijk is gebleven.²⁴ De commissie wijst er op dat het medicatiegebruik niet vertaald kan worden naar het aantal diagnoses ADHD: medicatie kan immers worden voorgeschreven aan kinderen die geen diagnose ADHD hebben, of voor andere klachten, zoals ernstige gedragsproblemen.



Figuur 3 Het maximale percentage jeugdigen van 4 t/m 18 jaar dat methylfenidaat voorgeschreven kreeg, uitgaande van 5,6 voorschriften per kind per jaar. Hier is geen rekening gehouden met klanten die mogelijk bij meerdere apotheken komen, waardoor het percentage jeugdigen in werkelijkheid iets lager kan zijn. Bron: SFK.

3.2 Veranderingen in het zorggebruik voor ADHD

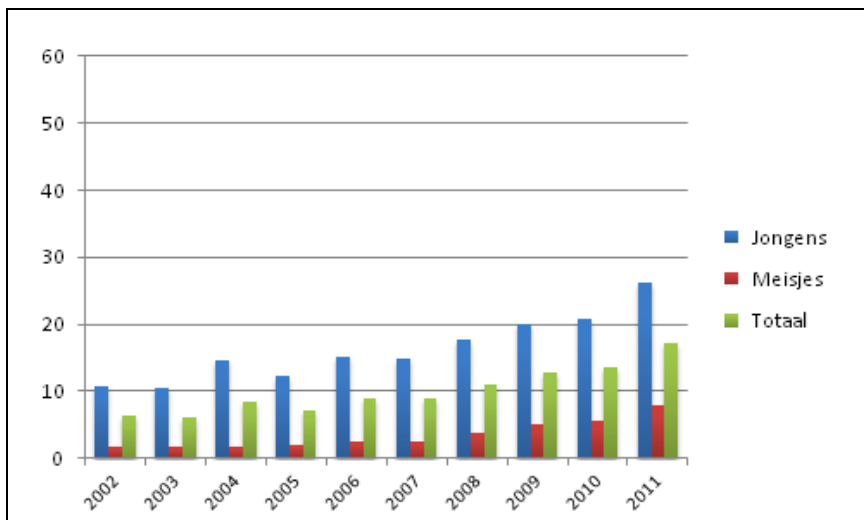
Om erachter te komen of de toename van het aantal voorschriften methylfenidaat overeenkomt met een toename van het aantal gevallen van ADHD heeft de commissie naar het zorggebruik voor ADHD in de eerste en tweede lijn gekeken.

3.2.1 *ADHD in de eerste lijn*

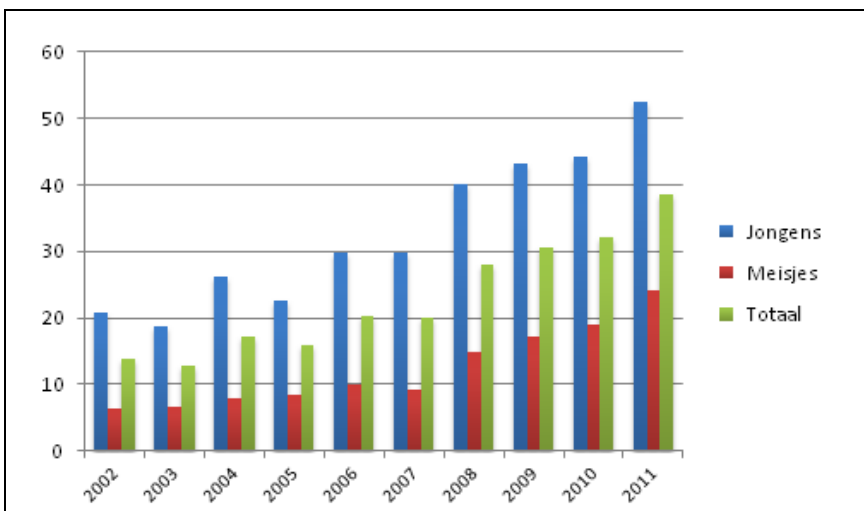
Wanneer een kind bij de huisarts komt registreert deze de klachten van het kind met behulp van het ICPC coderingsstelsel voor huisartsen. Er is geen codering die precies overeen komt met de DSM classificatie ADHD. De coderingen die worden gebruikt voor klachten die met ADHD verband kunnen houden, zijn met name: ‘Overactief kind/ hyperkinetisch syndroom’ (ICPC code P21) en daarnaast ‘Geheugen-/ concentratie-/ oriëntatiestoornissen’ en ‘Andere zorgen gedrag kind’ (ICPC codes P20 en P22). De commissie heeft het NIVEL gevraagd om naar het verloop in het aantal P21 coderingen en het cluster van P20, P21 en P22 coderingen bij jeugdigen van 4 tot en met 17 jaar te kijken in een steekproef van huisartspraktijken. Het NIVEL heeft de jaarprevalentiecijfers voor deze coderingen bepaald: het aantal patiënten per jaar dat de huisarts bezoekt in relatie tot een bepaalde zorgvraag. Deze zijn weergegeven in Figuur 4 en 5. Patiënten die een jaar niet bij de huisarts zijn geweest vallen buiten de jaarprevalentie.

Uit de cijfers van het NIVEL blijkt dat de jaarprevalentie van zowel de codering P21 als de clustering van coderingen P20-P21-P22 in de periode 2002-2011 meer dan verdubbeld is, zowel bij jongens als bij meisjes. Dit is weliswaar een sterke toename, maar minder sterk dan de toename van het aantal voorschriften methylfenidaat aan kinderen (zie paragraaf 3.1). Jongens blijken vaker de ICPC codes P20-P21-P22 te krijgen dan meisjes.

De toename van het aantal patiënten met de betreffende ICPC codes kan volgens het NIVEL op twee manieren verklaard worden: of door een reële toename, of doordat huisartsen beter hun dossiers zijn gaan bijhouden. De echte toename en het registratieverschil kunnen niet uit elkaar getrokken worden. Voor chronische aandoeningen is er een sensitiviteitsanalyse uitgevoerd bij de best registrerende praktijken. Daaruit kwam naar voren dat betere registratie niet de toename in de prevalentie van chronische aandoeningen kon verklaren. De commissie merkt hier op grond van haar praktijkervaring op dat niet altijd de best passende ICPC code voor bepaalde psychische klachten bij kinderen geregistreerd wordt. Bij meerdere problemen (zoals bijvoorbeeld druk gedrag en angst) worden niet



Figuur 4 Jaarprevalentiecijfers 'Overactief kind/hyperkinetisch syndroom' (ICPC code P21) per 1.000 huisartspatiënten van 4 t/m 17 jaar oud voor jongens en meisjes apart en samen. Bron: NIVEL.



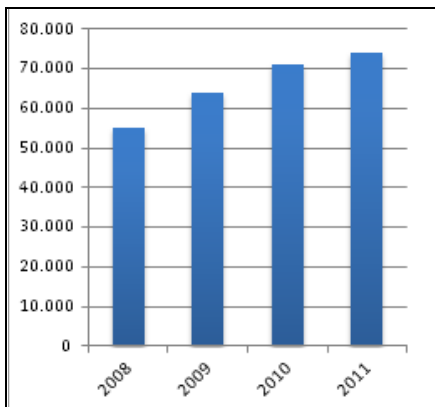
Figuur 5 Jaarprevalentiecijfers 'Geheugen-/ concentratie-/ oriëntatiestoornissen', 'Overactief kind/hyperkinetisch syndroom', 'Andere zorgen gedrag kind' (clustering ICPC codes P20, P21, P22)) per 1.000 huisartspatiënten van 4 t/m 17 jaar oud voor jongens en meisjes apart en samen. Bron: NIVEL.

altijd beide problemen gecodeerd. De cijfers moeten dus voorzichtig worden geïnterpreteerd. Wel geven deze ICPC codes een grove indicatie van de aard van de klachten waarmee kinderen bij een huisarts komen, en de veranderingen daarin over de tijd.

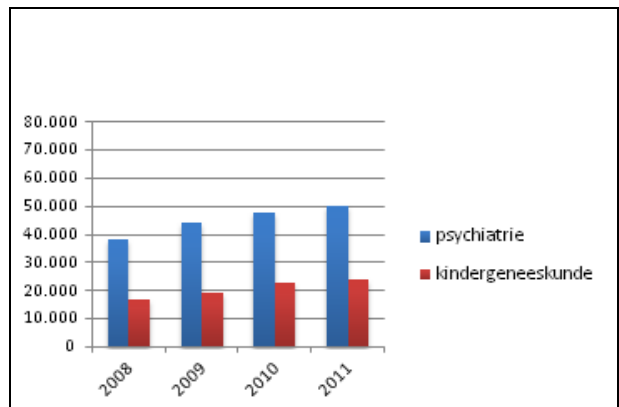
3.2.2 ADHD in de tweede lijn

Sinds 2008 wordt in de GGZ het DBC systeem gebruikt voor declaraties aan verzekeraars. Wanneer een jeugdige in de tweedelijns jeugd-GGZ of kindergeneeskunde gediagnosticeerd wordt, wordt een DBC geopend door de verantwoordelijke hoofdbehandelaar. De registratie van de diagnose gebeurt (ten tijde van het schrijven van dit advies) met behulp van de diagnosetabel van DBC-Onderhoud die is gebaseerd op de DSM-IV-TR. Een DBC heeft een maximale looptijd van 1 jaar, daarna wordt deze gesloten en moet een vervolg-DBC worden geopend. Het aantal geopende DBC's per jaar komt dus overeen met het aantal individuen dat in behandeling is voor een bepaalde aandoening.

Om te weten te komen of het aantal DBC's voor ADHD is toegenomen in lijn met het medicatiegebruik heeft de commissie het DBC Informatie Systeem (DIS) gevraagd om het verloop van het aantal DBC's voor ADHD tussen 2008 en 2011 in kaart te brengen, zie figuur 6 en 7.



Figuur 6 Het totaal aantal afgesloten DBC's ADHD (code 7601) t/m 18 jaar. Bron: DIS.



Figuur 7 Het aantal afgesloten DBC's per jaar onderverdeeld naar specialisme. Bron: DIS.

Het aantal afgesloten DBC's voor ADHD bij kinderen tot en met 18 jaar is tussen 2008 en 2011 gestegen van ongeveer 55.000 naar ongeveer 74.000, een toename van ongeveer 35 procent. Dit geldt zowel voor DBC's die via de kinder- en jeugdpsychiater als voor DBC's die via de kinderarts worden geregistreerd.* In dezelfde periode is het aantal voorschriften methylfenidaat aan de groep 4 tot en met 18-jarigen met 55 procent toegenomen. Ervan uitgaande dat het aantal DBC's voor ADHD bij kinderen onder de vier jaar zeer klein is, en dat de toename in medicatiegebruik bij 18-jarigen niet exponentieel afwijkt van de toename bij 4 tot 17 jarigen, is de toename van het aantal afgesloten DBC's tussen 2008 en 2011 dus minder sterk dan de toename van het aantal voorschriften methylfenidaat aan kinderen en jeugdigen.

3.3 De prevalentie van ADHD in de algemene bevolking

Op grond van de cijfers over het gebruik van methylfenidaat en het zorggebruik voor aan ADHD gerelateerde klachten in de eerste en tweede lijn lijkt inderdaad sprake van een toename van de hulpvraag voor ADHD. De vraag is wat de betekenis daarvan is. Worden er kinderen, om wat voor reden dan ook, onterecht behandeld voor ADHD? Of is er sprake van betere herkenning en behandeling van een probleem (dat er altijd al geweest is)? Of gaan beide verklaringen voor een deel op? Om deze vragen te behandelen moet eerst het vóórkomen van ADHD onder de bevolking onder de loep worden genomen: de prevalentie.

Bij epidemiologische onderzoeken naar de prevalentie van ADHD wordt van een steekproef van kinderen – uit de algemene populatie of uit de schoolgaande populatie – door middel van rapportage door ouders, leraren, en/of experts bepaald hoeveel jeugdigen voldoen aan de criteria voor classificatie. Er is geen objectieve meetmethode om de mate van hyperactief, impulsief gedrag en/of aandachtszwakte en de daarmee samengaannde mate van disfunctioneren te bepalen.^{25,26} Het gevolg daarvan is een opvallende spreiding van de resultaten van epidemiologische onderzoeken, van 0,5 tot wel 24 procent.²⁵ Methodologische variabelen, met name het gebruikte classificatiesysteem, de manier waarop met de criteria van disfunctioneren en pervasiviteit wordt omgegaan, en de identiteit van de bron die over het kind rapporteert, hebben veel invloed op onderzoeksresultaten.

* In 2014 zijn de regels rond het hoofdbehandelaarschap in de GGZ aangescherpt waardoor een kinderarts niet meer zelfstandig een GGZ-DBC kan openen.

Onderzoeken gebaseerd op de DSM-IV classificatie voor ADHD rapporteren een hogere prevalentie dan onderzoeken gebaseerd op de ICD-10 classificatie hyperkinetic disorder of de DSM-III-R classificatie ADHD²⁶, omdat de criteria van de laatste twee strenger zijn dan die van de DSM-IV (zie paragraaf 2.2.1). Er waren ten tijde van schrijven nog geen samenvattingen van literatuur die onderzoeken gebaseerd op de DSM-5 omvatten. Veel epidemiologische onderzoeken stellen alleen de aanwezigheid van symptomen vast en laten disfunctioneren buiten beschouwing^{26,27}, wat in een hogere prevalentie resulteert dan wanneer dit criterium wel wordt meegewogen.^{26,28} Andere onderzoeken gebruiken het criterium van disfunctioneren wel, maar leggen niet uit hoe het begrip geoperationaliseerd is. Ten slotte maakt het voor de prevalentie veel uit hoe informatie uit verschillende bronnen gecombineerd wordt.^{25,26} De beoordelingen van verschillende bronnen (ouders, leraren, kinderen zelf, en teams van deskundigen) komen namelijk vaak niet overeen. Dan maakt het voor de prevalentie veel uit of informatie uit een enkele bron voldoende is om een kind als casus te rekenen of dat de rapportages overeen moeten komen. Dit hangt samen met het gebruikte pervasiviteitscriterium: in hoeveel situaties moet er sprake zijn van symptomen en/of disfunctioneren?

3.3.1 *De gemiddelde wereldwijde prevalentie van ADHD*

In 2007 is de eerste systematische meta-analyse van het epidemiologisch onderzoek naar ADHD verschenen.²⁶ De analyse omvatte 102 onderzoeken uitgevoerd tussen 1978 en 2005 bij in totaal meer dan 170.000 kinderen en adolescenten.

De wereldwijde gemiddelde prevalentie bij jeugdigen afgeleid uit de gecombineerde resultaten van alle 102 onderzoeken was 5,3 procent. Dit percentage is vergelijkbaar met bevindingen uit eerdere (niet systematische) reviews over de prevalentie van ADHD.²⁹ De gemiddelde prevalentie was 2-3 keer hoger voor jongens dan voor meisjes: 8-12 procent versus 3,5-5 procent. De prevalentie was ook leeftijdsafhankelijk: bij kinderen lag de prevalentie tussen de 5-10 procent, bij adolescenten tussen 2-4 procent. Voor Europa werd een gemiddelde prevalentie van 4,6 procent berekend (afgeleid uit 32 onderzoeken), en voor Noord-Amerika 6,2 procent (afgeleid uit 32 onderzoeken). Het verschil tussen Europa en Noord-Amerika werd volgens de auteurs veroorzaakt doordat een deel van het Europese onderzoek de ICD systematiek gebruikte, terwijl vrijwel al het Amerikaanse onderzoek de DSM gebruikte. De auteurs vinden het mede daarom aannemelijk dat er geen grote geografische verschillen zijn in de prevalentie van ADHD. Uit een epidemiologisch onderzoek van psychopathologie bij kinderen

en jeugdigen uit 44 culturen blijkt dat Nederland niet noemenswaardig verschilt van andere landen wat betreft het voorkomen van stoornissen.³⁰

In 2012 is een tweede meta-analyse van 86 epidemiologische onderzoeken verschenen waarin alleen het onderzoek is meegenomen dat ADHD volgens de DSM-IV vaststelde, dus verschenen na 1994.²⁷ Ondanks het uniforme gebruik van DSM-IV liepen de prevalentiewaarden uiteen van 4 tot 13 procent. Wanneer voor de overgebleven methodologische variabelen werd gecorrigeerd, werden de verschillen veel kleiner. Afhankelijk van de gebruikte bron (groepen experts, ouders, of leraren) werd uit de onderzoeken die de DSM-IV criteria gebruikten voor kinderen en jeugdigen een gemiddelde prevalentie van 5,9-7,1 procent afgeleid. Echter, geen enkel onderzoek in deze meta-analyse beoordeelde het disfunctioneren van het kind in meerdere settings. Het includeren van dat criterium zou resulteren in een lagere gemiddelde prevalentie.

In het in 2000 verschenen Gezondheidsraadadvies werd geschat dat 5-7 procent van de kinderen lijdt aan ADHD kenmerken in zodanige mate dat zij last of belemmering ervaren.²⁵ Deze groep omvat ook kinderen die comorbiditeit vertonen en kinderen die *sub-threshold* problematiek ervaren, dat wil zeggen dat ze wel disfunctioneren maar niet geheel voldoen aan de DSM-IV criteria. In de DSM-5 wordt uitgegaan van een prevalentiecijfer voor ADHD van 5 procent bij jeugdigen en 2,5 procent bij volwassenen.

De commissie hecht veel belang aan het meewegen van de diagnostische criteria met betrekking tot disfunctioneren en pervasiviteit en schat daarom in dat de gemiddelde prevalentie onder kinderen van vier tot achttien jaar lager is dan de gemiddelde vijf procent die is afgeleid uit onderzoek op basis van DSM criteria. Ook als de prevalentie geschat zou worden op basis van de strengere ICD-10 systematiek, zou het getal lager uitvallen dan de op de DSM gebaseerde prevalentieschattingen. Het heeft overigens slechts beperkt nut om één getal te noemen, niet alleen vanwege de hierboven genoemde beperkingen van het prevalentieonderzoek maar ook omdat de prevalentie varieert met leeftijd en afhankelijk is van geslacht. De gemiddelde prevalentie zal bij adolescenten en meisjes lager liggen dan het gemiddelde.

3.3.2 *Veranderingen in de prevalentie van ADHD in Nederland?*

Het gebrek aan eenduidigheid van de criteria waarmee de prevalentie van ADHD wordt vastgesteld maakt het lastig om uitspraken te doen over veranderingen in de prevalentie over de tijd. In het tot dusverre enige onderzoek naar de prevalentie van ADHD bij jeugdigen in Nederland (uit 1993) werd de prevalentie bij ado-

lescenten tussen de 13 en 18 jaar geschat op basis van diagnostische interviews met ouders en kinderen gebaseerd op DSM-III-R.³¹ De rapportage van de ouders leverde een percentage van 1,8 procent op, de rapportage van de kinderen 1,3 procent. Slechts in 0,4 procent van de gevallen kwamen de rapportage van ouders en kind overeen. De prevalentie van ADHD was dus 0,4 procent als de en-en regel werd gehanteerd, maar 2,7 procent als een of-of regel werd gehanteerd.

De commissie meent dat de variabiliteit van epidemiologische resultaten voornamelijk komt door het gebrek aan eenduidige diagnostische criteria, en niet door veranderingen bij de kinderen zelf. Deze interpretatie wordt voor de Nederlandse situatie ondersteund door een aantal publicaties naar het vóórkomen van psychische problemen bij kinderen en het daaraan gerelateerde zorggebruik. In onderzoek van Verhulst werden competenties en problemen van kinderen en adolescenten zoals gerapporteerd door ouders en leraren in 1983 en 1993 met elkaar vergeleken.³² Er werden geen significante verschillen gevonden in de situatie in 1983 en 1993. In een ander onderzoek werd middels steekproeven onder jeugdigen van elf tot achttien jaar gekeken naar zelfgerapporteerde emotionele en gedragsproblemen in 1993 en 2003.³³ Het onderzoek wees op een kleine afname van bepaalde gedragsproblemen bij jongens. Bij meisjes leek juist sprake van een toename van een aantal emotionele en gedragsproblemen. Dit gold vooral voor de jongere meisjes. Uit onderzoek naar het zorggebruik bij jongeren van zes tot achttien jaar in 1993 en 2003 bleek dat het zorggebruik in die periode substantieel was toegenomen, behalve bij de groep jeugdigen met de hoogste score voor probleemgedrag.³⁴

De commissie meent op basis van deze onderzoeken dat de toename van de hulpvraag niet kan worden toegeschreven aan een daadwerkelijke toename van de prevalentie van psychische problemen.

