



GEPASTE ZORG VOOR KINDEREN MET ADHD

Verkendend onderzoek naar de verschillen in aanpak
voor kinderen met ADHD

 **Argos advies**

Truus Vernhout, Sophie Hospers
Borculo, oktober 2016

Inhoud

1.	Onderzoeksopzet.....	2
1.1	Achtergrond van het onderzoek.....	2
1.2	Doelstelling en onderzoeksvragen	3
1.3	Onderzoeksaanpak	4
2.	Resultaten.....	7
2.1	Wat zeggen de cijfers?.....	7
2.2	Kenmerken van de vier onderzochte gemeenten	8
2.3	Bevindingen interviews en documentatie	9
3.	Conclusies en aanbevelingen.....	15
3.1	Proces voor jeugd met ADHD en rol van de diverse partijen	15
3.2	Inzet jeugdhulp versus voorschrijven medicatie (methylfenidaat)	16
3.3	Relatie medicijngebruik en wachttijden voor jeugdhulp.....	16
	Dankwoord.....	18
	Bijlage 1: Achtergronden cijfers	19
B 1.1	Gegevens over jeugdhulp zonder verblijf (CBS)	19
B 1.2	Gegevens over uitgiftes methylfenidaat (SFK)	20
	Bijlage 2: Achtergrondbeschrijving per gemeente	25
B 2.1	Gemeente A (veel jeugdhulp, weinig medicatie)	25
B 2.2	Gemeente B (veel jeugdhulp, veel medicatie).....	26
B 2.3	Gemeente C (weinig jeugdhulp en weinig medicatie).....	28
B 2.4	Gemeente D (weinig jeugdhulp en veel medicatie)	30
	Bijlage 3: ADHD nader toegelicht	32
	Bijlage 4: Geraadpleegde bronnen.....	34

1. Onderzoeksopzet

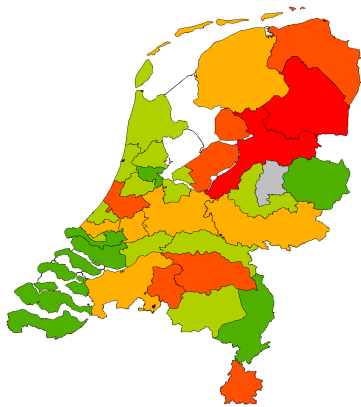
In dit hoofdstuk staat het hoe, wat en waarom van het onderzoek naar verschillen in de zorg voor kinderen met ADHD. Als eerste komt de achtergrond van de problematiek aan de orde, die de aanleiding vormde voor dit onderzoek, gevolgd door de doelstelling en de onderzoeksvragen. Tot slot wordt ingegaan op de gevolgde onderzoeksaanpak, zodat de resultaten, die in hoofdstuk 2 worden gepresenteerd, in het juiste perspectief gelezen kunnen worden.

1.1 Achtergrond van het onderzoek

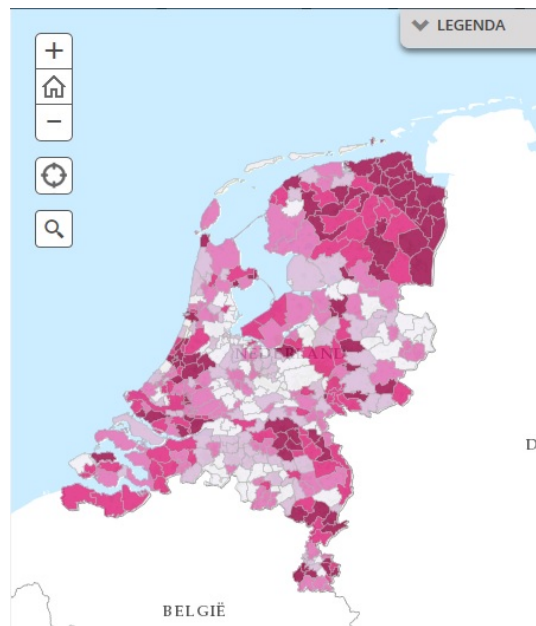
In 2014 heeft de Gezondheidsraad geconstateerd dat in de periode van 2003 t/m 2013 het gebruik van methylfenidaat voor kinderen met ADHD is verviervoudigd. Ook werd duidelijk dat een groeiend aantal jeugdigen met ADHD-achtige problemen in het zorgcircuit terecht komt. Het is echter niet duidelijk hoe de zorgverlening voor kinderen met ADHD er in de praktijk uitziet: Waar worden de kinderen gesignaleerd? Welke route bewandelen ze? Wie bepaalt of ze de diagnose ADHD krijgen? Wat voor zorg krijgen ze dan en waarop is die keuze gebaseerd?