3.3.3 *De toename van ADHD in de Verenigde Staten*

Uit epidemiologische onderzoeken blijkt dat de prevalentie van ADHD wereldwijd weinig verschilt. Het aantal kinderen dat een diagnose ADHD heeft (de administratieve prevalentie) en het aantal kinderen dat medicatie voor ADHD krijgt kan echter wel sterk verschillen tussen landen. Als er in een land minder kinderen zijn met een diagnose ADHD, kan dat door vele zowel positieve (betere acceptatie van kinderen met afwijkend gedrag) als negatieve (slechtere toegang tot zorg) factoren worden veroorzaakt, die niet van elkaar te scheiden zijn. Daarom heeft een uitgebreide internationale vergelijking onvoldoende toegevoegde waarde voor dit advies. De commissie vindt het echter wel nuttig om de

situatie in de VS te schetsen, omdat het de toename van diagnose en behandeling van ADHD goed illustreert en omdat er in het maatschappelijk debat vaak naar wordt verwezen.

Uit data van het *Center for Disease Control* (CDC) blijkt dat het aantal kinderen en jeugdigen t/m 17 jaar met een diagnose ADHD tussen 2003 en 2011 gestegen is van 7,8 procent naar 11 procent.³⁵ Het aantal diagnoses verschilt per staat: in 2011 was Kentucky koploper met 18,7 procent en Nevada hekkensluiter met 5,6 procent. In 2011 gebruikten 6,1 procent van de kinderen en jeugdigen t/m 17 jaar in de VS medicatie voor ADHD. Dit percentage varieerde van 10,4 procent in Louisiana tot 2 procent in Nevada. Dit illustreert het principe dat het aantal kinderen dat gediagnosticeerd en behandeld wordt slechts beperkt afhankelijk is van de epidemiologische prevalentie, die immers weinig uiteen zal lopen tussen de staten, en voor een belangrijk deel afhankelijk is van andere factoren.

3.4 Individuele risicofactoren voor het ontwikkelen van ADHD

Voordat de commissie verder ingaat op maatschappelijke risicofactoren voor het ontstaan van ADHD, zal zij aandacht besteden aan mogelijke individuele risicofactoren. Steeds duidelijker wordt dat ADHD een heterogene stoornis is in termen van etiologie. Hieronder wordt een kort overzicht gegeven van de rol van erfelijkheid en omgevingsinvloeden bij ADHD.

3.4.1 *Genetische factoren*

De mate waarin eigenschappen erfelijk zijn, kan worden bestudeerd aan de hand van familie, adoptie, en tweelingonderzoeken. Bij familieonderzoeken wordt gekeken of eigenschappen vaker overeenkomen tussen leden van dezelfde familie dan bij niet-verwante personen. Familiale overeenkomsten kunnen echter zowel door erfelijkheid als door omgevingsinvloeden verklaard worden. Door middel van adoptieonderzoeken kunnen duidelijkere conclusies worden getrokken over erfelijkheid; als een eigenschap vaker overeenkomt tussen biologische verwanten, bijvoorbeeld ouders en kinderen, dan tussen verwanten door adoptie, bijvoorbeeld adoptieouders en kinderen, is er sprake van een erfelijke component. Uit familieonderzoeken blijkt dat ouders, broers, of zussen van kinderen met ADHD een twee tot acht maal zo grote kans hebben om zelf ook met ADHD gediagnosticeerd te worden als mensen die geen eerstegraadsfamilieleden met ADHD hebben.³⁶ Bij eerstegraads familieleden uit het adoptiegezin van geadopteerde kinderen met ADHD is er echter geen sprake van een grotere kans, wat erop duidt dat er inderdaad een erfelijk component is.³⁷

De krachtigste manier om te bepalen in welke mate verschillen tussen personen toegeschreven kunnen worden aan genetische en omgevingsfactoren zijn tweelingonderzoeken, waarbij eeneiige en twee-eiige tweelingen worden vergeleken. Eeneiige tweelingen zijn genetisch identiek, terwijl twee-eiige tweelingen gemiddeld de helft van hun genetisch materiaal delen, net als gewone broers en zussen. Het verschil tussen de mate van overeenkomst van een eigenschap bij eeneiige en twee-eiige tweelingen geeft informatie over de mate van erfelijkheid. Uit de gemiddelde resultaten van 20 tweelingonderzoeken uit de Westerse wereld blijkt dat de zogenaamde *heritability* (een maat voor de erfelijkheid, die tussen 0 en 1 ligt en aangeeft in hoeverre genetische factoren van invloed zijn op de variatie van een eigenschap binnen een populatie) 0,76 is.³⁷ Erfelijke aanleg is dus een risicofactor voor het ontwikkelen van ADHD. Dit betekent niet dat het ontwikkelen van ADHD onvermijdelijk is, wanneer iemand er genetische aanleg voor heeft: de mate waarin deze aanleg tot uiting komt, is weer afhankelijk van omgevingsinvloeden die de aangeboren eigenschappen versterken of verzwakken. ADHD is daarom een multifactoriële aandoening, waarbij genetische factoren zorgen voor een verhoogde gevoeligheid.

Door moleculair genetische technieken is inmiddels een aantal kandidaat genen geïdentificeerd die verband houden met ADHD.³⁸ Het blijkt echter lastig om te bepalen welke rol deze genen precies spelen, omdat het effect van de meeste varianten klein is (ORs tussen 1,18 en 1,46), en omdat de bijdrage van elke genvariant afhankelijk is van de populatie waarin deze bestudeerd is, en dus niet voor de hele bevolking geldt. Dit hangt samen met de genetische verschillen tussen mensen en verschillen in de omgevingsinvloeden waaraan zij worden blootgesteld: het effect van de ene genvariant kan weer teniet gedaan worden door de aanwezige varianten van andere genen of door omgevingsinvloeden. De complexiteit van dit samenspel laat zich niet makkelijk ontrafelen.

De commissie wil nog twee zaken opmerken. Ten eerste beschrijven de resultaten van erfelijkheidsonderzoek oorzakelijke verbanden: zij zeggen niets over het verloop van een aandoening en de mogelijkheden om het gedrag te veranderen. Ten tweede kent elk menselijk gedrag variatie, en die variatie is vrijwel altijd voor een deel erfelijk bepaald. Dat wil niet zeggen dat het sterker of zwakker vertonen van een eigenschap (hyperactiviteit, muzikaliteit, lenigheid, etc.) op zichzelf op een stoornis duidt.

3.4.2 Fysieke omgevingsfactoren

Er zijn veel fysieke omgevingsfactoren onderzocht op een associatie met het ontwikkelen van ADHD of symptomen als hyperactiviteit en aandachtsproblemen: pre- en dysmaturiteit (vroeggeboorte en te laag geboortegewicht), pre- en/of postnatale blootstelling aan chemicaliën*, zware metalen (zoals lood), alcohol, tabaksrook, medicijnen, kunstmatige kleurstoffen en conserveringsmiddelen, pre- en/of postnatale tekorten aan nutriënten in de voeding en blootstelling aan elektronische media.³⁹⁻⁴³ Ook psychosociale omgevingsfactoren zoals opgroeien in een instelling, mishandeld zijn op jonge leeftijd, en het meemaken van traumatische gebeurtenissen op jonge leeftijd zijn in relatie met ADHD onderzocht.^{40,41,43}

Van de meeste van deze factoren kan echter niet met zekerheid gezegd worden of zij geassocieerd zijn met het ontwikkelen van ADHD, laat staan dat er een causaal verband kan worden aangetoond. Onderzoeksresultaten zijn namelijk inconsistent of van onvoldoende methodologische kwaliteit.^{42,43} Wel is duidelijk dat het ontstaan van ADHD bij een individu zich niet laat verklaren door enkelvoudige risicofactoren, te meer omdat niet alle kinderen die zijn blootgesteld aan risicofactoren daadwerkelijk ADHD ontwikkelen.

Het valt buiten de reikwijdte van dit advies om in te gaan op de volledige lijst met risicofactoren. Een illustratief voorbeeld van factoren die goed onderzocht zijn en consistent in verband worden gebracht met ADHD zijn complicaties rondom zwangerschap en bevalling, zoals infectieziektes tijdens de zwangerschap, een laag geboortegewicht, vroeggeboorte, of zuurstofgebrek tijdens de bevalling. Deze factoren leiden tot een verhoogde kans op een verstoorde ontwikkeling op allerlei fronten. Het is daarom niet verrassend dat zij belangrijke risicofactoren zijn voor het ontwikkelen van kenmerken van ADHD bij kinderen.^{44,45} Vroeggeboorte en een laag geboortegewicht zijn het beste onderzocht. Een meta-analyse uit 2002 concludeerde dat te vroeg geboren kinderen een bijna drie keer zo grote kans hadden om een diagnose ADHD te krijgen (relatief risico $RR = 2,7$).⁴⁶ Een tweede meta-analyse, uit 2009, vond een significant verband tussen vroeggeboorte of laag geboortegewicht en aandachtsproblemen, maar geen verband met externaliserende problemen, zoals hyperactiviteit en impulsiviteit, de twee andere kernsymptomen van ADHD.⁴⁷

* Zoals ftalaten, bisfenol A (BPA), polycyclische aromatische koolwaterstoffen (PAHs), polyfluoroalkyl verbindingen (PFCS) en polychloorbifenyyl verbindingen (PCB's).

De fysieke omgevingsfactoren die hier beschreven zijn zouden het aantal gevallen van ADHD kunnen beïnvloeden. De effecten van deze factoren zijn echter relatief klein, en wijzen niet allemaal in de richting van een toename van ADHD. Bovendien worden kinderen al geruime tijd blootgesteld aan deze risicofactoren in de omgeving. Het is volgens de commissie niet aannemelijk dat de blootstelling in het afgelopen decennium zo sterk is toegenomen dat de toename van ADHD of het aantal voorschriften methylfenidaat erdoor verklaard kan worden.

3.5 De rol van maatschappelijke factoren

De toename van het medicatiegebruik voor ADHD wordt in het publieke debat over het algemeen aan maatschappelijke factoren toegeschreven. Het gaat bijvoorbeeld om de veranderde publieke attitudes ten aanzien van de psychiatrie, de veranderende eisen aan kinderen op school en in andere contexten, en de veranderingen die samenhangen met het zorg- en onderwijsstelsel. Hoewel het aannemelijk is dat deze factoren een rol kunnen spelen bij de toename van het medicatiegebruik, wijst de commissie erop dat een wetenschappelijke onderbouwing voor die veronderstelling ontbreekt. Het hiervoor benodigde sociaalwetenschappelijke onderzoek wordt relatief weinig uitgevoerd.

3.5.1 *Veranderende publieke attitudes met betrekking tot de psychiatrie*

De drempel om psychische hulp te zoeken is lager geworden, en de attitude ten opzichte van het gebruik van medicatie voor psychische aandoeningen is positiever. Volwassenen weten ook in Nederland de weg naar gespecialiseerde hulpverlening steeds beter te vinden.¹⁷ Dit kan betekenen dat ook eerder en vaker hulp wordt gezocht voor jongere kinderen met psychische klachten en dus ook die met ADHD-kenmerken. In 2012 verscheen een systematische meta-analyse van onderzoeken naar attitudes over psychische aandoeningen onder de bevolking in de westerse wereld.²³ Uit deze analyse blijkt dat mensen sinds de jaren '90 steeds beter bekend zijn met het biomedische model van psychiatrie, dat psychische aandoeningen benadert zoals somatische ziekten. Zij hebben bovendien meer kennis over verschillende aandoeningen.

De Swaan duidde dergelijke ontwikkelingen met de term proto-professionalisering: het proces waarbij leken de basishouding en begrippen van een bepaalde professie overnemen.⁴⁸ De 'proto-professionalisering' zou er toe kunnen bijdragen dat leraren en ouders steeds sneller bepaald gedrag als 'ADHD' gaan zien en daar vervolgens in psychiatrische termen over spreken bij de huisarts of gespecialiseerde hulpverlening.⁴⁸ De snelle beschikbaarheid van medische informatie

via internet kan hier verder aan bijdragen. Bovendien kunnen ouders als gevolg van de toenemende prestatiedruk meer geneigd zijn professionele hulp te zoeken voor hun kind. Hoewel deze ontwikkelingen als positief beschouwd kunnen worden – gedragsproblemen van kinderen krijgen eerder aandacht – kunnen zij ook tot gevolg hebben dat leraren en ouders aan zelfdiagnostiek gaan doen en het gedrag in psychiatrische termen gaan duiden in plaats van in opvoedingstermen. Het risico bestaat dat kinderen zo in de richting van een diagnose ADHD worden gestuurd. Ook de veranderde verhouding tussen arts en patiënt kan in deze richting werken. In een enquête onder Nederlandse huisartsen gaf ruim 87 procent van de respondenten aan dat als een patiënt een bepaald type zorg wil en daarin volhardt, hij die zorg ook zal krijgen.⁴⁹

3.5.2 *Veranderende eisen aan kinderen*

Aan iedere generatie kinderen worden weer andere eisen gesteld door veranderingen op maatschappelijk gebied. Denk hierbij aan ontwikkelingen als:

- veranderende gezinssituaties door veranderingen in gezinsgrootte, vorm, en samenlevingsvormen
- veranderende vormen van kinderopvang door veranderingen in het werkpatroon van ouders en financiering van opvang
- veranderende opvoedstijlen door veranderingen in pedagogische inzichten
- veranderingen in media door de opkomst van het internet en mobiele media
- veranderingen in het onderwijs door veranderingen in de opleiding van leraren en nadruk op bepaalde vaardigheden bij kinderen.

Een uitgebreide inventarisatie van de huidige maatschappelijke verwachtingen ten aanzien van kinderen voert te ver voor dit advies en is bovendien niet goed empirisch te onderbouwen. Daarom zal worden volstaan met een illustratief voorbeeld uit een context waar het beleid invloed op heeft: de school.

In het onderwijs is in de afgelopen decennia steeds meer nadruk gaan liggen op algemene vorming, theorie en abstracte kennis. Het belang van praktijkgericht onderwijs is juist afgenomen. De overheid investeert in een kenniseconomie waarin een hoog aantal hoogopgeleiden wordt nagestreefd. In lijn met de EU strategie 2020 wordt van de huidige generatie kinderen en jeugdigen verwacht dat ze lang in de schoolbanken blijven om een kwalificatie te halen waarmee zij een goede uitgangspositie hebben op de arbeidsmarkt. De leerplicht is in 2007 verlengd van 16 naar 18 jaar en er wordt nagedacht over mogelijkheden om jongeren tot 23 jaar zonder kwalificatie te verplichten een opleiding te volgen.

Het aantal Nederlandse jongeren dat een startkwalificatie heeft of nog onderwijs volgt is tussen 2001 en 2011 gestegen van 81 procent naar 89 procent.⁵⁰ Het aantal kinderen dat voor een HAVO of VWO opleiding kiest is toegenomen, terwijl in deze hele periode het totale aantal jongeren stabiel is gebleven.⁵¹ In het schooljaar 2009/2010 namen 85.000 kinderen deel aan het eindexamen voor HAVO of VWO, in vergelijking met 75.000 in 2005/2006. Hier staat tegenover dat het slagingspercentage met 4 procent is gedaald (van 93 procent naar 89 procent voor het VWO en van 89 procent naar 85 procent voor de HAVO). Uit het voorgaande kan voorzichtig worden geconcludeerd dat de druk om op school te presteren voor kinderen is toegenomen. Het is goed mogelijk dat kinderen met ADHD kenmerken daardoor tegen beperkingen oplopen waar zij in een minder veeleisende omgeving minder last van zouden hebben gehad.

3.5.3 *Veranderingen in het zorg- en onderwijsstelsel*

In 2008 werd de bekostiging van de curatieve GGZ overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) met als doel een systeem van gereguleerde concurrentie, net als in de somatische zorg.⁵² Daarmee werden ook zogenaamde Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) geïntroduceerd in de GGZ, waarmee zorgaanbieders hun zorg kunnen declareren bij de verzekeraars. Het College voor zorgverzekeringen, thans Zorginstituut Nederland, stelde dat er alleen sprake is van verzekerde geneeskundige GGZ, als er sprake is van een DSM-stoornis.⁵³ Zorgverleners in de GGZ moeten daarom bij het openen van een DBC een keuze maken voor een classificatie uit de DSM. Het systeem van prestatiebekostiging in de zorg houdt dus in dat het stellen van een diagnose en het leveren van zorg, zorginstellingen wat oplevert, en het niet stellen ervan (en het niet leveren van zorg) niet. Er is dus voor zorginstellingen een financiële prikkel ingevoerd om diagnoses te stellen en zorg te leveren. Die prikkel kan gematigd worden door de afspraken die verzekeraars en zorgaanbieders onderling maken. Zo wordt er in de GGZ op dit moment veel gewerkt met contracten met omzetmaximering.

De verplichting om een DSM-label te kiezen voor vergoeding kan in de hand werken dat hulpverleners bij problematiek die niet precies aan een DSM-classificatie voldoet toch een diagnose stellen, zodat het kind behandeld kan worden. Als gevolg van het schrappen van minder zware labels is deze keuze nog scherper geworden; de behandelaar komt voor de keuze te staan tussen niet-behandelen of het stellen van een zwaardere diagnose.

De vraag is in hoeverre deze situatie zal veranderen na invoering van de basis-GGZ en de nieuwe jeugdwet per 1 januari 2015. De verantwoordelijkheid

voor de jeugd-ggz wordt dan overgeheveld van de zorgverzekeraars naar de gemeenten in het kader van de Jeugdwet. De decentralisatie van de jeugdhulp gaat gepaard met een bezuinigingsmaatregel. Gemeenten hebben aangegeven in elk geval tot en met 2017 gebruik te maken van de bestaande bekostigingssystematiek van de jeugd-GGZ.

Ook in het onderwijs, waaronder ook het (voortgezet) speciaal onderwijs, wordt de DSM (of ICD-10) gebruikt als indicatiecriterium, met name voor het verkrijgen van Leerlinggebonden financiering (extra geld voor begeleiding van leerlingen) voor de school. Dit is een prikkel voor scholen om op een diagnose voor moeilijke leerlingen aan te sturen. Als vanaf 1 augustus 2014 de leerlinggebonden financiering wordt afgeschaft en het Passend onderwijs wordt ingevoerd zal die financiering ten goede komen aan regionale samenwerkingsverbanden van scholen, waarbij het doel nog steeds is om leerlingen die hulp behoeven te ondersteunen. Binnen een samenwerkingsverband wordt dan gekeken op welke school leerlingen met een speciale onderwijsbehoefte geplaatst kunnen worden. Een DSM classificatie van leerlingen geldt dan niet meer als vereiste. Sommige onderwijsprofessionals willen het classificeren meer handelingsgericht toepassen: er wordt dan minder uitgegaan van de ‘stoornis’, en meer van de ‘onderwijsbehoefte’, die samenhangt met een classificatie.⁵⁴

De kenmerken van zorg- en onderwijsstelsels hebben in de afgelopen jaren dus gewerkt in de richting van een toename van het aantal diagnoses ADHD – hoewel er geen causaal verband te leggen is. Wel kan worden verwacht dat als de financiële prikkels blijven bestaan, de toename van het aantal diagnoses nog verder zal stijgen. Het is afwachten wat de effecten zullen zijn van de voorgenomen beleidswijzigingen met betrekking tot de jeugd-GGZ en het onderwijs.

3.6 Conclusie

De commissie heeft in dit hoofdstuk de toename van het voorschrijven van medicatie en van het zorggebruik voor ADHD bij kinderen geanalyseerd. Het aantal voorschriften voor methylfenidaat, het meest gebruikte medicijn bij ADHD, is bij kinderen van vier tot achttien jaar tussen 2003 en 2012 meer dan verviervoudigd. Het aantal kinderen dat met problematiek gerelateerd aan kenmerken van ADHD bij de huisarts komt is tussen 2002 en 2011 ongeveer verdubbeld. Het aantal afgesloten DBC's voor ADHD is tussen 2008 en 2011 met ongeveer een derde toegenomen. Het is opvallend dat de toename van aan ADHD gerelateerde problematiek in de eerste en tweede lijn minder sterk is dan de toename van het

aantal voorschriften methylfenidaat. De commissie heeft hiervoor geen verklaring.

Het is onwaarschijnlijk dat er tussen 2003 en 2012 sprake is geweest van een sterke toename van de prevalentie van ADHD door veranderingen in genetische factoren of fysieke omgevingsfactoren. Er zijn aanwijzingen uit Nederlands onderzoek dat de prevalentie van psychische problematiek gelijk blijft, terwijl de hulpvraag toeneemt. In het publieke en ook het sociaalwetenschappelijke debat worden maatschappelijke ontwikkelingen vaak aangewezen als verklaring voor de toename van de hulpvraag voor psychische klachten in het algemeen en ADHD in het bijzonder. Het is waarschijnlijk dat systeemprikkels in zorg en onderwijs hebben bijgedragen aan een toename van diagnoses. De commissie acht deze prikkels onwenselijk. De toename van het medicatie- en zorggebruik voor ADHD bij kinderen en jeugdigen wordt naar het oordeel van de commissie hoogstwaarschijnlijk veroorzaakt door een combinatie van deze prikkels en maatschappelijke factoren.

Worden nu terecht meer kinderen behandeld, is er sprake van overbehandeling, of zijn beide het geval? Enerzijds ligt het medicatie- en zorggebruik nog (iets) onder de op basis van de DSM geschatte prevalentie van ADHD van 5 procent. Anderzijds is de commissie van mening dat het prevalentiecijfer van 5 procent lager uit zou vallen als er meer rekening zou worden gehouden met de criteria van disfunctioneren en pervasiviteit. Een prevalentiecijfer op basis van de striktere ICD-10 criteria zou eveneens lager uitvallen. Hierdoor komen de cijfers over medicatiegebruik in een ander daglicht te staan. Bovendien zijn niet alle kinderen die voldoen aan de criteria voor ADHD noodzakelijkerwijs gebaat bij een diagnose en medicamenteuze behandeling. De snelheid waarmee het aantal medicatievoorschriften is toegenomen, baart de commissie in ieder geval zorgen. De hypothese dat sommige kinderen ten onrechte medicatie krijgen, kan de commissie echter onvoldoende onderbouwen. Daarvoor is meer informatie nodig over de manier waarop kinderen in zorg komen voor klachten gerelateerd aan ADHD: hoe verloopt de signalering, diagnostiek en behandeling in de praktijk? Dit onderwerp komt aan bod in hoofdstuk 5.

De behandeling van jongeren met ADHD

De behandeling van ADHD kan bestaan uit een breed scala aan interventies. In dit hoofdstuk zal de commissie op een rij zetten wat bekend is over de effectiviteit van deze behandelingen. Daarnaast zal zij aandacht besteden aan interventies voor scholen die gericht zijn op het functioneren in de klas van kinderen met kenmerken van ADHD.

4.1 Verschillende typen uitkomstmaten

Een belangrijke vraag bij de beoordeling van effectiviteit van behandeling is wat geëigende uitkomstmaten voor effectiviteit zijn. Kortetermijnuitskomstmaten die gericht zijn op de kernsymptomen van ADHD volgens de DSM, aandachtszwakte, hyperactiviteit en impulsiviteit, worden het meest gebruikt in het klinisch onderzoek. Kinderen worden echter meestal niet verwezen vanwege de kernsymptomen op zichzelf, maar vanwege problemen op school en thuis die ermee samenhangen. Symptoomreductie is weliswaar van belang, maar tegelijk is deze uitkomst een intermediair eindpunt. Het doel is het verbeteren van het algemeen functioneren, in gezin, school en samenleving. Daarom zijn uitkomstmaten die het functioneren zelf meten ook van belang. Naast de kernsymptomen en comorbide kenmerken (andere gedragsproblemen, angst, somberheid) wordt daarom onderscheid gemaakt in secundaire kenmerken als interacties binnen

gezin, omgang met leeftijdgenoten, functioneren op school (werkhouding), leerprestaties, en kwaliteit van leven.

Ook de samenhang van ADHD met slechtere gevolgen op de lange termijn (zie paragraaf 2.3) is van groot belang. Effectiviteit van een behandeling op de korte termijn impliceert niet zonder meer effectiviteit op lange termijn. Langetermijneffecten zijn veel moeilijker vast te stellen omdat langdurig gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek daarnaar nauwelijks uitvoerbaar is.

4.2 Verschillende typen interventies

Medicamenteuze behandelingen met stimulantia, vooral preparaten van methylfenidaat en amfetamine, en gedragstherapie zijn de best onderzochte interventies voor de behandeling van ADHD. Het effect van medicatie is goed onderzocht door middel van gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken (RCT's) met een geblindeerde opzet. Dit wordt nog steeds als de gouden standaard voor medisch onderzoek beschouwd. Het onderzoek naar niet-farmacologische interventies is niet altijd op dezelfde manier uit te voeren. Ten eerste is het niet altijd mogelijk om deze interventies met behulp van geblindeerde onderzoeken te onderzoeken. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer de interventie bestaat uit een (streng) dieet. Daardoor bestaat het gevaar van inflatie van resultaten door het placebo effect, selectie-effecten (bijvoorbeeld wanneer alleen kinderen die niet gunstig reageren op medicatie worden geïncludeerd in bepaald onderzoek) en voorkeurseffecten (bijvoorbeeld dat ouders die weten dat hun kind op bepaalde soorten voeding reageert eerder geneigd zijn om aan dit type onderzoek mee te doen) en niet-specifieke behandel-effecten (bijvoorbeeld het aanbrengen van een duidelijke structuur in het dagprogramma als onderdeel van een interventie). Daarnaast worden niet-farmacologische interventies vaak onderzocht bij groepen kinderen die al een medicamenteuze behandeling ondergaan, waardoor het precieze effect van de niet-farmacologische interventie moeilijker te bepalen is.

Het beschikbare onderzoek naar de effectiviteit van interventies voor de behandeling van ADHD is uitgebreid samengevat en geëvalueerd in meta-analyses en systematische reviews. De resultaten van deze meta-analyses komen in grote lijnen overeen, maar op sommige punten zijn er verschillen. Dit hangt samen met methodologische verschillen tussen de analyses, zoals verschillen in de inclusiecriteria voor onderzoeken of verschillen in de uitkomstmaten die gebruikt worden. In een achtergronddocument bij dit advies geeft de commissie een overzicht van meta-analyses (in de afgelopen vijf jaar verschenen) naar de effectiviteit van verschillende typen interventies.¹⁰⁶ Waar niet voldoende gegevens uit meta-analyses voorhanden waren, werden ook gewone onderzoeksarti-

kelen besproken. Interventies waarvoor onderzoek geen enkele aanwijzing van effectiviteit heeft opgeleverd zoals meditatie, homeopathie en acupunctuur, en interventies die nog te weinig onderzocht zijn om genoeg te kunnen zeggen over de effectiviteit (zoals sporttherapie) zijn niet meegenomen. De commissie hanteert waar mogelijk een in de sociale wetenschappen gebruikelijke indeling in effectgrootte: *klein*, *middelmatig* of *groot* (volgens Cohen's *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*).⁵⁵

4.3 Medicamenteuze behandeling

Er worden twee groepen medicijnen onderscheiden die bij ADHD worden voorgeschreven: de stimulantia (onder meer methylfenidaat en dextro-amfetamine), en de middelen die niet tot de psychostimulantia behoren (onder meer atomoxetine). Methylfenidaat en langer werkende vormen van methylfenidaat worden in Nederland veruit het meest gebruikt. Stimulantia zijn het best onderzocht voor de leeftijdsgroep van 6 tot 18 jaar. Deze middelen zijn niet geregistreerd voor gebruik door kinderen jonger dan 6 jaar, maar in sommige gevallen kan een specialist besluiten toch medicatie voor te schrijven.

Het effect van stimulantia op kernsymptomen van ADHD (hyperactiviteit, impulsiviteit en aandachtszwakte) is goed onderzocht in het eerste jaar na begin van behandeling en minder uitgebreid tot 2 jaar na begin van behandeling. Bij de meeste patiënten verminderen de symptomen onder invloed van behandeling sterk. Er zijn ook positieve effecten waargenomen op symptomen van CD/ODD (antisociaal gedrag / gedragsstoornis), sociaal functioneren en sommige cognitieve functies.⁵⁶⁻⁵⁹ De effectiviteit van medicatiegebruik op deze uitkomstmaten is volgens de commissie als groot te kwalificeren (zie het achtergronddocument voor verder omschrijving van de gevonden effecten). Er is na medicamenteuze behandeling echter geen sprake van normalisatie van kinderen met ADHD ten opzichte van leeftijdgenoten: de symptomen en problemen in het functioneren verdwijnen slechts voor een deel.

Ook de effectiviteit van medicatie op leerprestaties is vrij uitgebreid onderzocht.^{60,61} Dit is een belangrijk aspect bij de beoordeling van effectiviteit van behandeling, omdat de problemen die kinderen met ADHD ervaren vooral in een schoolcontext tot uiting komen; ze maken minder werk af en halen lagere cijfers – ook na correctie voor IQ. Uit het onderzoek naar de effecten van medicatie op korte termijn blijkt een toename van 9-14 procent in de taakgerichtheid en een toename van 12-15 procent in de hoeveelheid voltooid werk bij kinderen met ADHD die met medicatie behandeld worden. De nauwkeurigheid van het schoolwerk neemt echter niet toe. Uit longitudinale onderzoeken blijkt dat langdurig

medicatiegebruik weliswaar geassocieerd is met een kleine verbetering van scores op gestandaardiseerde toetsen, maar niet met betere cijfers en minder zitten blijven.⁶¹ Er is dus geen sterk bewijs voor een significant effect van medicamenteuze behandeling op de leerprestaties van kinderen met ADHD.

4.3.1 *Nadelen van medicatiegebruik*

Zoals alle medicijnen hebben middelen voor ADHD bijwerkingen. Methylfenidaat, het meest gebruikte medicijn, heeft als meest voorkomende bijwerkingen slaapproblemen, nervositeit, hoofdpijn, een verminderde eetlust en groeiachterstanden.^{58,62,63} Wanneer bijwerkingen na eventuele verlaging van de dosering niet verdwijnen kan een tweede keus middel voorgeschreven worden of gestopt worden met medicatie.

Er is geen uitsluitsel te geven over de veiligheid van langdurig medicatiegebruik. Het beschikbare onderzoek suggereert dat de risico's zeer klein zijn, en daarom niet opwegen tegen de voordelen van behandeling.⁶⁴ Dat neemt niet weg dat patiënten goed gemonitord moeten worden voor mogelijke bijwerkingen, en dat regelmatig moet worden vastgesteld of medicatiegebruik nog nut heeft of dat het gebruik kan worden gestaakt.^{62,63} Dat geschiedt echter onvoldoende.⁵⁹ De commissie acht meer onderzoek naar langetermijneffecten op somatisch en psychisch functioneren wenselijk.

Omdat jongeren met een diagnose ADHD een grotere kans hebben op verslaving dan andere jongeren is de relatie tussen ADHD, medicatie en verslaving veel onderzocht. Hieruit blijkt dat medicatiegebruik het risico op verslaving niet verhoogt.⁶⁵ Het is onduidelijk of medicatiegebruik een beschermend effect tegen verslaving heeft: sommige onderzoeken rapporteren dit wel, andere niet. Een recent onderzoek onder Nederlandse, Duitse en Belgische jeugdigen rapporteert een beschermend effect van medicamenteuze behandeling tegen middelenmisbruik.⁶⁶

Naast de farmacologische effecten van medicatie bij ADHD is er ook veel discussie over ethische aspecten en sociaal-psychologische gevolgen van het gebruik van psychofarmaca bij kinderen. Wanneer is het toepassen van medicatie bij ADHD een gepaste behandeling en wanneer gaat het over in *enhancement*⁶⁷ ('verbetergeneeskunde')? Wat betekent het voor jongeren om een diagnose ADHD te krijgen en medicijnen te gebruiken die hun gedrag beïnvloeden?^{63,68,69}

4.4 Psychosociale interventies

De commissie beschrijft in deze paragraaf de meest gebruikte psychosociale interventies, die worden onderverdeeld in psycho-educatie, interventies gebaseerd op gedragstherapeutische principes en (neuro)cognitieve interventies.

4.4.1 *Psycho-educatie*

Psycho-educatie heeft als doel om patiënten en hun omgeving te informeren over de stoornis en de behandeling. Positieve effecten van psycho-educatie zouden liggen in het bevorderen van de relatie tussen patiënt en zorgverlener, het opheffen van onduidelijkheden bij patiënten en ouders, en patiënten en ouders in staat stellen om actief deel te nemen aan het besluitvormingsproces rondom hun behandeling.⁷⁰ Het bewijs voor de effectiviteit is nog beperkt gezien het gebrek aan een consensus over de inhoud van psycho-educatie, de heterogeniteit van de uitkomstmaten, en de beperkte methodologische kwaliteit van een deel van het beschikbare onderzoek. Het positieve effect van psycho-educatie bij kinderen en adolescenten wordt echter door het grootste deel van de literatuur ondersteund. Ook clinici beschouwen psycho-educatie vaak als een essentieel onderdeel van de behandeling. De commissie merkt daarbij tevens op dat psycho-educatie hoort bij een goede zorgverlening, onder meer omdat ouders het belangrijk vinden om een verklaring voor het gedrag van hun kind te krijgen.

4.4.2 *Gedragsinterventies*

Interventies gebaseerd op gedragstherapeutische principes omvatten gedragstherapie (zoals mediatietherapie), cognitieve gedragstherapie (bijvoorbeeld leren plannen en organiseren, stop-denk-doe programma's) en overige gedragsinterventies (zoals sociale vaardigheidstraining). De consensus is dat cognitieve gedragstherapie niet bewezen werkzaam is bij de behandeling van ADHD. Er is eveneens geen evidentie voor de werkzaamheid van het trainen van sociale vaardigheden bij het kind. Gezien het belang van participatiebevordering, waaronder het functioneren op school, voor kinderen en jeugdigen met ADHD, merkt de commissie op dat effectieve (cognitieve) gedragstherapeutische interventies die zich richten op het ontwikkelen van vaardigheden als plannen en organiseren, zeer gewenst zijn. Met het oog op de toekomst is het daarom hoopvol dat uit een recent uitgevoerde RCT een gunstig effect blijkt van een vaardigheidstraining op

tijdsmanagement en organisatie- en planningsvaardigheden bij kinderen met ADHD.⁷¹

Bij de behandeling van ADHD wordt meestal gebruikgemaakt van mediatie-therapie. In deze vorm van indirecte gedragstherapie leren ouders, leraren of eventueel anderen intensief, consistent en langdurig bepaalde leerprincipes toe te passen in de omgang met het kind. Daarbij wordt gebruikgemaakt van systematische stimuluscontrole technieken en beloningssystemen om gewenst gedrag te bevorderen en wordt ongewenst gedrag genegeerd of bestraft. Mediatie-therapie via de ouders is ook bekend onder de term *parent management training* of ouder-training.

De commissie concludeert uit haar analyse van de literatuur dat het effect van mediatie-therapie door ouders en leraren op de kernsymptomen van ADHD niet eenduidig is, variërend van geen tot een groot effect.^{59,72-75} Wanneer alleen gerandomiseerde, gecontroleerde, en geblindeerde (waarbij het gedrag van het kind door een neutrale observator beoordeeld wordt en niet door de ouders of leraren die de interventie hebben uitgevoerd) interventies worden beschouwd, blijven slechts zeven onderzoeken ter beoordeling over. Hieruit blijkt geen significant effect van gedragstherapie op de kernsymptomen van ADHD bij het kind.⁷⁴ Wanneer ook onderzoeken die de beoordeling door ouders en leraren meenemen worden beschouwd is het effect klein tot middelmatig.^{59,74} Wanneer minder strenge inclusiecriteria worden gehanteerd voor beoordeelde onderzoeken, waardoor aanzienlijk meer onderzoeken (114) kunnen worden meegewogen, valt het effect van gedragstherapie op kernsymptomen van ADHD nog positiever uit: middelmatig tot groot.⁷²

Op afgeleide uitkomstmaten is het effect van gedragsinterventies eenduidiger. Met betrekking tot symptomen van CD/ODD (antisociaal gedrag / gedragsstoornis) en sociaal gedrag zijn deze interventies volgens de beschikbare literatuur – ook wanneer alleen geblindeerde onderzoeksopzetten worden meegenomen – middelmatig effectief, bijna net zo effectief als medicatie.^{59,76} Bovendien hebben gedragsinterventies een positief effect op de opvoedvaardigheden van de ouders.⁷⁶ De verbetering van opvoedvaardigheden van ouders zou zeker op termijn gunstig kunnen uitpakken voor het kind. Net als voor medicatie geldt dat de effectiviteit van gedragsinterventies met name goed is onderzocht in het eerste jaar na het begin van behandeling en minder uitgebreid na 2 jaar van het begin van behandeling. De effectiviteit op de langere termijn is niet vastgesteld.

4.4.3 *Medicatie in combinatie met mediatietherapie*

Omdat zowel medicamenteuze als mediatietherapie beperkingen hebben, is er veel belangstelling voor multimodale behandelingen die een combinatie van beide omvatten. Er is gepostuleerd dat deze benadering effectiever zou zijn dan een enkelvoudige benadering, omdat de effecten van verschillende behandelingen additief kunnen zijn. Uit onderzoek blijkt dat kortwerkend methylfenidaat even effectief is als de combinatie hiervan met mediatietherapie als het gaat om het reduceren van ADHD kernsymptomen of het verbeteren van sociaal gedrag.⁵⁹ Hoewel vaak wordt aangenomen dat de effecten van medicatiegebruik en mediatietherapie additief zijn, is dit alleen het geval wanneer lage doseringen medicatie worden gebruikt, anders is het effect van medicatie te overheersend.⁵⁹ Dit impliceert dat een lagere dosering kan volstaan wanneer medicatiegebruik wordt gecombineerd met mediatietherapie. Op symptomen van CD/ODD (anti-sociaal gedrag / gedragsstoornis) is het effect van combinatie therapie groter dan dat van medicatie alleen.⁵⁹

4.4.4 *(Neuro)cognitieve interventies*

De commissie maakt onderscheid tussen twee categorieën (neuro)cognitieve interventies voor de behandeling van ADHD: cognitieve trainingen en neuro-feedback. Cognitieve trainingen zijn interventies om executieve vaardigheden die bij kinderen met ADHD verzwakt kunnen zijn (concentratievermogen, werkgeheugen, inhibitie en cognitieve flexibiliteit) te versterken, en daarmee het gedragsmatig functioneren te verbeteren.

Cognitieve interventies hebben een klein tot middelmatig effect op de executieve vaardigheden waar zij op gericht zijn.⁷⁷ Het effect van cognitieve trainingen is afhankelijk van de onderzoeksmethodologie. Uit ongeblindeerde beoordelingen van kinderen blijkt een middelmatig effect op kernsymptomen, cognitieve prestaties en gedrag.^{74,77} Er is echter geen bewijs dat cognitieve trainingen effectief zijn wanneer wordt gemeten met objectieve methodes, zoals prestaties op cognitieve tests of schooltoetsen, of uit geblindeerde beoordelingen van kinderen.^{74,77} Daarbij geldt wel de kanttekening dat er nog maar weinig kwalitatief goed onderzoek is gedaan.

Neurofeedback is een training om het patroon van hersengolven op een *real-time* electroencephalogram te beïnvloeden. De gedachte erachter is dat klachten worden veroorzaakt door een afwijkend patroon van hersengolven die bijgestuurd

kunnen worden om zo een vermindering van symptomen te bewerkstelligen. De effectiviteit van neurofeedback, is sterk afhankelijk van de gehanteerde onderzoeksmethodologie.^{74,78-80} Uit niet-gerandomiseerd en uit ongeblindeerd gerandomiseerd onderzoek blijkt een middelmatig tot groot effect van neurofeedback op kernsymptomen van ADHD, maar uit gerandomiseerd, geblindeerd en placebo-gecontroleerd onderzoek blijkt geen effect op kernsymptomen of het cognitief functioneren.^{74,79,81,82}

4.5 Voeding

Er zijn twee typen hypothesen over de mogelijke rol van voeding bij ADHD. Enerzijds is gepostuleerd dat ADHD symptomen kunnen worden veroorzaakt of verergerd door een tekort aan bepaalde voedingsstoffen. Aanleiding voor deze hypothesen is dat sommige ADHD patiënten lage waarden van bepaalde nutriënten in hun bloed hebben. Specifieke voedingsstoffen waarvan gesuggereerd is dat zij een effect op ADHD zouden kunnen hebben, zijn meervoudig onverzadigde vetzuren (met name omega-3 en omega-6 vetzuren), omdat waargenomen is dat ADHD patiënten een tekort hebben aan met name omega-3 vetzuren. Voor andere nutriënten, zoals ijzer en zink, zijn soortgelijke hypothesen geformuleerd, maar deze zijn niet door onderzoeksresultaten bevestigd.^{83,84}

Anderzijds is gepostuleerd dat bepaalde stoffen in het voedsel ADHD symptomen zouden kunnen veroorzaken of verergeren. Deze gedachte ligt aan de basis van het onderzoek naar restrictieve eliminatiediëten, waarbij bepaalde voedingsstoffen waar overgevoeligheid voor zou kunnen bestaan uit het dieet worden geëlimineerd als behandeling voor ADHD.