Op grond van de aanbevelingen van de Gezondheidsraad zijn inmiddels concrete stappen gezet op weg naar 'gepaste zorg' voor kinderen met ADHD. Zo heeft een aantal beroepsgroepen uit zorg en onderwijs en de oudervereniging Balans, samen met de ministeries van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) en Volksgezondheid, Welzijn en sport (VWS) op 27 januari 2015 een intentieverklaring getekend om samen te werken aan een kwaliteitsverbetering in onderwijs en zorg voor kinderen met druk gedrag, impulsief gedrag en concentratieproblemen. In november 2015 is daartoe het Plan van Aanpak 'Gepaste zorg' opgesteld met een aantal concrete actielijnen tot eind 2016, zoals preventie en bewustwording, samenwerking onderwijs en zorg en het werken aan een betere (naleving van) richtlijnen en interventies. Ook zijn verschillende onderzoeken in gang gezet om meer inzicht in de onderliggende problematiek te verkrijgen.

Het verkennende onderzoek waarvan de resultaten in deze rapportage staan, is één van die onderzoeken. Het is in de periode juni tot en met oktober 2016 uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS. De focus van dit onderzoek lag op het in kaart brengen van en zo mogelijk toelichten van de verschillen tussen regio's c.q. gemeenten in de zorg die aan kinderen met ADHD wordt geboden. Deze verschillen worden treffend geïllustreerd in onderstaande afbeeldingen. De daarin geschetste landkaarten wekken de indruk dat er in Nederland grote verschillen bestaan in het voorschrijven van methylfenidaat (afb. 1) en het bieden van ambulante jeugdhulp (afb. 2). Dit roept vragen op over waar die verschillen op zijn gebaseerd en of die verschillen wellicht zijn te beïnvloeden.



Afb. 1 gebruik methylfenidaat (bron: SFK)



Afb. 2 inzet jeugdhulp zonder verblijf (bron: CBS)

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Met het onderzoek is gezocht naar de achtergronden van de geconstateerde verschillen in de inzet van een ambulant jeugdhulpaanbod en het voorschrijven van medicatie (methylfenidaat) aan kinderen met ADHD.

Het doel hiervan was om meer inzicht te krijgen in:

- het proces van signalering en aanmelding tot en met hulpverlening voor jeugd tussen 0 en 18 jaar met ADHD en de rol van de diverse partijen daarin, zoals onder meer de school, huisartsen, medisch specialisten (kinderartsen, psychiaters), psychologen en orthopedagogen, gemeente, ouders;
- mogelijke oorzaken van de verschillen in het voorschrijven van methylfenidaat en de inzet van jeugdhulp zonder verblijf en of er sprake is van een relatie tussen deze twee;
- een eventuele relatie tussen medicijngebruik en wachttijden voor jeugdhulp.

Deze doelstelling is door de opdrachtgever vertaald in de volgende onderzoeksvragen:

1. Zijn er factoren die het verschillend voorkomen van de diagnose ADHD verklaren in termen van verschillen in bevolkingssamenstelling en beschikbaarheid van passend jeugdhulpaanbod?
2. Hoe verloopt het proces voor kinderen met ADHD binnen een gemeente? Waar worden de kinderen gesignaleerd, waar worden ze aangemeld, naar wie wordt doorverwezen, wie stelt de diagnose en hoe ziet de behandeling eruit?

3. Hangt het gebruik van methylfenidaat samen met toeleiding naar de tweede lijn, door ouders, scholen, wijkteams of huisartsen?
4. Wat gebeurt er met de kinderen die wel worden aangemeld maar die geen diagnose ADHD krijgen?
5. Waarin verschilt de interventie voor ADHD per gemeente (medicatie, behandeling zonder medicatie, dan wel combinatie van interventies)?
6. Spelen financiële aspecten of de beschikbaarheid van een specifiek aanbod een rol bij de gekozen behandeling voor ADHD. En zo ja, welk hulpaanbod is hierop van invloed?

1.3 Onderzoeksaanpak

Dit onderzoek is verkennend en overwegend kwalitatief van aard. De vragen zijn omvangrijk en de mogelijke oorzaken divers. Deze verkenning beoogt meer inzicht te bieden in de wijze waarop de zorg voor kinderen met ADHD is georganiseerd en de verschillen die daarin voorkomen en aanbevelingen te doen voor verdiepend onderzoek.