Uit het beschikbare onderzoek blijkt dat suppletie van omega-3/6 vetzuren slechts een zeer klein effect heeft op ADHD kernsymptomen.^{74,85,86} Restrictieve eliminatiediëten blijken in sommige onderzoeken ADHD kernsymptomen te reduceren bij een deel van de behandelde patiënten. De resultaten verschillen echter behoorlijk tussen onderzoeken: sommige vinden geen effect, andere een klein effect, en enkele een middelmatig tot groot effect.^{74,87} Het feit dat slechts een paar onderzoeken een groot effect rapporteren, dat sterk afwijkt van de resultaten van alle andere onderzoeken, doet de auteurs van meta-analyses twijfelen aan de validiteit van deze resultaten.^{74,87} De gevonden effectgroottes worden sterk beïnvloed door methodologische variabelen, met name selectiecriteria met betrekking tot deelnemers en de blinding van onderzoeken.^{74,87} Wanneer alleen geblindeerde onderzoeken worden beschouwd is het effect van restrictieve eliminatiediëten niet significant.^{74,87} Voor restrictieve eliminatiediëten die specifiek op kunstmatige kleurstoffen zijn gericht geldt dat zij alleen effect hebben bij kin-

deren die gevoelig zijn voor deze stoffen, volgens de berekening van Nigg e.a. 8 procent van de kinderen met ADHD.⁸⁷ Gezien de resultaten acht de commissie het effect van eliminatie van kunstmatige kleurstoffen voor de algemene populatie kinderen met ADHD onbewezen. Bij kinderen met een gevoeligheid voor kunstmatige kleurstoffen is er sprake van een klein effect van eliminatie van kunstmatige kleurstoffen.

4.6 De langetermijneffectiviteit van behandelingen voor ADHD

In hoofdstuk 2 werd besproken dat jongeren die voldoen aan de criteria voor een diagnose ADHD, op lange termijn slechtere uitkomsten (gezondheidskundige of psychosociale gevolgen) hebben dan hun leeftijdsgenoten.^{13,61} In vergelijking met korte termijn effecten zijn de effecten van medicatie en andere behandelingen voor ADHD op de lange termijn nauwelijks onderzocht en aanzienlijk controversiëler. Twee jaar na het begin van medicamenteuze therapie neemt de effectiviteit van medicamenteuze therapie op groepsniveau af, evenals de therapietrouw.⁵⁷ Het grootste lange termijn follow-up onderzoek naar de behandeling van ADHD concludeerde dat het type behandeling (medicatie, mediatietherapie of een combinatie van beide) dat een kind tussen 7 en 10 jaar voor een periode van 14 maanden ontvangt, een minder goede indicator is voor de langetermijn prognose vergeleken met andere factoren. De klinische presentatie in de kindertijd, inclusief ernst van ADHD symptomen, comorbide symptomen van CD/ODD (antisociaal gedrag / gedragsstoornis), intelligentie, sociale factoren, initiële respons op behandeling, en het functioneren in de adolescentie zijn betere indicatoren.⁵⁸ Kinderen met een sociaaldemografisch voordeel en minder gedragsproblemen, die het beste op behandeling reageren, hebben de beste lange termijn prognose.

Sommige onderzoeken lijken te duiden op een positief effect van medicamenteuze behandeling op langetermijnuitskomsten, maar die resultaten zijn niet gekwantificeerd.¹³ Andere onderzoeken concluderen daarentegen dat er nauwelijks aanwijzingen zijn dat medicatiegebruik zorgt voor een significante verbetering van de lange termijn prognose op het gebied van psychiatrische problemen, leerprestaties, werk, sociaal functioneren en kwaliteit van leven.^{58,61,63} De commissie merkt op dat effectiviteit van medicatie op symptoomreductie op korte termijn ook een positieve uitwerking kan hebben op langere termijn. Er is daarnaast een aanzienlijke hoeveelheid onderzoek dat laat zien dat medicatiegebruik de morfologische ontwikkeling van de hersenen van kinderen met ADHD kan bijsturen⁸⁸, hoewel niet duidelijk is wat dit voor het functioneren betekent.

De commissie is van mening dat de effectiviteit van medicamenteuze en andere behandelingen op de lange termijn wetenschappelijk onbewezen is. Zij voegt daaraan toe dat uit de klinische ervaring een inconsistent effect van lange termijn behandeling met medicatie blijkt: bij sommige kinderen treedt na vele jaren nog steeds symptoomreductie op, bij anderen is dat niet het geval.⁶³ Deze indruk is lastig met onderzoek te staven omdat er nauwelijks wordt geïnvesteerd in onderzoek naar lange termijn effecten van behandeling. Daarnaast is het gezien de bewezen effectiviteit van met name mediatetherapie en medicamenteuze behandeling op ethische gronden niet meer mogelijk om langdurige gerandomiseerde trials uit te voeren, waardoor men aangewezen is op observationele onderzoeken.⁶³ Het gebrek aan duidelijk bewijs voor de lange termijn effectiviteit van medicamenteuze therapie wordt door sommigen gezien als een argument om ADHD niet met medicatie te behandelen. De commissie is het daar niet mee eens: dat het effect op de lange termijn niet vaststaat, vindt zij geen doorslaggevend argument om van behandeling af te zien die op korte termijn effectief is.

4.7 De kosteneffectiviteit van behandelingen voor ADHD

ADHD brengt zowel zorgkosten als maatschappelijke kosten met zich mee. In 2004 werden de jaarlijkse zorgkosten van een kind met ADHD in Nederland op 1.173 euro geschat, in vergelijking met 288 euro voor kinderen met gedragsproblemen, maar zonder ADHD en 117 euro voor kinderen zonder gedragsproblemen en zonder ADHD.⁸⁹ Dit bedrag betreft niet alleen de kosten van behandeling, maar ook bijvoorbeeld medische kosten gerelateerd aan ongelukken. Daarnaast zijn er indirecte kosten gerelateerd aan ADHD: kosten gerelateerd aan productiviteitsverlies bij de ouders, kosten van speciaal onderwijs en juridische kosten. De vraag die centraal staat bij kosteneffectiviteitsonderzoek is of de kosten (zorgkosten, ziektelast, maatschappelijke kosten) van een behandeling opwegen tegen de baten. De resultaten van deze analyses kunnen verschillen afhankelijk van het standpunt dat wordt ingenomen: een verzekeraar zal de kosten en baten anders wegen dan een beleidsmaker. De eerste is voornamelijk geïnteresseerd in het reduceren van ziektelast, de tweede ook in effecten op andere terreinen, zoals werk, school en het juridisch stelsel.

De systematische review van Wu laat consistent zien dat medicamenteuze behandeling kosteneffectief is vergeleken met geen behandeling.⁹⁰ Er is echter slechts beperkt bewijs voor de kosteneffectiviteit van medicamenteuze behandeling (en andere behandelingen) op de lange termijn. De meeste onderzoeken beslaan slechts de eerste 12-14 maanden na het begin van behandeling.⁹⁰

Medicamenteuze behandeling is ook kosteneffectief vergeleken met gedragstherapie in de algemene populatie kinderen met ADHD evenals bij patiënten zonder comorbiditeit.⁹⁰ Deze conclusie wordt ook getrokken in het kosteneffectiviteitsonderzoek naar de MTA studie: een langlopend onderzoek in een groot cohort waarbij de effectiviteit van intensief begeleide medicamenteuze behandeling, gedragstherapie en een combinatie van beide werd vergeleken met *care as usual*.^{91,92} Intensief begeleide medicamenteuze behandeling was kosteneffectiever dan de andere behandelmodules en is waarschijnlijk de meest kosteneffectieve optie voor de routinebehandeling van kinderen met ongecompliceerde ADHD.^{91,92} Onder bepaalde condities bij kinderen met comorbiditeit was de combinatie van intensief begeleide medicamenteuze behandeling met gedragstherapie enigszins kosteneffectiever dan medicamenteuze behandeling alleen.⁹² De wijze van kostenweging is doorslaggevend voor hoe deze analyse uitvalt. Iemand die de directe kosten wil drukken zal intensief begeleide medicamenteuze therapie als het meest kosteneffectief beschouwen. Iemand die bereid is om hogere directe kosten te accepteren in afwachting van besparingen op langere termijn (bijvoorbeeld bij justitie) zal een behandelmodule die ook gedragstherapie omvat als het meest kosteneffectief beschouwen.⁹¹

Volgens Wu e.a. laten de bestaande vergelijkingen tussen verschillende vormen van medicamenteuze therapie over het algemeen geen sluitende conclusies toe.⁹⁰ Gebaseerd op een klein aantal onderzoeken kan geconcludeerd worden dat atomoxetine als tweede keus behandeling kosteneffectief is wanneer stimulantia niet het gewenste effect hebben. De onderzoeken met vergelijkingen tussen methylfenidaat en amfetaminepreparaten trekken tegenstrijdige conclusies over de kosteneffectiviteit, waardoor hier geen uitspraak over gedaan kan worden. Het bestaande onderzoek suggereert dat langwerkend methylfenidaat kosteneffectief is vergeleken met kortwerkend methylfenidaat.⁹⁰

Het beschikbare onderzoek naar kosteneffectiviteit kent enkele beperkingen doordat soms verschillende populaties werden onderzocht, met verschillende methodologieën en uitkomstmaten. Per vergelijking die gemaakt werd tussen twee behandelmodules waren meestal slechts een of twee onderzoeken beschikbaar voor de meta-analyse van Wu e.a.⁹⁰ Ook wanneer onderzoeken vanuit maatschappelijk oogpunt waren ingestoken werden veel indirecte kosten niet meegewogen, waardoor geen volledig beeld kon worden geschetst. Effectiviteit van behandeling kan variëren tussen subgroepen in de patiëntenpopulatie, waardoor ook de kosteneffectiviteit kan verschillen. Om een voorbeeld te geven: als een interventie effectief is als het gaat om het reduceren van opstandig gedrag is dat alleen relevant voor de subgroep die dit gedrag daadwerkelijk vertoont. De kosteneffectiviteit zal lager zijn wanneer de interventie bij de hele populatie

wordt uitgevoerd, dan wanneer dat alleen bij de subpopulatie met opstandig gedrag gebeurt. Dit blijkt ook uit de analyses van de MTA studie.^{91,92}

Ten slotte zijn de nieuwste medicijnen die geregistreerd zijn voor de behandeling van ADHD nog niet geïncorporeerd in de analyses van medicamenteuze therapie.⁹⁰ Dit geldt logischerwijs ook voor behandelmethodes waarvan de effectiviteit nog ter discussie staat, zoals cognitieve trainingen en neurofeedback, die kostbaar kunnen zijn, en eliminatiediëten, waarbij de ouders de kosten van het aanpassen van de voedingsgewoonten moeten dragen.

4.8 Aanpassing van de omgeving voor drukke en ongeconcentreerde kinderen

Bovenstaande paragrafen hebben betrekking op de individuele behandeling van kinderen met ADHD, die voldoen aan de criteria voor een klinische diagnose. Naast deze groep kinderen is er ook een groep kinderen met minder ernstige problematiek die gedrag vertoont met kenmerken van ADHD. Voor die brede groep lijkt een op het individu toegespitste (medische) behandeling niet gepast. Daarom besteedt de commissie in deze paragraaf aandacht aan manieren om de schoolse omgeving van deze kinderen zodanig in te richten dat de problemen die het kind en de omgeving ervaren worden geminimaliseerd. Ook gaat de commissie in op de ondersteunende rol van een pedagogische *civil society*.

4.8.1 Schoolklimaat

In de context van de school wordt regelmatig een hulpvraag geformuleerd, zowel door leerlingen en ouders als door leraren die niet goed weten hoe om te gaan met kinderen met ‘lastig’ gedrag. Als een leraar in geval van gedragsproblemen zogenaamde ‘handelingsverlegenheid’ ervaart, bestaat de kans dat hij of zij een kind zal willen verwijzen voor psychodiagnostiek, terwijl het problematische gedrag wellicht op andere manieren ondervangen kan worden. Overigens is adequaat pedagogisch handelen van leraren niet alleen van belang voor de brede groep kinderen die ‘lastig’ gedrag vertonen, maar ook voor de kinderen die wel voldoen aan de criteria voor de stoornis ADHD.

Wat betreft de aanpak of preventie van probleemgedrag binnen school kunnen drie verschillende niveaus worden onderscheiden, een universeel, een selectief en een geïndiceerd niveau, waarbij ieder niveau gericht is op een verschillende groep kinderen.⁹³ Op het primaire, universele niveau gaat het om aandacht voor schoolnormen en algemene gedragsregels en methoden van expliciete instructie en klassenmanagement, die in principe gericht zijn op het collec-

tief: de hele klas of school. Op het secundaire niveau gaat het om selectieve interventies die uitgaan van groepen kinderen met een specifiek risicoprofiel. Op het tertiaire niveau gaat het om geïndiceerde interventies gericht op kinderen die individueel afgestemde hulp nodig hebben.⁹³ In de praktijk blijken interventies vooral goed bij het universele of geïndiceerde niveau te passen. Verwacht mag worden dat een aanpak op verschillende niveaus het succes van een specifieke interventie zal versterken. Een selectieve of geïndiceerde interventie profiteert van een goede basis (school/klassenregels, pedagogisch klimaat).

Op het universele niveau draait het om een goede algemene pedagogisch-didactische aanpak van de leraar. Er bestaan veel schoolklimaat- en antipestprogramma's, maar de effectiviteit hiervan is doorgaans niet aangetoond. Taakspel is de meest bekende klassenmanagementmethode op dit niveau, al bestaan er ook andere veelbelovende programma's die vergelijkbaar zijn. Taakspel is niet specifiek gericht op de groep kinderen met ADHD maar is in het algemeen gericht op een voorspelbare omgeving in de klas en maakt gebruik van positieve bekrachtiging. Leraren passen de methode toe om leerlingen uit groep 3 tot 8 te stimuleren zich aan bepaalde klassenregels te houden en meer taakgericht te werken. Het is niet bekend hoeveel (basis)scholen momenteel gebruik maken van Taakspel. Er zijn nog geen meta-analyses of systematische reviews over de effectiviteit van Taakspel gepubliceerd, maar wel zijn verschillende onderzoeken in internationale en nationale context uitgevoerd. Taakspel is de enige preventieve schoolinterventie die volgens het Nederlands Jeugd Instituut 'bewezen effectief' is in het reduceren van beginnend problematisch (regelovertrekend) gedrag en het verbeteren van het taakgerichte gedrag.

In een recent longitudinaal onderzoek onder 759 basisschoolleerlingen van 6 tot 12 jaar werden de verschillen in effectiviteit van Taakspel voor verschillende subgroepen onderzocht.⁹⁴ Bij iets minder dan de helft van de totale groep werd een verhoogd risico op gedragsproblemen vastgesteld. Deze groep werd in 5 verschillende risicoprofielen ingedeeld. De leerlingen speelden in 2 opeenvolgende schooljaren Taakspel, waarbij een derde van de deelnemende klassen als controlegroep (onderwijs *as usual*) fungeerde. Voor alle leerlingen werden gedragsproblemen aan het begin gemeten en na twee jaar. In tegenstelling tot het algemene beeld uit de (internationale) literatuur bleek uit dit Nederlandse onderzoek dat het niet zozeer de kinderen waren met (beginnende) gedragsproblemen die van Taakspel profiteren, maar vooral de kinderen met internaliserende problemen en kinderen die gemakkelijk het slachtoffer worden van pesterijen. Kinderen met een hoog beginniveau van externaliserende gedragsproblemen, vaak gecombineerd met aandachtsproblemen en sociaal-emotionele problemen, bleken niet of onvoldoende vooruitgang te boeken met Taakspel.⁹⁴

Er zijn verschillende voorbeelden van interventies die zich specifiek richten op kinderen met gediagnosticeerde ADHD dan wel symptomen van ADHD zonder dat voldaan wordt aan de diagnostische criteria.⁹⁵ Deze interventies bestaan uit mediatietherapie door de leraren, waarbij gebruik gemaakt wordt (positieve) feedback en beloningen en het aanbrengen van een duidelijke structuur en regelmaat in de klas. Het in Nederland ontwikkelde *Druk in de klas* programma biedt intensieve, individuele programma's wanneer een goed basisklimaat in de klas onvoldoende helpt en kan zonder training door de leraar worden uitgevoerd. Momenteel loopt een Nederlandse gerandomiseerde effectstudie naar het *Druk in de klas* programma. Een ander programma is *Een nieuwe koers*, dat tot doel heeft om de werkhouding van kinderen met ADHD te verbeteren. Door middel van observatietechnieken, psycho-educatie en gedragstherapeutische technieken leren leraren samen met ouders een maatplan te ontwikkelen en uit te voeren, waardoor de werkhouding, het zelfbeeld en de sociale interacties van de leerling verbeteren. Er is effectonderzoek gedaan naar *Een nieuwe koers*, waarin een experimentele groep vergeleken werd met een controlegroep; hieruit bleek een significante verbetering op enkele relevante uitkomstmaten voor de experimentele groep.⁹⁶

Uit 10 van de 14 onderzoeken naar leraarinterventies gericht op ADHD in de klas bleek dat deze interventies een gunstig effect hebben op ADHD gedrags-symptomen en opstandig gedrag in de klas, in vergelijking met onbehandelde controlegroepen.⁹⁵ Uit 4 van 6 onderzoeken bleek een gunstig effect op gehoorzaamheid en sociale vaardigheden. Het beoordelen van de effectiviteit van deze interventies wordt bemoeilijkt door de grote diversiteit; sommige zijn alleen op de leraar gericht, andere zijn multimodaal. De elementen en intensiteit van de interventies verschillen behoorlijk. Daarbij is een aantal van de onderzoeken door de ontwikkelaars van de interventies zelf uitgevoerd, wat tot een gekleurd beeld kan leiden. De commissie verwacht dat zorgleerlingen met ADHD kenmerken met name bevattelijk zijn voor de strategieën van leraren (gebaseerd op lessen uit mediatherapie en/of geïndiceerde interventies) als het pedagogische klimaat in algemene zin op orde is.

4.8.2 *De pedagogische civil society en herstelbenadering*

In de sociologische / pedagogische literatuur wordt op een meer abstract maatschappelijk niveau gesproken over ondersteuning bij opvoedingsvraagstukken, waaronder vraagstukken rond de omgang met kinderen met ADHD kenmerken. Pleitbezorgers van de zogeheten pedagogische *civil society* benadrukken dat problemen rond ADHD niet als problemen van individuen gezien moeten worden

die enkel binnen de ‘microcosmos’ van het gezin en de school spelen, maar veel-
eer in een brede sociale omgeving.⁹⁷ Voor een goede ontwikkeling van kinderen
en jongeren is een hoge mate van sociaal kapitaal nodig: betrokkenheid bij de
opvoeding en een gevoel van medeverantwoordelijkheid van ouders en de wij-
dere sociale omgeving. In deze visie is het belangrijk om te investeren in
gemeenschapsnetwerken, omdat de cohesie van gemeenschapsnetwerken in veel
Westerse landen is afgenomen, zo blijkt uit sociologisch onderzoek.⁹⁷ Onlangs
heeft het NJI projecten opgezet om ondersteuning en advies aan gemeenten te
geven bij het versterken van zulke netwerken. Daar kan onder meer onder vallen:
maatjesprojecten, ‘eigen kracht conferenties’ en ondersteuning van ouders van
kinderen met ADHD door andere ervaringsdeskundigen.

Een voorbeeld van een ondersteuningsnetwerk van ouders werd onlangs ont-
wikkeld door oudervereniging Balans. Voor ouders van pubers met (kenmerken
van) ADHD, opstandig gedrag of ASS werd een ‘ouderpower’ cursus aangeo-
boden. Daarbij spreken ouders elkaar over duidelijk beschreven thema’s. Dat
gesprek wordt begeleid door speciaal daarvoor getrainde ervaringsdeskundige
ouders. De eerste honderd cursisten waardeerden de cursus met name omdat ze
‘anders naar hun eigen kind gaan kijken’. Balans biedt verder onderlinge hulp via
de advies en informatiedienst waar vragen van ouders en anderen beantwoord
worden door getrainde ervaringsdeskundigen. In 2013 ging het om 4.902 ant-
woorden per telefoon en 2.238 antwoorden per email. (Bron: Balans).

Het programma Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid (HEE)
past goed binnen de ideeën van de *civil society*. HEE is ontstaan als een bewe-
ging van mensen met ervaringen als patiënt in de GGZ en niet specifiek gericht
op ADHD noch op genezing van psychische stoornissen, maar juist op het
omgaan met (vaak chronische / terugkerende) psychische problemen. Daartoe
worden patiënten werkwijzen en strategieën aangereikt om zichzelf te leren hel-
pen omgaan met kwetsbaarheden. HEE biedt trainingen aan hulpverleners over
deze herstelondersteunende zorg. Een HEE-team bestaat uit ervaringsdeskundige
docenten die voorlichting geven en zelfhulpgroepen, studiedagen en cursussen
organiseren.

Vanwege de nadruk op vrijwilligheid en zelfbeschikking kan de *civil society*
geen garanties bieden. Het moet dan ook gezien worden als een aanvulling op en
niet als een alternatief voor jeugdhulp die door de overheid wordt gefinancierd
en aangestuurd.⁹⁸

4.9 Conclusie

Het effect van medicamenteuze therapie op kernsymptomen bij kinderen met ADHD is op groepsniveau op de korte termijn het grootst en bovendien kosteneffectief. Medicamenteuze behandeling heeft ook een positief effect op symptomen van CD/ODD (antisociaal gedrag / gedragsstoornis) en sociaal gedrag. Er leven echter meer maatschappelijke bezwaren tegen medicamenteuze therapie dan tegen andersoortige interventies voor kinderen met ADHD. Medicamenteuze therapie is relatief invasief, er zijn lichamelijke bijwerkingen en over de veiligheid op lange termijn is geen definitief uitsluitsel te geven. Bovendien is de effectiviteit op de lange termijn (langer dan twee jaar na het begin van de behandeling) niet aangetoond. Ook het effect van medicatie op belangrijke afgeleide uitkomstmaten, met name schoolprestaties, is onbewezen. Dit maakt dat niet zonder meer voor (uitsluitend) medicamenteuze behandeling moet worden gekozen bij de behandeling van ADHD.

Het is lastig om een uitspraak te doen over de effectiviteit van mediatietherapie (oudertraining of leraartraining) met betrekking tot de kernsymptomen van ADHD, omdat het gevonden effect sterk afhankelijk is van hoe met blinding van onderzoeken wordt omgegaan en omdat de typen interventies en opzet van het onderzoek heel variabel zijn. Daarom varieert het in de literatuur gerapporteerde effect van geen effect tot een middelmatig tot groot effect. Als men echter andere uitkomstmaten dan kernsymptomen beschouwt, zoals symptomen van CD/ODD (antisociaal gedrag / gedragsstoornis) en sociaal gedrag, benaderen de effecten van mediatietherapie die van medicamenteuze therapie. Er is bovendien een duidelijk positief effect op de opvoedvaardigheden van ouders. Dat zou op langere termijn een gunstig effect kunnen sorteren op de ontwikkeling van kinderen. Daarbij rapporteren ouders en leraren dat deze interventies effectief zijn en dat zij er tevreden over zijn. De combinatie van medicatie met mediatietherapie voor ouders of leraren is net zo effectief als medicatie alleen en maakt wellicht een lagere dosering mogelijk.

De andere behandelingen voor ADHD zijn volgens de commissie op grond van het beschikbare bewijsmateriaal onbewezen, of zijn alleen effectief bij specifieke subgroepen van kinderen met ADHD.

Er is geen effect aangetoond van medicamenteuze of mediatietherapie op langetermijnuitskomsten (zoals bijvoorbeeld het afmaken van een opleiding, het vinden en behouden van werk en het ontwikkelen van persoonlijke relaties). Kinderen met ADHD met een sociaaldemografisch voordeel en minder gedragsproblemen

hebben de beste lange termijn prognose. Voor deze kinderen geldt dat het risico van ADHD wordt verminderd door een beschermende context.

Mediatietherapie door leraren gebaseerd op gedragstherapeutische principes en het bieden van heldere structuur en positieve feedback lijken een positief effect te sorteren op het gedrag van kinderen met externaliserende gedragsproblemen in de klas, al is er nog onvoldoende onderzoek uitgevoerd om zeker te zijn van de effecten. Volgens de commissie dient mediatherapie in een integrale schoolaanpak te worden ingebed voor een optimaal resultaat. Die integrale aanpak behelst het adequaat pedagogisch-didactisch handelen van leraren (waaronder heldere instructie, klasorganisatie en emotionele ondersteuning) en kan worden ondersteund door universele preventieprogramma's.

ADHD in de praktijk

In dit hoofdstuk gaat de commissie in op de praktijk van het signaleren, diagnosticeren en behandelen van ADHD in Nederland. Centraal staat daarbij de vraag hoe de zorgverlening is georganiseerd en hoe patiëntenstromen lopen. Voor de invulling van de zorg zijn richtlijnen opgesteld door diverse betrokken beroepsgroepen. De multidisciplinaire richtlijn voor ADHD uit 2005 is de belangrijkste en zal daarom als uitgangspunt voor dit hoofdstuk worden genomen.⁹⁹

5.1 ADHD volgens de richtlijn en in de praktijk

De multidisciplinaire richtlijn ADHD en de door het Trimbos Instituut ontwikkelde Toolkit ADHD uit 2011 beschrijven welke actoren welke rollen (zouden moeten) spelen bij de processen van signalering, diagnostiek en behandeling van ADHD.^{99,100} Op dit moment zijn er meerdere multidisciplinaire richtlijnen ADHD in de maak voor huisartsen, de jeugdgezondheidszorg, en de jeugdzorg. De commissie heeft aan de hand van de beschikbare informatie over de praktijk geprobeerd te achterhalen in hoeverre de processen van signalering, diagnostiek en behandeling van ADHD in de praktijk overeenkomen met beschrijvingen in de richtlijn en waar knelpunten zitten.

5.1.1 *Signalering en doorverwijzing*

Volgens de richtlijn

...het proces waarbij ouders/verzorgers en leraren, vaak in samenspraak met de huisarts of schoolarts, bepaalde problemen in de ontwikkeling of het functioneren opmerken of bepaalde kenmerken in het gedrag van het kind als opvallend beoordelen en het vermoeden hebben dat deze kenmerken interfereren met de normale cognitieve, sociaal-emotionele en/of didactische ontwikkeling.⁹⁹

Signalering is volgens deze definitie niet specifiek voor de ADHD kenmerken, maar gaat over problemen in het algemeen.⁹⁹ De richtlijn veronderstelt dat de signalering van de ADHD-problematiek voornamelijk gedaan wordt door ouders en leraren. Hulpverleners in de (jeugd)gezondheidszorg moeten er vervolgens voor zorgen dat het kind in het juiste diagnostische kanaal terecht komt. Wanneer zowel beperkingen van de cognitieve en/of sociaal-emotionele ontwikkeling als ADHD-kenmerken zijn gesignaleerd, bestaat een indicatie voor diagnostiek. Het doorverwijzen voor diagnostiek zal vaak door intern begeleiders, artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg, huisartsen, kinderartsen, kinderneurologen, Bureau Jeugdzorg en de Onderwijs Advies Dienst worden gedaan.⁹⁹ De richtlijn acht het wenselijk dat ouders/verzorgers, leraren en hulpverleners in de (jeugd)gezondheidszorg goed op de hoogte zijn van kenmerken die horen bij de diagnose ADHD en van de mogelijkheid van comorbiditeit, en dat de hulpverleners snel doorverwijzen voor nader onderzoek. De tijd tussen de hulpvraag en het verlenen van hulp moet zo kort mogelijk blijven.

In de praktijk

De sociale omgeving van een kind, met name ouders en leraren, speelt een cruciale rol bij de signalering van aan ADHD gerelateerd gedrag en problemen in de ontwikkeling of het functioneren. Het proces van 'proto-professionalisering', besproken in paragraaf 3.5.1, zou er toe kunnen bijdragen dat ouders en leraren steeds sneller bepaald gedrag als 'ADHD' gaan zien en daar vervolgens in psychiatrische termen over spreken bij de huisarts of gespecialiseerde hulpverlening.⁴⁸

Uit gesprekken met professionals krijgt de commissie de indruk dat de school anno 2014 een belangrijke rol speelt in het signaleren van problemen. Ouders zouden regelmatig door school worden aangeraden om hulp te zoeken voor het

kind, in sommige gevallen ook wanneer de ouders zelf geen grote problemen zien.

Uit onderzoek blijkt dat leraren bij 2 tot 4 procent van hun leerlingen inschatten dat ze enige mate van ADHD kenmerken (stoornis in de aandacht en/of overactief gedrag) vertonen. Dat blijkt uit data van de PRIMA en COOL cohorten, beide gebaseerd op een landelijk representatieve steekproef onder leerlingen uit verschillende groepen van 420 reguliere basisscholen in Nederland. In 2004 rapporteerden de docenten bij 2,2 procent van in totaal 31.830 leerlingen enige mate van ADHD kenmerken. (Bron: PRIMA meting). In 2010 was dit 2,7 procent van in totaal 19.615 leerlingen (bron COOL meting). De percentages verschiden iets per groep, met de hoogste percentages in groep 4. Met uitzondering van groep 8 lagen de percentages leerlingen met ADHD kenmerken iets hoger bij de scholen met een hoge concentratie leerlingen uit lage sociaal economische milieus.

Volgens de rapportage van het AHAD project (zie paragraaf 5.2.1) kopen sommige scholen 'blokken/consulten' in bij tweedelijns particuliere praktijken.¹⁰¹ Onder de betrokken zorgverleners bestaat de indruk dat dit frequent leidt tot een medicatieadvies waarbij de niet medische behandeling niet of onvoldoende aan bod komt. Ouders ervaren soms druk vanuit school en behandelaar om de medicamenteuze behandeling snel te accepteren.¹⁰¹ Deze indruk van de huidige situatie wijkt af van bevindingen van promotieonderzoek dat tien jaar geleden uitgevoerd is: hier werd juist opgemerkt dat ouders zich op school vaak niet gehoord voelden met betrekking tot de problemen van hun kinderen.¹⁰² Uit dit onderzoek bleek eveneens dat veel kinderen in de GGZ komen zonder eerst bij hun huisarts te zijn geweest. Zij werden via andere kanalen, mogelijk via de schoolarts of intern begeleider, doorverwezen.

5.1.2 Diagnostiek

Volgens de richtlijn

Diagnostiek is het proces waarbij de probleemgebieden in het functioneren van het kind in alle nuances worden beschreven en waarbij tevens de ontwikkeling van het kind op veel verschillende deelgebieden uitvoerig in beeld wordt gebracht. Hierbij hoort een inventarisatie van verschillende omgevingsvariabelen die van invloed zijn op het functioneren van het kind. Het diagnostisch proces geeft aanknopingspunten voor prioritering in de behandeling.⁹⁹

Classificatie vindt plaats wanneer de probleembeschrijving wordt getoetst aan de formele criteria van een classificatiesysteem, meestal de DSM. Hierdoor kan de

problematiek geassocieerd worden in de categorie ADHD of in meerdere categorieën.

Classificatie en diagnostiek zijn dus verschillende processen, al worden ze in het publieke debat, met name wanneer het over de DSM gaat, vaak gelijkgesteld. Classificatie gebeurt op grond van algemene kenmerken die niet specifiek voor het individuele kind zijn en is slechts een onderdeel van diagnostiek. Bij diagnostiek wordt juist wel naar de kenmerken en omstandigheden van het individuele kind gekeken. De richtlijn stelt een aantal eisen aan de diagnostische fase. Zo hoort de diagnostiek te worden uitgevoerd door GZ-psychologen en/of kinder- en jeugdpsychiaters, doorgaans in een multidisciplinair verband en met een arts die een somatische beoordeling kan doen.⁹⁹ De betrokken hulpverleners moeten daartoe op basis van kennis en ervaring gekwalificeerd zijn. De diagnose behoort tot stand te komen door observatie van het kind in verschillende situaties en door naasten van het kind te bevragen. Tijdens de diagnose moet de hulpverlener alert zijn op comorbiditeit. Ten slotte zou het aantal hulpverleners dat zich bezighoudt met de diagnose van een kind zoveel mogelijk moeten worden beperkt, voor zover dat binnen een multidisciplinair verband mogelijk is. De richtlijn beveelt aan dat hulpverleners zich ervoor beijveren dat al vóórdat de diagnose gesteld is (of als er uiteindelijk geen diagnose volgt) hulp geboden wordt.

In de praktijk

Ook over de diagnostiek van ADHD zijn niet veel cijfers verkrijgbaar en moet de commissie het voornamelijk doen met indrukken uit de praktijk. Volgens de toolkit ADHD van het Trimbos instituut wordt diagnostiek in Nederland vaak te uitvoerig, in de eerste fase na aanmelding, of juist te minimaal, als vervolgdagnostiek tijdens de behandeling, uitgevoerd.¹⁰⁰ Dat de betrokkenheid van een specialist in de meeste gevallen een voorwaarde is voor diagnostiek, zoals in de richtlijn staat, impliceert dat diagnostiek voor het overgrote deel in de tweede lijn plaats zou moeten vinden. Uit onderzoek van het NIVEL naar doorverwijzingen door huisartsen in geval van ADHD problematiek blijkt dat vooral het aantal verwijzingen naar de psychiatrie en eerstelijns psychologen in de afgelopen jaren is toegenomen, zoals te zien is in tabel 4. Dit onderzoek betrof de doorverwijzingen van kinderen die in huisartspraktijken geregistreerd werden

Tabel 4 Overzicht verwijscijfers ‘Geheugen-/ concentratie-/ oriëntatietoornissen’, ‘Overactief kind/ hyperkinetisch syndroom’, ‘Andere zorgen gedrag kind’ (clustering ICPC codes P20, P21, P22) voor jongens en meisjes apart en samen per 1.000 ingeschreven patiënten van 0-17 jaar.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Verwezen</i>										
Jongens	4,47	3,52	5,92	5,96	7,37	7,49	9,70	10,28	10,83	7,78
Meisjes	0,97	2,02	2,05	2,38	2,34	2,17	3,57	4,36	4,71	3,56
Totaal	2,77	2,79	4,04	4,22	4,95	4,92	6,74	7,43	7,89	5,75
<i>Pediatrie</i>										
Totaal	1,09	0,83	1,03	1,00	0,99	0,84	1,11	0,93	1,14	0,99
<i>Psychiatrie</i>										
Totaal	0,53	1,01	1,36	1,80	2,24	2,46	3,23	4,24	4,51	2,79
<i>Riagg</i>										
Totaal	0,53	0,46	1,06	0,73	1,01	0,76	1,25	1,17	0,86	0,53
<i>(Eerstelijns)psycholoog</i>										
Totaal	0,22	0,20	0,36	0,32	0,28	0,49	0,73	0,62	0,77	0,62
<i>Jeugd gezondheidszorg</i>										
Totaal	-	-	-	-	0,19	0,18	0,14	0,02	0,07	0,43
<i>Overig^a</i>										
Totaal	0,53	0,35	0,56	0,57	0,54	0,55	0,66	0,74	0,75	0,56
<i>Aantal verwijzingen</i>										
Totaal	2,90	2,85	4,37	4,41	5,25	5,29	7,12	7,74	8,10	5,91

^a Bij ‘Overig’ gaat het om verwijzingen naar o.a. fysiotherapie (kwam het meeste voor), maatschappelijk werk, neurologie, logopedie, ergotherapie, neurologie en diëtetiek. In enkele gevallen werden kinderen verwezen naar de wijkverpleging, chirurgie, dermatologie, interne geneeskunde, oogheelkunde, keel-neus-oorheelkunde, allergologie, cesartherapie, podotherapie, orthopedie en een klinisch genetisch centrum.

met tenminste een van de drie gehanteerde coderingen voor klachten die met ADHD verband kunnen houden (zie ook paragraaf 3.2.1). De verwijzingen naar de psychiatrie stegen behalve absoluut ook relatief; in 2002 bestond 18 procent van het totaal aantal doorverwijzingen bij kenmerken van ADHD uit verwijzingen naar de psychiatrie, in 2010 was dat 56 procent. Het NIVEL kan de afname van het aantal verwijzingen bij kenmerken van ADHD in 2011 niet verklaren, maar mogelijk komt het door een teruggang in de registratiegraad van verwijzingen in het huisartseninformatiesysteem.

Op basis van de informatie die de commissie tot haar beschikking heeft kan geen conclusie worden getrokken over de kwaliteit van de diagnostiek in Nederland. Uit buitenlands onderzoek blijkt dat het niet vanzelfsprekend is dat diagnostiek volgens de criteria plaatsvindt. Het Zwitserse onderzoek van Bruchmuller e.a. uit 2012¹⁰³ toetste de hypothese dat professionals zich niet aan de DSM-IV of ICD-10 criteria voor classificatie houden, maar eerder vertrouwen op hun eigen beeld

van een ‘typische casus ADHD’ bij het stellen van een diagnose. In 16,7 procent van de casussen die niet aan de criteria voldeden werd toch een diagnose ADHD gesteld. Bij de jongensvarianten van de casussen werd tweemaal zo vaak een diagnose ADHD gesteld als bij de meisjesvarianten, terwijl de casussen verder identiek waren. De auteurs concludeerden dat de onderzochte professionals zich onvoldoende aan de criteria voor classificatie hielden, en dat er sprake was van overdiagnostiek en beïnvloeding van de diagnose door persoonlijke *bias*, bijvoorbeeld met betrekking tot geslacht. Of dit ook in de Nederlandse praktijk speelt is onbekend.

5.1.3 *Behandeling*

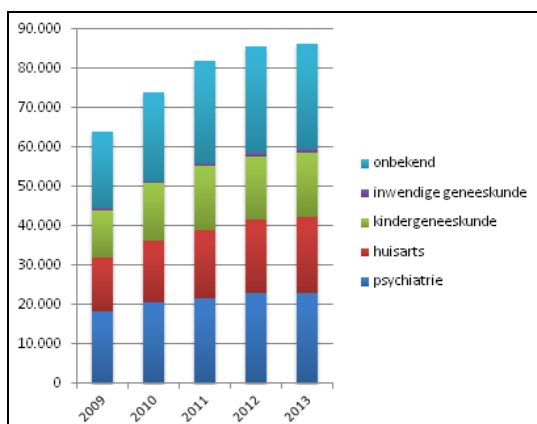
Volgens de richtlijn

De multidisciplinaire richtlijn ADHD doet een aantal aanbevelingen m.b.t. de behandeling van kinderen met stimulantia.⁹⁹ Zo moet deze worden geïnitieerd door een arts met kennis en ervaring van de problematiek. Een huisarts mag daarom, tenzij hij of zij aanvullende expertise heeft opgedaan, alleen op advies van een specialist behandeling inzetten. De somatische controles inclusief de beoordeling van therapietrouw en het voorschrijven van herhalingsreceptuur kunnen wel door de huisarts worden uitgevoerd. De richtlijn beveelt frequente controles aan om de effectiviteit te verhogen en te monitoren, net als de bijwerkingen. Goed ingestelde kinderen moeten minimaal eens per half jaar gezien worden door een arts met kennis en ervaring met deze problematiek om het effect van de medicatie te beoordelen, de dosering eventueel aan te passen en te beoordelen of de medicatie gestopt kan worden.

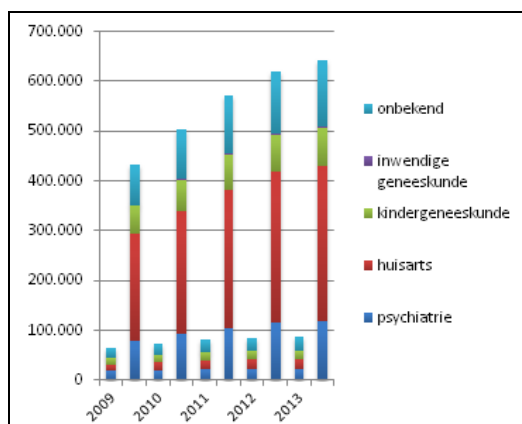
De richtlijn geeft aan dat psychosociale interventies verschillen in effectiviteit. Mediatetherapie (ouder- en leraartrainingen) is volgens de richtlijn over het algemeen bewezen effectief, terwijl cognitief gedragstherapeutische interventies (bij het kind: probleemoplossings- en zelfinstructie trainingen) overwegend niet effectief zijn.⁹⁹ Mediatetherapie kan de eerste keuze zijn voor veel gevallen van milde tot matige ADHD bij kinderen, waar geen urgentie is tot een snelle (farmacologische) interventie. Er mag echter geen onnodige vertraging zijn met het toepassen van medicatie voor deze kinderen als er geen verbetering optreedt.^{99,100} Voorlichting over behandelingsmogelijkheden moet volledig zijn zodat ouders en kinderen een weloverwogen keuze kunnen maken tussen medicatie en gedrags-therapeutische interventies of de combinatie hiervan.¹⁰⁰

In de praktijk

In paragraaf 3.1 constateerde de commissie dat het gebruik van methylfenidaat onder kinderen en jeugdigen in een periode van tien jaar meer dan verviervoudigd is. De richtlijn beschouwt het initiëren van medicamenteuze behandeling in principe als de taak van kinderartsen en kinder- en jeugdpsychiaters, tenzij het om een (huis)arts gaat die specifieke kennis van en ervaring met ADHD problematiek heeft. De huisarts zou – naast signalering – vooral een rol hebben in het verzorgen van de herhalingsrecepten.⁹⁹ In de praktijk bestaat het beeld dat de medicamenteuze behandeling van kinderen ook door de huisarts geïnitieerd wordt, zelfs wanneer deze geen specialistische kennis over ADHD heeft opgedaan. Dit beeld wordt ondersteund door data van de SFK over de verschillende soorten voorschrijvers van medicatie voor ADHD, zie figuur 8 en 9.