Stappen

Het onderzoek bestond uit de volgende onderdelen:

- Het analyseren van gegevens over jeugdhulp en medicijngebruik. Er is gebruik gemaakt van cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) over 2015 en van cijfers van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) over 2014 en 2015. Deze analyse was primair bedoeld om de juiste gemeenten te kunnen selecteren voor het onderzoek. Maar het gaf ook informatie over de context van de problematiek.
- Het bestuderen van relevante documentatie. Een overzicht van alle geraadpleegde bronnen, schriftelijk en mondeling, staat in Bijlage 4.
- Het afnemen van semi-gestructureerde interviews met de bij ADHD-problematiek betrokken ketenpartijen in de vier aan het onderzoek deelnemende gemeenten, zoals de beleidsmedewerker Jeugd van de gemeente, de coördinator van het wijk/jeugdteam, een huisarts, een aanbieder (zorginstelling, kinderarts) en een ouder. De interviewverslagen zijn aan de respondenten voorgelegd om deze zo nodig te corrigeren of aan te vullen.
- Rapportage en presentatie van de bevindingen aan de opdrachtgever (VWS).

Methodiek en verantwoording

Bij aanvang van het onderzoek is gekozen voor de methodiek van de verschillenanalyse. Er zijn vier gemeenten geselecteerd van tenminste 80.000 inwoners (omdat anders het aantal kinderen met ADHD te laag is om tot enigszins betrouwbare uitspraken te komen). Deze gemeenten zijn qua omvang en bevolkingssamenstelling/leeftijdsopbouw vergelijkbaar maar verschillen onderling ten aanzien van het gebruik van methylfenidaat en de inzet van jeugdhulp zonder verblijf.

Dat levert de volgende matrix op:

		gebruik methylfenidaat	
		weinig	veel
inzet jeugdhulp zonder verblijf	veel	gemeente A	gemeente B
	weinig	gemeente C	gemeente D

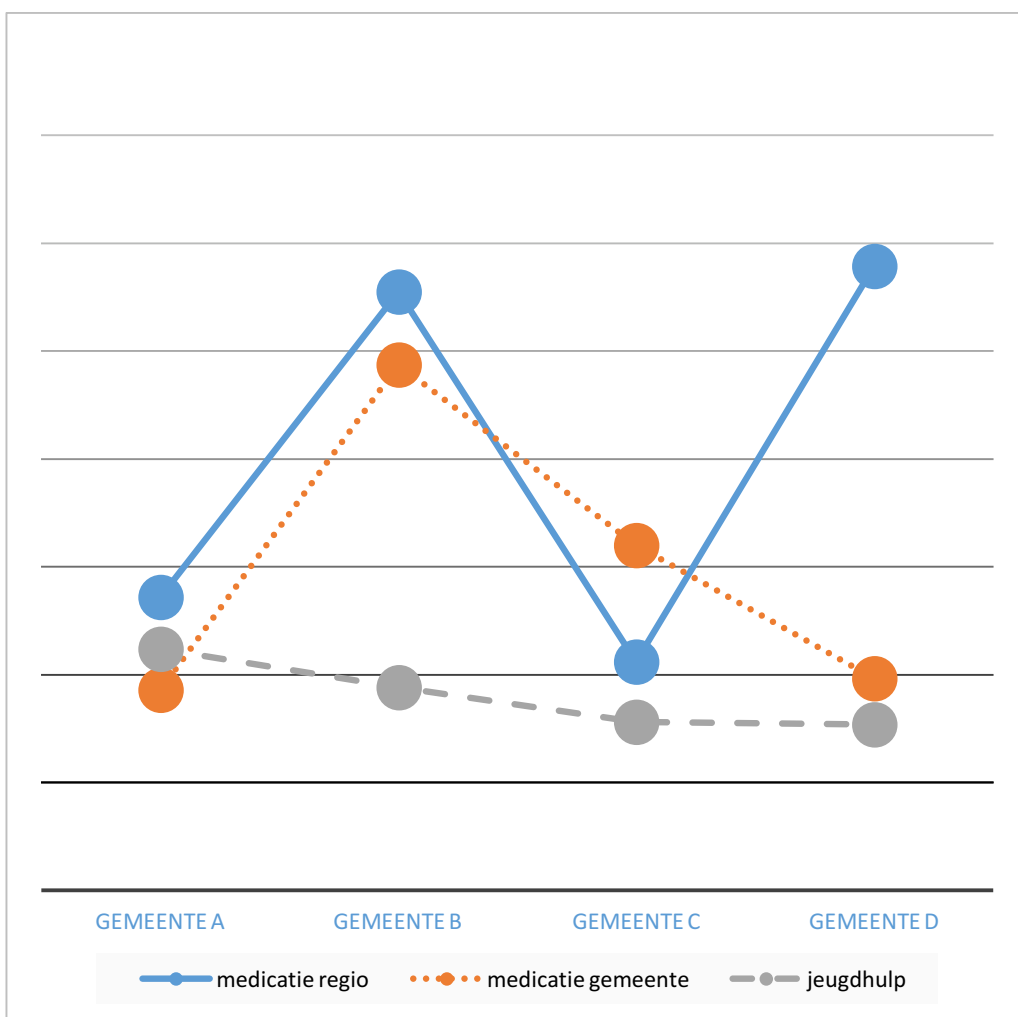
Afb 3. Matrix indeling onderzochte gemeenten

In elk kwadrant van deze matrix is een representatieve gemeente gekozen voor het onderzoek. Deze gemeenten zijn vervolgens beschreven aan de hand van de volgende kenmerken:

- inkoop;
- toegang;
- beschikbaar(heid) aanbod;
- jeugdhulp versus medicatie;
- samenwerking en multidisciplinair overleg (MDO).