Figuur 8 Eerste voorschriften methylfenidaat (merendeel nieuwe patiënten) aan jeugdigen van 4 t/m 18 jaar, per medische beroepsgroep. Bron: SFK.



Figuur 9 Eerste voorschriften methylfenidaat in vergelijking met vervolguitgiften aan jeugdigen van 4 t/m 18 jaar, per medische beroepsgroep. Bron: SFK.

Hierbij geldt dat wanneer een klant wisselt van apotheek, of wanneer de eerste uitgifte bij een ziekenhuisapotheek gebeurt, een eerste vervolguitgifte geregistreerd wordt als eerste uitgifte. Zo ontstaan er dus dubbelingen in het aantal eerste uitgiften. Dat wil zeggen dat het aantal eerste uitgiften in werkelijkheid lager is dan hier is weergegeven. Desondanks kan ervan uit worden gegaan dat het merendeel van de eerste uitgiften daadwerkelijk een uitgifte aan een nieuwe gebruiker betreft.

De vraag is of bij elke eerste uitgifte een volledig diagnostisch traject is gevolgd, of dat de behandeling is geïnitieerd in afwachting van diagnostiek, geheel zonder diagnostiek, of zelfs als misplaatste vorm van diagnostiek (sommige zorgverleners menen ten onrechte dat alleen kinderen die voldoen aan de diagnostische criteria voor ADHD reageren op een behandeling met stimulantia). De data geven gezien de kanttekeningen echter slechts een aanwijzing en laten geen definitieve conclusie toe over hoe vaak behandeling van ADHD door de huisarts geïnitieerd wordt.

Het blijkt lastig om aan cijfers over het toepassen van psychosociale interventies in Nederland te komen. Volgens de toolkit ADHD worden in de klinische praktijk op dit moment voornamelijk de cognitief gedragstherapeutische interventies toegepast, die juist niet effectief lijken¹⁰⁰, maar het is niet duidelijk wat de bron van deze uitspraak is. De commissie heeft uit haar praktijkervaring de indruk dat mediatietherapie wel wordt toegepast, maar niet altijd. Ook zou mediatietherapie niet vaak genoeg de eerste keuze behandeling zijn bij milde tot matige klachten, zoals de richtlijn voorschrijft.

5.2 De veranderende rol van de eerste lijn in de GGZ

In het kader van het streven naar gepaste zorg wordt steeds vaker de vraag gesteld of laagcomplex psychosociale problematiek wel in de tweede lijn thuis hoort (voor een overzicht van verwijzingen van aan ADHD gerelateerde problematiek door de huisarts zie tabel 4 in paragraaf 5.1.2). De vraag die veel wordt gesteld is of deze psychosociale problematiek niet laagdrempeliger en kosteneffectiever in de eerste lijn / huisartsenzorg kan worden gediagnosticeerd en/of behandeld, als daar de nodige kennis en ervaring is. De vergelijking kan hier worden gemaakt met somatische ketenzorgprogramma's zoals de diabeteszorg, die mogelijk worden gemaakt door het inzetten van gespecialiseerde ondersteuners in de huisartsenpraktijk. Ook de jeugdgezondheidszorg zal in de toekomst een rol krijgen in het omgaan met de hulpvraag van ouders van kinderen met gedragsproblemen: de staatssecretaris van VWS is voornemens om 'normalisering' op te nemen in het basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg.

Een belangrijke ontwikkeling is verder de opkomst van de Praktijkondersteuner Huisarts-Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ). De POH-GGZ biedt ondersteuning aan de huisarts voor de levering van de reguliere huisartsenzorg aan patiënten met geestelijke gezondheidsproblematiek. Een van de taken van de POH-GGZ is het ondersteunen van de huisarts bij het bepalen of een patiënt doorverwezen moet worden en zo ja, waarheen: naar de basis-GGZ (meestal houdt dit een beperkt aantal sessies met een GGZ psycholoog in) of naar de

tweedelijns GGZ. Wanneer de patiënt in de praktijk zelf geholpen kan worden speelt de POH-GGZ een rol bij de behandeling. Op deze manier wordt de triage van patiënten efficiënter en worden niet onnodig zware middelen ingezet. Ook voor kinderen met ADHD is dit model recent toegepast. Twee pilotprojecten zijn uitgevoerd om de zorgverlening voor kinderen met ADHD, en/of andere psychosociale problematiek, in de huisartsenpraktijk te verbeteren.

5.2.1 *Zorggroep Katwijk*

In Katwijk is het AHAD project (Alle Hens Aan Dek) in samenwerking met Curium-LUMC (Leids Universitair Medisch Centrum), academisch centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie, ontwikkeld.^{101,104} Bij dit project, dat loopt van 2009 tot 2015, worden kinderen van 6 tot 18 jaar met psychosociale problemen binnen de huisartsenpraktijk onderzocht met behulp van de praktijkondersteuner GGZ. Tussen 2009 en 2012 is het aantal deelnemende huisartsen gestegen van 7 naar 22 en zijn 300 kinderen onderzocht. De doelstelling van het programma voor ADHD is om van de nulde tot en met de tweede lijn een multidisciplinair ketenzorg programma te ontwikkelen om de zorg voor kinderen met ADHD te verbeteren. Hiertoe werken huisartsen samen met het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) Katwijk, eerstelijnspsychologen en kinderpsychiaters. Het streven is meerledig: het bereiken van uniformiteit in diagnostiek en therapie, het pas inzetten van medicatie nadat diagnostiek is afgerond en ouder- en kindtraning is ingezet, een reductie van het aantal onterechte verwijzingen naar de tweede lijn, en indien mogelijk kinderen weer terug te verwijzen naar de huisarts om de tweede lijn verder te ontlasten.

Signalering

De signalering van problemen vindt thuis, op school, bij het CJG of bij de huisarts plaats. In Katwijk is onlangs in het primair onderwijs een nieuwe zorgstructuur ingevoerd. Alle scholen hebben nu vaste contactpersonen bij het jeugdmaatschappelijk werk en bij de jeugdgezondheidszorg. Wanneer nadere diagnostiek noodzakelijk is wordt vanuit het CJG verwezen naar de huisarts. Daarnaast kunnen door het CJG trainingen worden verzorgd voor onderwijzers over de signalering en omgang met ADHD. Dit kan zowel leiden tot een toename van de signalering van aan ADHD gerelateerde problematiek als tot een vermindering van verwijzingen naar de zorgverlening omdat docenten beter met leerlingen met milde tot matige ADHD problematiek uit de voeten kunnen.

Wanneer de huisarts de indruk heeft dat een kind in de ontwikkeling gehinderd wordt door ADHD kenmerken kan verder onderzoek worden gedaan. De POH-GGZ doet daartoe een inventarisatie bij ouders, kind, school en het CJG, stelt een werkdiagnose, en brengt dit vervolgens in bij het multidisciplinair overleg (MDO). Behalve de POH-GGZ en de eigen huisarts zijn hierbij een huisarts en een eerstelijns psycholoog aanwezig, beiden gespecialiseerd in ADHD bij kinderen en jeugdigen. Regelmatig neemt ook een GGZ-behandelaar deel, voor ingewikkelde casuïstiek en consultatie. Het multidisciplinair overleg beoordeelt de gegevens en besluit welk vervolgtraject aan de ouders en het kind zal worden voorgesteld. Er zijn verschillende, getrapte opties: de ontwikkeling wordt afgewacht en na een afgesproken periode geëvalueerd; er vindt een kortdurende interventie plaats waarvan het effect na een afgesproken periode wordt geëvalueerd; of er vindt nader onderzoek plaats in de eerste of de tweede lijn. Het is de bedoeling dat veel kinderen en gezinnen al geholpen worden voordat zij een eventueel verder diagnostisch traject ingaan.

Diagnostiek

Wanneer er een indicatie is voor verdere diagnostiek wordt door de eerstelijnspsycholoog het onderzoek vervolgd. Pas daarna mag de diagnose ADHD gesteld worden. Voor ieder kind bij wie de diagnose ADHD is gesteld komt een individueel behandelplan. Medicatie is over het algemeen de eerste keuze behandeling, maar daarbij moet worden opgemerkt dat het hier gaat om de meer ernstige gevallen. Immers, zoals hierboven beschreven, veel kinderen wordt lichtere zorg en hulp geboden voordat zij een diagnostisch traject ingaan. Ook wordt in overleg met ouders en kind soms afgeweken van medicamenteuze behandeling. Ook krijgt een aantal kinderen een vervolgtraject bij de eerstelijnspsycholoog aangeboden, al dan niet in combinatie met medicatie via de huisarts. Een deel van de kinderen zal worden doorverwezen naar de tweede lijn.

Behandeling

Het instellen op medicatie kan alleen wanneer de diagnose ADHD door de eerstelijnspsycholoog definitief is vastgesteld en het kind en ouders aan het trainingsprogramma 'omgaan met ADHD' deelnemen. Een kind kan voor een proefbehandeling worden verwezen naar de eigen huisarts of de eigen huisarts kan dit overdragen aan een huisarts met aandachtsgebied ADHD. De behandeling wordt gestart volgens het hiervoor ontworpen protocol. De eerstelijnspsy-

choloog kan aansluitend op de diagnostiek niet-medicamenteuze vormen van therapie inzetten indien gewenst.

Verwijzing naar de tweede lijn

Bij kinderen met ernstige verstoring van de ontwikkeling en/of ernstige comorbiditeit volgt een verwijzing naar de tweede lijn. De pilot in Katwijk laat zien dat kinderen die via het project bij kinder- en jeugdpsychiatrisch centrum Curium-LUMC belanden daar ook thuishoren, in tegenstelling tot een deel van de kinderen die via andere routes binnenkomen. Van de ongeveer 300 kinderen die medio 2012 aan de pilot hadden deelgenomen was 26 procent verwezen naar de tweede lijn. Het is de verwachting dat dit cijfer enigszins zal dalen naarmate de expertise van de POH-GGZ en huisarts toeneemt.

Controle bij medicatiegebruik

In Katwijk zijn ongeveer 300 kinderen die medicamenteuze behandeling voor ADHD krijgen. Een deel van de kinderen loopt voor controle bij de jeugd-GGZ terwijl deze controle ook binnen de eerste lijn / huisartsenzorg kan plaatsvinden. Om de medicatiecontrole binnen te faciliteren is een speciaal controlesprekuur ingesteld voor kinderen met ADHD. Vanuit de tweede lijn worden kinderen die stabiel zijn ingesteld terugverwezen naar de eigen huisarts. De huisarts oordeelt of hij de jongere zelf behandelt of naar het controlesprekuur verwijst. Ten tijde van deze evaluatie werd verwacht dat van de 250 kinderen in de tweede lijn ongeveer 30 procent kan worden terugverwezen naar de eerste lijn / huisarts.

5.2.2 *Eureka: Eerstelijns jeugd-GGZ in medisch centrum Eudokia*

Binnen het project Eureka van medisch centrum Eudokia in Enschede werken zes huisartsen in vier praktijken in een stedelijke achterstandswijk samen om met een uitgebreid aanbod aan eerstelijns GGZ kinderen met problemen zoveel mogelijk binnen het centrum te diagnosticeren en behandelen.¹⁰⁵

Het doel van het project is om in een eerstelijns setting vroegtijdig psychosociale problematiek te signaleren onder ongeveer 1.900 geregistreerde kinderen van 0-18 jaar. Waar mogelijk kan kortdurende behandeling geboden worden, en anders kan worden verwezen. Het streefdoel voorafgaand aan het project was om in 80 procent van de gevallen zelf behandeling aan te bieden.¹⁰⁵

Signalering

Binnen Eureka nodigt de huisarts bij vermoeden van psychosociale problematiek de patiënt (en ouders) uit voor een zogenoemd scharnierconsult. In sommige gevallen wordt bij derden, zoals een schoolarts, extra informatie opgevraagd. Vervolgens worden behandelsessies (maximaal zes gesprekken) aangeboden en indien nodig wordt er gericht doorverwezen. In het hele proces speelt de POH-GGZ een belangrijke rol. De POH-GGZ helpt bij de verheldering van de problematiek, kan toegankelijke advisering bieden aan ouders en kortdurende behandeling aan de patiënt. Ook is de POH-GGZ de contactpersoon met bijvoorbeeld justitie, scholen en tweedelijns GGZ. Gespecialiseerde consultants (kinder- en jeugdpsychiater, jeugdpsycholoog of orthopedagoog, gezinstherapeut) zijn op verzoek beschikbaar voor advies over diagnostiek en behandeling.

Diagnostiek

Uit de evaluatie van het project na 3 jaar blijkt dat het aantal kinderen met een psychosociale codering is toegenomen na start van het project, zowel als het gaat om het eerste consult als om het aantal contacten. Ten opzichte van het jaar voorafgaand aan de start van het project is de kans op een psychosociale codering ongeveer 1.9 keer zo groot, hoewel de cijfers per praktijk verschillen. De codering ‘overactief kind hyperkinetisch syndroom’ (ICPC-code P21), die huisartsen kunnen gebruiken voor kinderen met ADHD kenmerken, wordt echter ongeveer even vaak geregistreerd als voorafgaand aan het project. De toename komt vooral doordat de diagnose ‘andere zorgen gedrag kind’* vaker wordt gesteld.

Behandeling

In vergelijking met controlepraktijken krijgen kinderen met een psychosociale codering meer consulten in MC Eudokia: gemiddeld 3,2 consult per kind in 2011 tegen 2,2 in controlepraktijken die ook in een achterstandswijk liggen. Interessant is verder dat er in MC Eudokia relatief weinig psychostimulantia worden voorgeschreven: aan 15 procent van de kinderen met een psychosociale codering, terwijl dat voor controlepraktijken in achterstandswijken 27 procent is, en voor ‘gewone’ controlepraktijken zelfs 40 procent. Overigens blijkt uit de evalu-

* De ICPC codes waarmee huisartsen werken in hun registratiesysteem HIS zijn ontwikkeld voor de generalistische huisartsenpraktijk. Als gevolg daarvan zijn de codes weinig specifiek.

atie dat ook andere psychofarmaca relatief weinig worden voorgeschreven in vergelijking met controlepraktijken.

Verwijzingen naar de tweede lijn

Ongeveer 74 procent van de gesignaleerde kinderen kunnen binnen de huisartsenpraktijk behandeld worden, zonder dat daarvoor een DSM classificatie nodig is. De betrokken huisartsen geven aan dat ze met dank aan de scharnierconsulten veel gericht kunnen verwijzen, wat ook blijkt uit de vele verschillende verwijzingen (maar liefst 15 verschillende typen instellingen). Verwijzingen naar de tweedelijns GGZ nemen af (van 43 procent van alle verwijzingen m.b.t. psychosociale problematiek in 2009/2010 naar 34 procent in 2011/2012), terwijl er relatief meer verwijzingen naar eerstelijns GGZ plaatsvinden (van 17 procent naar 32 procent). Als gekeken wordt naar het totaal aantal verwijzingen valt op dat minder wordt verwezen in vergelijking met controlepraktijken in achterstandswijken: in Eudokia praktijken in 2011 werden 61 van de 253 kinderen met een psychosociale diagnose verwezen (24 procent) tegen 66 van de 133 (50 procent) in de controlepraktijken.

Conclusies Nivel onderzoek

Het Eudokia project wordt door de betrokken hulpverleners gezien als een succesvolle wijze om met (onontdekte) psychosociale problematiek onder kinderen in de huisartspraktijk om te gaan. Uit de evaluatie blijkt dat ouders het project positief waarderen. De ondersteuning van de huisarts en POH-GGZ wordt met een 7,9 respectievelijk 8 gewaardeerd. De meeste ouders geven bovendien aan dat de problemen als gevolg van de behandeling zijn verminderd. De aanwezigheid van de POH-GGZ betekent een belangrijke lastenverlichting voor de huisarts. Hoewel er meer problemen worden gesignaleerd blijkt uit de evaluatie dat het project geen aanzuigende werking heeft op de tweedelijns GGZ. Dat is een belangrijk gegeven gezien de zorgen van beleid en professionals dat er momenteel teveel kinderen met (milde) psychosociale problematiek in specialistische zorg terechtkomen. Het Eureka project past goed in het beleidsstreven om lichtere vormen van jeugdhulp in de buurt aan te bieden en het aanbod bovendien minder versnipperd te maken.¹⁰⁵

5.3 Conclusie

Wegens een gebrek aan gegevens blijkt het lastig om grip te krijgen op de praktijk van signalering, diagnostiek, en behandeling van ADHD. Het lijkt erop dat school een belangrijke rol speelt bij signalering van de problematiek, maar het is niet helder welke verwijskanalen vervolgens worden gebruikt. De volgende vragen blijven bestaan rondom de organisatie van de zorgverlening rond ADHD:

- de mate waarin de richtlijn voor ADHD wordt nageleefd
- de verschillen in voorschrijfgedrag per regio en type professional
- het aantal kinderen dat formeel gediagnosticeerd is
- de kwaliteit van diagnostiek en behandeling

Deze kennis is noodzakelijk om te bepalen of er bij ADHD sprake is van gepaste zorg. Hieronder verstaat de commissie dat kinderen de hulp krijgen die ze nodig hebben, zonder daarbij in een te zwaar zorgtraject terecht te komen.

De commissie ziet de ontwikkeling van ketenzorgprogramma's met een sleutelrol voor de huisartsenpraktijk als een veelbelovende manier om tot gepaste zorg voor kinderen met ADHD en andere psychosociale problematiek te komen. Uit de onderzoeksresultaten die door het NIVEL gepubliceerd zijn over het Eureka project in Enschede blijken meerdere positieve effecten, zoals gerichtere doorverwijzingen en een afname van doorverwijzingen naar de tweede lijn, en een vermindering van voorschriften voor medicatie, zonder dat dit weerslag heeft op de tevredenheid van ouders en kinderen. Van het AHAD project dat in Katwijk loopt zijn de tussentijdse resultaten veelbelovend, al het is nog wachten op verdiepende evaluaties.

Conclusies en aanbevelingen

Op basis van de beschouwingen en overwegingen in de vorige hoofdstukken beantwoordt de commissie hier de beide deelvragen uit de adviesaanvraag die over ADHD gaan. In het verlengde daarvan doet zij enkele aanbevelingen.

6.1 De effectiviteit van behandeling en zorg

Geen enkele behandeling zorgt ervoor dat kinderen en jeugdigen met ADHD geheel normaliseren ten opzichte van leeftijdgenoten. ADHD is een chronisch probleem, dat weliswaar kan verminderen met de tijd, maar dat ook vaak (ten dele) persisteert tot in de volwassenheid. De prognose is sterk afhankelijk van de ernst van de symptomen, de sociaal-economische status van het kind, en of er sprake is van een gedragsstoornis. Als het gaat om reductie van kernsymptomen van ADHD en afgeleide kortetermijnuitskomstmaten, zoals sociaal functioneren en reductie van opstandig gedrag, komt de commissie tot de volgende slotsom: bewezen effectief zijn medicamenteuze therapie en mediatietherapie, waarbij ouders en leraren gedragstherapeutische principes leren toepassen in de omgang met het kind. Vooral nog zijn andere behandelingen niet bewezen effectief. Op afgeleide uitkomstmaten, zoals schoolprestaties, en op langetermijnuitskomstmaten is geen enkele behandeling bewezen effectief. In dit advies beperkt de commissie zich tot het samenvatten van de wetenschappelijke literatuur. Richtlijnen die door de beroepsgroepen worden opgesteld zijn de aangewezen plaats om gedetailleerder in te gaan op de vraag wanneer welke behandeling zou moeten

worden toegepast in de Nederlandse praktijk, en wat de rol van professionals daarbij is.

De effectiviteit van de zorgverlening is moeilijker te omschrijven en op grond van wetenschappelijke evidentie te onderbouwen dan de effectiviteit van specifieke behandelingen. Volgens de commissie is de zorgverlening effectief wanneer kinderen en jeugdigen gepaste zorg krijgen; dat houdt in dat zij snel geholpen worden, noch te lichte, noch te zware vormen van zorg krijgen en dat de zorgverlening van signalering tot behandeling voldoet aan de kwaliteitseisen zoals beschreven in de richtlijnen van de betrokken beroepsgroepen. In deze richtlijnen is zowel de informatie over effectieve behandeling als over signalering en diagnostiek verwerkt. In hoeverre er in de praktijk sprake is van gepaste zorg is echter niet te zeggen, omdat hierover te weinig gegevens beschikbaar zijn. De commissie heeft op grond van haar klinische ervaring echter de indruk dat de kwaliteit van de zorgverlening variabel is. Het beeld bestaat dat de diagnostiek in sommige gevallen overhaast gebeurt of door niet gekwalificeerde professionals en dat er onvoldoende gevolg wordt gegeven aan richtlijnen. Dit kan gerelateerd zijn aan het (te) snel voorschrijven van medicatie. Ook zou mediatie-therapie niet vaak genoeg de eerste keuze behandeling zijn bij milde tot matige klachten, zoals de richtlijn voorschrijft. Zolang niet bekend is of de kwaliteit van de zorgverlening in orde is, zijn zorgen over de toename van het medicatiegebruik volgens de commissie gerechtvaardigd.

Gezien de context van de adviesvragen kan de vraag over effectiviteit ook breder worden geïnterpreteerd dan de commissie in de voorgaande alinea doet: in hoeverre hebben behandeling en zorg een positief effect op de participatie van kinderen en jeugdigen met ADHD? Omdat weinig bekend is over de effecten van behandeling op de lange termijn kan de commissie deze vraag niet goed beantwoorden. Effecten van behandeling op de langetermijnprognose van ADHD zijn niet duidelijk aangetoond. Dit roept de vraag op in hoeverre langdurige zorgtrajecten bij ADHD gerechtvaardigd zijn. Op basis van haar klinische ervaring is de commissie van mening dat de effectiviteit van behandeling op de langere termijn verschilt per individu: sommige kinderen en jeugdigen hebben baat bij een langdurige, soms jarenlange behandeling, anderen niet. Een individuele benadering bij behandeling van ADHD is dan ook wenselijk.

6.2 Invloed van beleidsmatige ontwikkelingen op de participatie

In de adviesaanvraag wordt naar ongewenste en gewenste effecten van beleid gevraagd. De commissie kan daar geen duidelijk oordeel over vormen omdat het effect van beleidswijzigingen op de participatie van kinderen en jongeren met

ADHD in onderwijs en arbeid niet is gemeten. Daarnaast omvat een oordeel over de wenselijkheid van ontwikkelingen per definitie ook andere dan zuiver wetenschappelijke afwegingen. De commissie vat wenselijkheid en onwenselijkheid hier voornamelijk op vanuit het doel van het streven naar een optimale gezondheid. Voor beleidsmakers kunnen bijvoorbeeld organisatorische of financiële overwegingen zwaarder tellen.

De belangrijkste ontwikkelingen sinds 2000 die direct betrekking hebben op kinderen en jeugdigen met ADHD en andere psychische problematiek, betreffen het beleid om wachtlijsten in de jeugd-GGZ weg te werken, invoering van de DBC-systematiek, en het beleid Leerlinggebonden financiering. Daarnaast zijn er vormen van beleid die minder specifiek zijn, zoals het beleid om jeugdigen langer op school te houden voor een startkwalificatie, en de verschuiving naar meer op abstracte kennis en theorie gericht onderwijs. De effecten hiervan zijn diffuser. In hoofdstuk 3 heeft de commissie besproken wat de mogelijke effecten zijn van veranderingen in de jeugd-GGZ en het onderwijs met betrekking tot het aantal kinderen met ADHD-kenmerken. Hier zal zij deze effecten nader beoordelen.

Psychische problematiek bij kinderen verdient volgens de commissie veel aandacht. Het feit dat de GGZ toegankelijker is geworden en het meer maatschappelijk geaccepteerd is om er een beroep op te doen, beschouwt de commissie dan ook als positief, ook al kan dit hebben geleid tot een toename van diagnoses. Het beleid om kinderen met psychische problematiek op een normale school te ondersteunen vindt zij eveneens een goede benadering in het kader van het bevorderen van de participatie. Er zijn echter bepaalde prikkels in de stelsels voor jeugd-GGZ en onderwijs die kunnen leiden tot overdiagnostiek. Hier denkt de commissie aan de noodzaak van een DSM-classificatie voor toegang tot zorg en het verkrijgen van Leerlinggebonden financiering. Deze prikkels zouden gecorrigeerd moeten worden, wat voor de Leerlinggebonden financiering al in beleid wordt doorgevoerd. Op dit moment worden belangrijke stelselwijzigingen jeugd en onderwijs doorgevoerd die grote gevolgen kunnen hebben voor kinderen met psychische problematiek. Het is zaak om het effect van deze stelselwijzigingen op de psychische problematiek en hulpvraag van kinderen goed te monitoren d.m.v. een beleidsevaluatie.

Verder merkt de commissie op dat de trend dat een toenemend aantal kinderen voor ADHD behandeld wordt, niet uniek is voor Nederland en dus niet volledig kan worden toegeschreven aan het Nederlandse beleid. Het is duidelijk dat algemenere maatschappelijke ontwikkelingen, zoals toenemende prestatiedruk, veranderende gezinssamenstellingen en veranderende kijk op wat 'normaal' gedrag is, een rol kunnen spelen bij de stijging van de hulpvraag voor psychische

klachten. Het is echter niet makkelijk om het effect van deze ontwikkelingen vast te stellen, laat staan ze bij te sturen.

6.3 Aanbevelingen

6.3.1 *Onderzoek de praktijk van de zorgverlening*

Het is niet objectief vast te stellen of er sprake is van over- of onderdiagnostiek en behandeling van ADHD vanwege de subjectiviteit van diagnostische criteria, de grote spreiding van prevalentiecijfers in de literatuur en het gebrek aan gegevens over de kwaliteit van diagnostiek en indicatiestelling. Gezien de sterke toename van het gebruik van methylfenidaat bij kinderen en jeugdigen is het van groot belang om te achterhalen of kinderen medicatie krijgen zonder eerst een adequaat diagnostisch traject te hebben doorlopen. De tegenhanger van deze vraag is of kinderen en jeugdigen met aan ADHD gerelateerde klachten in alle gevallen wel snel genoeg gesignaleerd en adequaat geholpen worden. Deze vragen kunnen onder een bredere noemer worden geschaard: in hoeverre is er sprake van gepaste zorgverlening bij ADHD?

Om deze vraag te beantwoorden zou meer bekend moeten zijn over de praktijk, met name:

- de kwaliteit van diagnostiek en indicatiestelling
- de kwaliteit van follow-up zorg met speciale aandacht voor de noodzaak tot continuïteit van medicamenteuze behandeling
- het aantal kinderen dat formeel gediagnosticeerd en geïndiceerd wordt voor verschillende behandelingen
- regionale verschillen en verschillen tussen disciplines betrokken bij de zorg
- wachtlijsten
- in algemene zin: naleving van de richtlijnen.

De commissie acht het dan ook van groot belang om deze zaken te onderzoeken, te meer daar dit type onderzoek relatief snel concrete antwoorden levert. In Katwijk wordt momenteel *post hoc* onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de diagnostiek bij kinderen die een diagnose ADHD en medicatie hebben gekregen. De commissie hecht veel waarde aan dergelijke analyses, maar ziet graag onderzoek uitgevoerd worden waarmee een landelijk beeld wordt verkregen.

6.3.2 *Onderzoek het effect van maatschappelijke factoren*

De commissie concludeert dat er een toename is van de hulpvraag voor ADHD, terwijl de prevalentie stabiel lijkt te blijven en genetische en omgevingsfactoren niet wijzen op een toename. Waarschijnlijk wordt de toename dus door maatschappelijke factoren veroorzaakt. Er is echter nauwelijks onderzoek naar de effecten van deze factoren gedaan, waardoor maatschappelijke verklaringen voor de toename van ADHD hypothetisch blijven. Dit gebrek aan gegevens staat in schril contrast tot de grote hoeveelheid gegevens over ADHD uit de (medisch-)wetenschappelijke literatuur. Als men meer wil weten over de maatschappelijke aspecten van ADHD en andere psychische problematiek, zal ook in sociaalwetenschappelijk onderzoek moeten worden geïnvesteerd.

Allereerst zou het effect van de komende stelselwijzigingen jeugd en onderwijs moeten worden gemeten als onderdeel van een beleidsevaluatie. Naast het bijhouden van veranderingen in het aantal kinderen met een diagnose (of kinderen met een bepaalde ondersteuningsbehoefte) zou onderzocht moeten worden hoe kinderen met psychische problematiek functioneren in het nieuwe stelsel, zowel op school als in andere situaties. Effecten van voorgaande beleidswijzigingen jeugd en onderwijs zijn tot nu toe helaas onvoldoende bijgehouden om iets te kunnen zeggen over hun effect op de participatie van kinderen en jeugdigen met ADHD.

6.3.3 *Richt een ketenzorgmodel in*

Het Eureka project van MC Eudokia en het ketenzorgmodel van Zorggroep Katwijk laten zien dat een goede organisatie van de zorg noodzakelijk is om gepaste zorg te leveren. De commissie vindt een groot voordeel van beide benaderingen dat de zorgverlening niet draait om de vraag of kinderen binnen de criteria voor de classificatie ADHD vallen, maar om de vraag of kinderen problemen hebben. Hulp wordt snel geboden en op basis van de ernst van de problemen wordt bepaald of kinderen een licht of een zwaarder zorgpad opgaan. Beide zorgmodellen maken gebruik van consultatie van een kinder- en jeugdpsychiater als dat nodig is. Gezien de resultaten van deze pilotprojecten acht de commissie het van belang om ketenzorg voor ADHD en andere psychische problematiek bij kinderen en jeugdigen verder te ontwikkelen. De huisartsenpraktijk zou daarbij een centrale rol moeten hebben, idealiter voortbouwend op de kennis uit deze twee projecten en de noodzakelijke evaluaties.

Dit vergt scholing voor de (aangewezen) huisartsen, en het ontwikkelen van goede collegiale banden met bijvoorbeeld de kinder- en jeugdpsychiater. De POH-GGZ vervult een sleutelrol in dit zorgmodel. Dat vraagt om bijzondere aandacht voor de opleiding van deze professionals. Uit de praktijk komen signalen dat er momenteel nog teveel variatie is in de kwaliteit van de POH-GGZ en de opleiding. De benodigde kennis en competenties van de POH-GGZ dienen daarom beter te worden omschreven. De financiering van de POH-GGZ voor jeugd kan problemen opleveren indien gemeentes niet bereid zijn om dit op zich te nemen. Een ander knelpunt is de praktijkgrootte van de huisarts: door het almaar uitdijende takenpakket behoeft de grootte van de normpraktijk bijstelling. De huisarts speelt overigens niet in alle regio's een centrale rol bij psychosociale problematiek. In Rotterdam bijvoorbeeld zijn dat de centra voor jeugd en gezin. In dat geval zal het model aan de lokale situatie aangepast moeten worden. Het is ten slotte van belang dat het overheidsbeleid een dergelijk model niet tegenwerkt, bijvoorbeeld door een DSM classificatie als voorwaarde te stellen voor toegang tot deze vorm van hulp.

De commissie merkt verder op dat ADHD een chronisch probleem is dat in een substantieel aantal gevallen tot in de volwassenheid persisteert. De prognose van ADHD problematiek op de lange termijn wordt echter pas ongunstig als er comorbiditeit is met antisociaal gedrag of als de omgevingsinvloeden negatief zijn. Daarom is een chronisch zorgmodel voor ADHD nodig, met extra aandacht voor risicofases voor het kind, tijdens transitie in de ontwikkeling. Dat zijn ook de momenten waarop ouders behoefte hebben aan consultatie.

6.3.4 *Onderzoek welke interventies effectief zijn om problematisch gedrag op school tegen te gaan*

Kinderen worden vaak doorverwezen naar de GGZ naar aanleiding van psychosociale problematiek op school. Zowel bij kinderen met milde als bij kinderen met zwaardere problematiek is aanpassing van de omgeving op school een belangrijk onderdeel van het beheersen van problemen. Er bestaan verschillende interventies die als doel hebben het problematisch gedrag van kinderen in de klas te beperken. Een adequate pedagogisch-didactische aanpak binnen school vormt het fundament waarop preventieve programma's die gebruikmaken van leertheoretische principes zoals het bieden van een heldere structuur en positieve feedback van toegevoegde waarde kunnen zijn. Toepassing van die principes lijkt een gunstig effect te sorteren op het gedrag van alle kinderen in de klas. Om uitsluitend te geven over de positieve effecten van specifieke interventies bij bepaalde groepen kinderen (met een bepaald risicoprofiel) is meer onderzoek nodig.

Ondanks het beperkte beschikbare bewijsmateriaal acht de commissie interventies op de geschetste samenhangende niveaus een kansrijke manier om gedragsproblemen in de klas tegen te gaan. Het streven is om tot een aanbod van effectieve interventies voor scholen te komen. Daarvoor moet het onderzoek naar deze interventies ondersteund worden.

6.3.5 *Versterk maatschappelijke structuren om met 'lastig' gedrag van kinderen om te gaan*

Het antwoord op een toenemende hulpvraag voor psychische klachten bij kinderen kan volgens de commissie niet alleen bestaan uit het inzetten van medische en/of pedagogische professionals, omdat de problemen niet zuiver medisch of psychologisch/pedagogisch van aard zijn. De werkzaamheid van sociale steun bij de opvoeding is duidelijk aangetoond.⁹⁷ Het loont daarom om te investeren in maatschappelijke structuren zoals bijvoorbeeld ondersteuningsnetwerken voor ouders, maatjesprojecten, en 'eigen kracht conferenties'. Daarnaast kan gedacht worden aan mogelijkheden voor de ontplooiing van kinderen die minder gericht zijn op theoretisch onderwijs.

Het is uiteraard niet gemakkelijk om de maatschappelijke houding ten opzichte van gedrag van kinderen te veranderen. Toch vindt de commissie het raadzaam dat de overheid stappen neemt om te voorkomen dat de sociale omgeving te snel gedrag van kinderen interpreteert als 'abnormaal' en verklaart in termen van psychiatrische classificaties. Goed omgaan met lastig gedrag vraagt ook kennis over wat een normale ontwikkeling is, inclusief kennis over bij de leeftijd horende concentratieproblemen en motorische onrust. Dat kan gestimuleerd worden via voorlichting in lerarenopleidingen en ouderschapsvoorlichting (door de jeugdgezondheidszorgarts) op consultatiebureaus, of via kinderprogramma's op tv of via andere media. Daar zijn geen specifieke trainingen voor nodig: het gaat immers vooral om bewustwording van de ruime variatie binnen 'normaal' gedrag.

Literatuur

-
- 1 Rose N. Beyond medicalisation. *Lancet* 2007; 369(9562): 700-702.
 - 2 Nieweg E. Een stoornis wordt steeds normaler. *Socialisme & democratie* 2011; 7/8.
 - 3 Batstra L, Frances A. Diagnostic inflation: causes and a suggested cure. *J Nerv Ment Dis* 2012; 200(6): 474-479.
 - 4 Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord* 2010; 2(4): 241-255.
 - 5 Crott A. Van hoop des vaderlands naar ADHD'er: de jongen in opvoedingsliteratuur [Proefschrift]. Radboud Universiteit Nijmegen; 2011.
 - 6 Brancaccio T. "But Fidgety Phil / He won't sit still..." From instability to hyperactivity, 1890s-1990s. Universiteit van Amsterdam; 2001.
 - 7 Pieters T, te Hennepe M, de Lange M. Pillen & psyche: culturele eb- en vloedbewegingen. Medicamenteus ingrijpen in de psyche. Den Haag; 2002.
 - 8 Rafalovich A. The conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877-1929. *Deviant behavior: an interdisciplinary journal* 2001; 22: 93-115.
 - 9 Bolt T. Van zenuwachtig tot hyperactief. Andere kijk op ADHD. SWP Amsterdam; 2010.
 - 10 Deault LC. A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry Hum Dev* 2010; 41(2): 168-192.
 - 11 Willcutt EG, Nigg JT, Pennington BF, Solanto MV, Rohde LA, Tannock R e.a. Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *J Abnorm Psychol* 2012; 121(4): 991-1010.
-

- 12 Nigg JT. Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. *Clin Psychol Rev* 2013; 33(2): 215-228.
- 13 Shaw M, Hodgkins P, Caci H, Young S, Kahle J, Woods AG e.a. A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. *BMC Med* 2012; 10: 99.
- 14 Serra-Pinheiro MA, Coutinho ES, Souza IS, Pinna C, Fortes D, Araujo C e.a. Is ADHD a risk factor independent of conduct disorder for illicit substance use? A meta-analysis and metaregression investigation. *J Atten Disord* 2013; 17(6): 459-469.
- 15 Groenman AP, Oosterlaan J, Rommelse N, Franke B, Roeyers H, Oades RD e.a. Substance use disorders in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a 4-year follow-up study. *Addiction* 2013; 108(8): 1503-1511.
- 16 Reijneveld SA, Wieggersma PA, Ormel J, Verhulst FC, Vollebergh WA, Jansen DE. Adolescents' use of care for behavioral and emotional problems: types, trends, and determinants. *PLoS One* 2014; 9(4).
- 17 de Graaf R, ten Have M, van Dorsselaer S. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking; Nemesi-2 opzet en eerste resultaten. Utrecht: 2010.
- 18 Russell G, Ford T, Rosenberg R, Kelly S. The association of attention deficit hyperactivity disorder with socioeconomic disadvantage: alternative explanations and evidence. *J Child Psychol Psychiatry* 2014; 55(5): 436-445.
- 19 Larsson H, Sariaslan A, Langstrom N, D'Onofrio B, Lichtenstein P. Family income in early childhood and subsequent attention deficit/hyperactivity disorder: a quasi-experimental study. *J Child Psychol Psychiatry* 2014; 55(5): 428-435.
- 20 Mueller AK, Fuermaier AB, Koerts J, Tucha L. Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord* 2012; 4(3): 101-114.
- 21 Ohan JL, Visser TA, Strain MC, Allen L. Teachers' and education students' perceptions of and reactions to children with and without the diagnostic label "ADHD". *J Sch Psychol* 2011; 49(1): 81-105.
- 22 Kvaale EP, Gottdiener WH, Haslam N. Biogenetic explanations and stigma: A meta-analytic review of associations among laypeople. *Soc Sci Med* 2013; 96: 95-103.
- 23 Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta MG e.a. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 125(6): 440-452.
- 24 Stichting Farmaceutische Kengetallen. Psychofarmaca bij jongeren vooral voor ADHD. *Pharmaceutisch Weekblad* 2013; 148(13).
- 25 Gezondheidsraad. Diagnostiek en behandeling van ADHD. Den Haag: 2000; publicatie nr 2000/24.
- 26 Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164(6): 942-948.
- 27 Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics* 2012; 9(3): 490-499.
-

- 28 Dopfner M, Breuer D, Wille N, Erhart M, Ravens-Sieberer U. How often do children meet ICD-10/ DSM-IV criteria of attention deficit-/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample--results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17 Suppl 1: 59-70.
- 29 Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* 2003; 2(2): 104-113.
- 30 Rescorla L, Ivanova MY, Achenbach TM, Begovac I, Chahed M, Drugli MB e.a. International epidemiology of child and adolescent psychopathology ii: integration and applications of dimensional findings from 44 societies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 51(12): 1273-1283.
- 31 Verhulst FC, van der EJ, Ferdinand RF, Kasius MC. The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(4): 329-336.
- 32 Verhulst FC, van der EJ, Rietbergen A. Ten-year time trends of psychopathology in Dutch children and adolescents: no evidence for strong trends. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96(1): 7-13.
- 33 Tick NT, van der EJ, Verhulst FC. Ten-year trends in self-reported emotional and behavioral problems of Dutch adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43(5): 349-355.
- 34 Tick NT, van der EJ, Verhulst FC. Ten-year increase in service use in the Dutch population. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17(6): 373-380.
- 35 Centers for disease control and prevention. Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD). <http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html>. <http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html>. geraadpleegd 12-06-2014.
- 36 Faraone SV, Doyle AE. Genetic influences on attention deficit hyperactivity disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2000; 2(2): 143-146.
- 37 Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA e.a. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2005; 57(11): 1313-1323.
- 38 Faraone SV, Mick E. Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2010; 33(1): 159-180.
- 39 Arnold LE, Lofthouse N, Hurt E. Artificial food colors and attention-deficit/hyperactivity symptoms: conclusions to dye for. *Neurotherapeutics* 2012; 9(3): 599-609.
- 40 Banerjee TD, Middleton F, Faraone SV. Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr* 2007; 96(9): 1269-1274.
- 41 Froehlich TE, Anixt JS, Loe IM, Chirdkiatgumchai V, Kuan L, Gilman RC. Update on environmental risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2011; 13(5): 333-344.
- 42 Polanska K, Jurewicz J, Hanke W. Exposure to environmental and lifestyle factors and attention-deficit / hyperactivity disorder in children - a review of epidemiological studies. *Int J Occup Med Environ Health* 2012; 25(4): 330-355.
- 43 Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. What have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry* 2013; 54(1): 3-16.
-

- 44 Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Guite J, Tsuang MT. Pregnancy, delivery and infancy complications and attention deficit hyperactivity disorder: issues of gene-environment interaction. *Biol Psychiatry* 1997; 41(1): 65-75.
- 45 Sprich-Buckminster S, Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Lehman BK. Are perinatal complications relevant to the manifestation of ADD? Issues of comorbidity and familiarity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32(5): 1032-1037.
- 46 Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM, Anand KJ. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *JAMA* 2002; 288(6): 728-737.
- 47 Aarnoudse-Moens CS, Weisglas-Kuperus N, van Goudoever JB, Oosterlaan J. Meta-analysis of neurobehavioral outcomes in very preterm and/or very low birth weight children. *Pediatrics* 2009; 124(2): 717-728.
- 48 de Swaan A. Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd. Amsterdam: Bert Bakker, (zesde druk); 2004.
- 49 Wammes J, Verhoef L, Westert G, Assendelft W, Jeurissen P, Faber M. Onnodige zorg in de Nederlandse gezondheidszorg, gezien vanuit het perspectief van de huisarts. 2011.
- 50 Centraal Bureau voor de Statistiek. Aandeel jongeren in het onderwijs of met startkwalificatie neemt toe. Centraal Bureau voor de Statistiek. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/onderwijs/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-26apr-startkwal-art.htm>. geraadpleegd 12-06-2014.
- 51 Centraal Bureau voor de Statistiek. Meer eindexamenkandidaten, lagere slagingspercentages in havo en vwo. Centraal Bureau voor de Statistiek. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/onderwijs/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-3554-wm.htm>. geraadpleegd 12-06-2014.
- 52 Mosca I, Heijink R. De curatieve ggz: effecten van het beleid sinds 2008. *Medium voor GGZ en Verslavingszorg* 213; 68(5)
- 53 CVZ. Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2. 2013.
- 54 Pameijer N. Handelingsgericht classificeren in het onderwijs. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* 2008; 47: 100-116.
- 55 Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd Edition. 1988.
- 56 Faraone SV, Biederman J, Spencer TJ, Aleardi M. Comparing the efficacy of medications for ADHD using meta-analysis. *MedGenMed* 2006; 8(4): 4.
- 57 Faraone SV, Buitelaar J. Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19(4): 353-364.
- 58 Swanson J, Arnold LE, Kraemer H, Hechtman L, Molina B, Hinshaw S e.a. Evidence, interpretation, and qualification from multiple reports of long-term outcomes in the Multimodal Treatment study of Children With ADHD (MTA): part I: executive summary. *J Atten Disord* 2008; 12(1): 4-14.
- 59 Oord S van der, Prins PJ, Oosterlaan J, Emmelkamp PM. Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2008; 28(5): 783-800.
- 60 Prasad V, Brogan E, Mulvaney C, Grainge M, Stanton W, Sayal K. How effective are drug treatments for children with ADHD at improving on-task behaviour and academic achievement in the school

classroom? A systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013; 22(4): 203-216.

- 61 Langberg JM, Becker SP. Does long-term medication use improve the academic outcomes of youth with attention-deficit/hyperactivity disorder? *Clin Child Fam Psychol Rev* 2012; 15(3): 215-233.
- 62 Graham J, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, Dittmann RW e.a. European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011; 20(1): 17-37.
- 63 Loo-Neus GH van de, Rommelse N, Buitelaar JK. To stop or not to stop? How long should medication treatment of attention-deficit hyperactivity disorder be extended? *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; 21(8): 584-599.
- 64 Loo-Neus GH van de, Rommelse N, Buitelaar JK. To stop or not to stop? How long should medication treatment of attention-deficit hyperactivity disorder be extended? *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; 21(8): 584-599.
- 65 Humphreys KL, Eng T, Lee SS. Stimulant medication and substance use outcomes: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2013; 70(7): 740-749.
- 66 Groenman AP, Oosterlaan J, Rommelse NN, Franke B, Greven CU, Hoekstra PJ e.a. Stimulant treatment for attention-deficit hyperactivity disorder and risk of developing substance use disorder. *Br J Psychiatry* 2013; 203(2): 112-119.
- 67 Schermer MHN. The dynamics of the treatment-enhancement distinction: ADHD as a case study. *Philosophica* 2007; 79: 25-37.
- 68 Singh I. Clinical implications of ethical concepts: Moral self-understandings in children taking methylphenidate for ADHD. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2007; 12(2): 167-182.
- 69 Young S, Bramham J, Gray K, Rose E. The Experience of Receiving a Diagnosis and Treatment of ADHD in Adulthood A Qualitative Study of Clinically Referred Patients Using Interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of Attention Disorders* 2008; 11(4): 493-503.
- 70 Montoya A, Colom F, Ferrin M. Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. *Eur Psychiatry* 2011; 26(3): 166-175.
- 71 Abikoff H, Gallagher R, Wells KC, Murray DW, Huang L, Lu F e.a. Remediating organizational functioning in children with ADHD: immediate and long-term effects from a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2013; 81(1): 113-128.
- 72 Fabiano GA, Pelham WE, Jr., Coles EK, Gnagy EM, Chronis-Tuscano A, O'Connor BC. A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev* 2009; 29(2): 129-140.
- 73 Lee PC, Niew WI, Yang HJ, Chen VC, Lin KC. A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Res Dev Disabil* 2012; 33(6): 2040-2049.
- 74 Sonuga-Barke EJ, Brandeis D, Cortese S, Daley D, Ferrin M, Holtmann M e.a. Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *Am J Psychiatry* 2013; 170(3): 275-289.
-

- 75 Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis JA. Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(12): CD003018.
- 76 Daley D, van der Oord S, Ferrin M, Danckaerts M, Doepfner M, Cortese S e.a. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (geaccepteerd) 2014.
- 77 Rapport MD, Orban SA, Kofler MJ, Friedman LM. 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. *Clin Psychol Rev* 2013; 33(8): 1237-1252.
- 78 Arns M, de RS, Strehl U, Breteler M, Coenen A. Efficacy of neurofeedback treatment in ADHD: the effects on inattention, impulsivity and hyperactivity: a meta-analysis. *Clin EEG Neurosci* 2009; 40(3): 180-189.
- 79 Lofthouse N, Arnold LE, Hurt E. Current status of neurofeedback for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14(5): 536-542.
- 80 Moriyama TS, Polanczyk G, Caye A, Banaschewski T, Brandeis D, Rohde LA. Evidence-based information on the clinical use of neurofeedback for ADHD. *Neurotherapeutics* 2012; 9(3): 588-598.
- 81 Dongen-Boomsma M van, Vollebregt MA, Slaats-Willemse D, Buitelaar JK. A randomized placebo-controlled trial of electroencephalographic (EEG) neurofeedback in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* 2013; 74(8): 821-827.
- 82 Vollebregt MA, van Dongen-Boomsma M, Buitelaar JK, Slaats-Willemse D. Does EEG-neurofeedback improve neurocognitive functioning in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? A systematic review and a double-blind placebo-controlled study. *J Child Psychol Psychiatry* 2013; 55(5): 460-472.
- 83 Cortese S, Angriman M, Lecendreux M, Konofal E. Iron and attention deficit/hyperactivity disorder: What is the empirical evidence so far? A systematic review of the literature. *Expert Rev Neurother* 2012; 12(10): 1227-1240.
- 84 Ghanizadeh A, Berk M. Zinc for treating of children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic review of randomized controlled clinical trials. *Eur J Clin Nutr* 2013; 67(1): 122-124.
- 85 Bloch MH, Qawasmi A. Omega-3 fatty acid supplementation for the treatment of children with attention-deficit/hyperactivity disorder symptomatology: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50(10): 991-1000.
- 86 Gillies D, Sinn JK, Lad SS, Leach MJ, Ross MJ. Polyunsaturated fatty acids (PUFA) for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 7: CD007986.
- 87 Nigg JT, Lewis K, Edinger T, Falk M. Meta-analysis of attention-deficit/hyperactivity disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms, restriction diet, and synthetic food color additives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 51(1): 86-97.
-

- 88 Shaw P, Rabin C. New insights into attention-deficit/hyperactivity disorder using structural neuroimaging. *Curr Psychiatry Rep* 2009; 11(5): 393-398.
- 89 Hakkaart-van Roijen L, Zwirs BW, Bouwmans C, Tan SS, Schulpen TW, Vlasveld L e.a. Societal costs and quality of life of children suffering from attention deficient hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007; 16(5): 316-326.
- 90 Wu EQ, Hodgkins P, Ben-Hamadi R, Setyawan J, Xie J, Sikirica V e.a. Cost effectiveness of pharmacotherapies for attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic literature review. *CNS Drugs* 2012; 26(7): 581-600.
- 91 Foster EM, Jensen PS, Schlander M, Pelham WE, Jr., Hechtman L, Arnold LE e.a. Treatment for ADHD: is more complex treatment cost-effective for more complex cases? *Health Serv Res* 2007; 42(1 Pt 1): 165-182.
- 92 Jensen PS, Garcia JA, Glied S, Crowe M, Foster M, Schlander M e.a. Cost-effectiveness of ADHD treatments: findings from the multimodal treatment study of children with ADHD. *Am J Psychiatry* 2005; 162(9): 1628-1636.
- 93 Offord DR, Kraemer HC, Kazdin AE, Jensen PS, Harrington R. Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: trade-offs among clinical, targeted, and universal interventions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(7): 686-694.
- 94 Spilt JL, Koot JM, van Lier PA. For whom does it work? Subgroup differences in the effects of a school-based universal prevention program. *Prev Sci* 2013; 14(5): 479-488.
- 95 Pieterse K, Luman M, Paternotte A, Oosterlaan J. Leerkrachtinterventies voor de aanpak van adhd in de klas: een overzicht van effectstudies. *Kind en Adolescent* 2013; 34(1): 2-29.
- 96 Hinfelaar ML, Verheijden AE, Prins PJM. 'adhd, wat kan de juf (m/v) er mee?' Een onderzoek naar de effectiviteit van een leerkrachtraining. *Kind en Adolescent* 2011; 32(2): 66-83.
- 97 Winter M de. Verbeter de wereld, begin bij de opvoeding. Vanachter de voordeur naar democratie en verbinding. Amsterdam: uitgeverij SWP; 2011.
- 98 Metz J, Meijs L, Roza L, van Baren E, Hoogervorst N. Grenzen aan de civil society. In: Jumelet H, Wenink J, editors. *Zorg voor onszelf? Eigen kracht van jeugdigen, opvoeders en omgeving, grenzen en mogelijkheden voor beleid en praktijk*. Amsterdam: Uitgeverij SWP; 2012:
- 99 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn ADHD. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen. 2005. Utrecht Trimbos-instituut.
- 100 Trimbos Instituut. Toolkit MDR ADHD bij kinderen en jeugdigen 2011. 2011.
- 101 Zorggroep Katwijk. Ketenzorgprogramma ADHD 2013-2014. Coöperatie Zorggroep Katwijk. 2013.
- 102 Zwaanswijk M. Pathways to Care Help-seeking for child and adolescent mental health problems [Proefschrift]. NIVEL; 2005.
- 103 Bruchmuller K, Margraf J, Schneider S. Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *J Consult Clin Psychol* 2012; 80(1): 128-138.
- 104 Zorggroep Katwijk. Kinderproject Alle Hens aan Dek. 2012.

- 105 Dijk M van, Verhaak P, Zwaanswijk M. Evaluatie van een geïntegreerd eerstelijns zorgaanbod voor kinderen met psychosociale problemen. Utrecht: NIVEL; 2013.
- 106 Gezondheidsraad. Analyse van de literatuur over de behandeling van ADHD; achtergronddocument. Den Haag: Gezondheidsraad, 2014; publicatienr. A14/01.

A	De adviesaanvraag
---	-------------------

B	De commissie
---	--------------

Bijlagen

De adviesaanvraag

Op 15 november 2012 ontving de voorzitter van de Gezondheidsraad het verzoek van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om advies over de verbetering van zorg voor en participatie van jongeren met psychische klachten. De staatssecretaris schreef mede namens de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (brief J/3132004):

Er is de laatste jaren een groei te zien van het aantal jongeren dat gediagnosticeerd wordt met psychische klachten: ADHD, depressie, autismespectrumstoornissen en gedragsstoornissen (waaronder ODD). In de jeugdzorg en jeugd-geestelijke gezondheidszorg heeft deze toename geleid tot een groeiende vraag naar zorg of hulp voor deze groep jongeren. Ook het medicijngebruik is onder deze groep gestegen.

De antwoorden op onze adviesvragen zullen een rol spelen bij het transformatieproces naar het nieuwe stelsel voor jeugdzorg, met als doel de zorg voor jongeren met psychische klachten te verbeteren en hun participatiemogelijkheden te vergroten.

Vraagstelling

Gelet op de omvang van het probleem willen wij de Gezondheidsraad vragen om twee adviezen uit te brengen: een over de participatie van jongeren met psychische klachten in het algemeen en een over de stand van de wetenschap rondom ADHD in het bijzonder.

Betreffende de participatie van jongeren met psychische klachten in het algemeen willen wij de volgende vragen voorleggen:

- 1 Een steeds grotere groep jongeren doet een beroep op zorg en ondersteuning. Op welke wijze kan de problematiek die zij ervaren in hun functioneren worden voorkomen?
- 2 Leidt dit terechtkomen in de zorg tot (zelf)stigmatisatie, dan wel andere gevolgen die invloed hebben op (arbeids)participatie?
- 3 In welke mate kan vanuit gemeenten, zorginstanties, scholen en professionals worden bijgedragen aan het demedicaliseren en “normaliseren” van psychische klachten ?
- 4 Hoe kan de participatie (in gezin, omgeving, onderwijs en arbeidsmarkt) worden bevorderd?

Betreffende ADHD willen wij de volgende vragen stellen:

- 1 Wat is de huidige stand van wetenschap met betrekking tot de effectiviteit van behandeling en zorg voor de jongeren/kinderen met ADHD?
2. Welke gewenste en ongewenste resultaten en effecten zijn aan te wijzen in onderwijs en (arbeids)participatie door de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg en de stelsels van jeugdzorg, onderwijs en arbeidstoeleiding sinds het uitkomen van het vorige Gezondheidsraad-advies over ADHD in 2000?

Beleidsrelevantie

In de motie bij het wetgevingstraject is demedicalisering als derde hoofddoel voor de stelselwijziging jeugdzorg benoemd (de motie Van der Burg/Dille, XVI-33000, nr. 109).

De staatssecretaris van VWS heeft aangegeven, mede als invulling van de motie Van der Burg/Dille (kamerstukken II 20 11/2012 33000, nr. 154), dat zij wil nagaan hoe onbedoelde stigmatisering en medicalisering onder de jongeren kan worden voorkomen. Medicatie kan noodzakelijk zijn om goed te kunnen participeren in de samenleving, maar we moeten er wel voor waken dat alledaagse problemen of tegenslag in het leven, automatisch op een medische behandeling kunnen rekenen of uitlopen. Voorkomen moet worden dat jongeren door hun klachten niet kunnen participeren.

In zijn algemeenheid wordt in het parlement gesproken over de toename van psychomedicatie. Diverse Kamerleden hebben Kamervragen gesteld over ADHD en gebruik van Ritalin (Dille, PVV), over psychofarmaca (van Gerven, SP) en over antidepressiva bij jongeren (Kant, SP).

Achtergronddocumenten

Er zijn diverse artikelen waarin het diagnosticeren en medicaliseren bij kinderen en jongeren onderwerp van discussie is (zie bijvoorbeeld artikel in Socialisme & Democratie, jrg 65, nr 7-8, 2011, Nieuweweg ‘een stoornis wordt steeds normaler’ of interview in Volkskrant van staatssecretaris VWS, 9 nov. 2011, waarin een visie m.b.t. de demedicalisering van de jeugd wordt gegeven). Ook Pantela heeft in opdracht van het Ministerie van SZW een rapport uitgebracht over “Onbedoelde en ongewenste

effecten van de zorg op arbeidsparticipatie”. Ik wil u vragen om deze artikelen en rapporten bij uw advies te betrekken.

Het is wenselijk dat beide adviezen gelijktijdig opgeleverd worden uiterlijk in het eerste kwartaal van 2014. Graag ontvangen wij eind 2013 een conceptversie.

Hoogachtend,
de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
mede namens de staatssecretaris van Sociale Zaken
en Werkgelegenheid,
(w.g.)
mw. drs. M.L.L.E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner

B

De commissie

-
- prof. dr. I.D. de Beaufort, *voorzitter*
hoogleraar medische ethiek, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
 - prof. dr. F. Boer
emeritus hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie, De Bascule en Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
 - dr. E. Fliers
kinderarts, Virenze, Gorinchem
 - dr. H.M.Y.Koomen
universitair hoofddocent pedagogiek, onderwijskunde en lerarenopleiding, Universiteit van Amsterdam
 - dr. L. Korevaar
lector rehabilitatie, Hanzehogeschool Groningen
 - dr. H. Kroneman
verzekeringsarts, Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Amsterdam
 - prof. dr. J. Oosterlaan
hoogleraar pediatrie neuropsychologie, Vrije Universiteit Medisch Centrum en Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
 - A.C. Paternotte
vertegenwoordiger ouders van kinderen/jongeren met leer- en gedragsstoornissen, Groenekan
-

- prof. dr. P.J.M. Prins
hoogleraar klinische kinder- en jeugdpsychologie, Universiteit van Amsterdam
- prof. dr. F.C. Verhulst
hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
- prof. dr. R.R.J.M. Vermeiren
hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie Curium-LUMC, Leiden Universiteit Medisch Centrum; hoogleraar forensische kinder- en jeugdpsychiatrie, Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam
- drs. D. Walstock
huisarts, Medisch Centrum Eudokia, Enschede
- prof. dr. J. van Weeghel
hoogleraar rehabilitatie, Universiteit van Tilburg, kenniscentrum Phrenos
- dr. T. van Wel
psycholoog en onderzoeker, ABC Altrecht, Utrecht
- prof. dr. M. de Winter
hoogleraar maatschappelijke opvoedingsvraagstukken, Universiteit Utrecht
- drs. K.H.G. van den Bos-van der Ham, *waarnemer*
directie Jeugd, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
- drs. M.G.K. Einerhand, *waarnemer*
directie inkomensverzekeringen en -voorzieningen, ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
- drs. A.M. Krug, *waarnemer*
directie Jeugd, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- drs. J. Kuipers, *waarnemer* (tot december 2013)
themadirectie jeugd, onderwijs en zorg, ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
- drs. C.A.M. Vlooswijk, *waarnemer* (vanaf januari 2014)
ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
- dr. G.A.J. Soete, *secretaris*
Gezondheidsraad, Den Haag
- L.M. Cornips, MPhil, *secretaris*
Gezondheidsraad, Den Haag

Geraadpleegd deskundige: prof. dr. J.K. Buitelaar.

De Gezondheidsraad en belangen

Leden van Gezondheidsraadcommissies worden benoemd op persoonlijke titel, wegens hun bijzondere expertise inzake de te behandelen adviesvraag. Zij kunnen echter, dikwijls juist vanwege die expertise, ook belangen hebben. Dat behoeft op zich geen bezwaar te zijn voor het lidmaatschap van een Gezondheidsraadcommissie. Openheid over mogelijke belangenconflicten is echter belangrijk, zowel naar de voorzitter en de overige leden van de commissie, als naar de voorzitter van de Gezondheidsraad. Bij de uitnodiging om tot de commissie toe te treden wordt daarom aan commissieleden gevraagd door middel van het invullen van een formulier inzicht te geven in de functies die zij bekleeden, en andere materiële en niet-materiële belangen die relevant kunnen zijn voor het werk van de commissie. Het is aan de voorzitter van de raad te oordelen of gemelde belangen reden zijn iemand niet te benoemen. Soms zal een adviseurschap het dan mogelijk maken van de expertise van de betrokken deskundige gebruik te maken. Tijdens de installatievergadering vindt een bespreking plaats van de verklaringen die zijn verstrekt, opdat alle commissieleden van elkaars eventuele belangen op de hoogte zijn.

Gezondheidsraad

Adviezen

De taak van de Gezondheidsraad is ministers en parlement te adviseren over vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid. De meeste adviezen die de Gezondheidsraad jaarlijks uitbrengt worden geschreven op verzoek van een van de bewinds-

lieden. Met enige regelmaat brengt de Gezondheidsraad ook ongevraagde adviezen uit, die een signalerende functie hebben. In sommige gevallen leidt een signalerend advies tot het verzoek van een minister om over dit onderwerp verder te adviseren.

Aandachtsgebieden



Optimale gezondheidszorg
Wat is het optimale resultaat van zorg (cure en care) gezien de risico's en kansen?



Preventie
Met welke vormen van preventie valt er een aanzienlijke gezondheidswinst te behalen?



Gezonde voeding
Welke voedingsmiddelen bevorderen een goede gezondheid en welke brengen bepaalde gezondheidsrisico's met zich mee?



Gezonde leefomgeving
Welke invloeden uit het milieu kunnen een positief of negatief effect hebben op de gezondheid?



Gezonde arbeidsomstandigheden
Hoe kunnen werknemers beschermd worden tegen arbeidsomstandigheden die hun gezondheid mogelijk schaden?



Innovatie en kennisinfrastructuur
Om kennis te kunnen oogsten op het gebied van de gezondheidszorg moet er eerst gezaaid worden.