Deze beschrijvingen zijn te vinden in Bijlage 2 van de rapportage.

Op grond van de uitkomsten en eventuele verschillen tussen de gemeenten ten aanzien van de hierboven genoemde kenmerken, is gezocht naar mogelijke verklaringen voor het verschil in omvang jeugdhulp en omvang medicatie gevonden. Dit streven is tijdens de uitvoering van het onderzoek (deels) losgelaten. De SFK-cijfers zijn gegroepeerd op het niveau van de 31 WLZ-regio's. De aanname dat de gemeenten binnen zo'n regio onderling vergelijkbaar zijn, bleek niet te kloppen toen de SFK op verzoek van de onderzoekers een nadere analyse op het niveau van de vier gemeenten maakte en de cijfers tevens uitsplitste naar leeftijd. Die nadere analyse veroorzaakte een verschuiving in de matrix (zie afbeelding 4 op de volgende pagina). Gemeente C en gemeente D zouden van positie moeten wisselen. In de rapportage is echter uitgegaan van de oorspronkelijke indeling omdat die het uitgangspunt vormde voor de gesprekken. Deze gesprekken hadden al plaatsgevonden op het moment dat de nadere analyse werd uitgevoerd.



Afb 4. Positie van de 4 gemeenten in het onderzoek (bron: SFK 2015 (medicatie) en CBS (jeugdhulp))

2. Resultaten

In dit hoofdstuk staan de resultaten van de verschillende onderdelen van het onderzoek. Om te beginnen zijn dat de resultaten van de cijfermatige analyse. Een verantwoording en toelichting daarop is opgenomen in Bijlage 1. Dan volgt het resultaat van de selectie van vier gemeenten voor het onderzoek. Een uitgebreide beschrijving van deze gemeenten staat in Bijlage 2. Tot slot komen de bevindingen uit de interviews en de documentatie aan de orde. Die bevindingen zijn geordend per onderzoeksvraag. Voor algemene achtergrondinformatie over ADHD, diagnose, behandeling, medicatie e.d. wordt verwezen naar Bijlage 3.

2.1 Wat zeggen de cijfers?

Twee bronnen zijn gebruikt: gegevens van het CBS over de inzet van jeugdhulp en gegevens van het SFK over het voorschrijven van methylfenidaat. Op basis van die twee bronnen zijn vier gemeenten geselecteerd om te vergelijken, volgens de in de onderzoeksrapportage vermelde matrix. De cijfers geven aanleiding tot voorbehoud ten aanzien van de conclusies en verdiepende vragen.

Cijfers jeugdhulp zonder verblijf

De gebruikte cijfers 'jeugdhulp zonder verblijf' (afbeelding 2, in paragraaf 1.1) onderscheiden niet naar type begeleiding of behandeling, noch naar doelgroep. Bovendien gaat het om het aantal jeugdhulptrajecten en niet om het aantal (unieke) cliënten. Deze cijfers zeggen dus alleen iets over de totale omvang van de ambulante jeugdhulp die is ingezet per gemeente. Door deze cijfers te relateren aan het aantal jeugdige inwoners per gemeente kunnen de onderzochte gemeenten met elkaar worden vergeleken, de 'gewogen' omvang is uitgedrukt in het aantal jeugdhulptrajecten per 1.000 jeugdigen. Twee van de vier onderzochte gemeenten leveren relatief weinig ambulante jeugdhulp en de andere twee relatief veel.

Cijfers gebruik methylfenidaat

De cijfers met betrekking tot methylfenidaat (afbeelding 1 in paragraaf 1.1) zijn uitgesplitst naar WLZ-regio (n=31) en niet naar gemeente (n=390). Ook gaat het om het aantal door apothekers uitgegeven recepten in plaats van het aantal gebruikers en het gaat om verstrekkingen aan alle gebruikers, dus niet alleen aan minderjarigen. Bovendien is, net als bij de jeugdhulpcijfers, geen onderscheid gemaakt naar doelgroep. Methylfenidaat wordt ook om andere redenen voorgeschreven dan ADHD. Toen één van de geïnterviewde gemeente-ambtenaren aangaf dat hun gemeente waarschijnlijk sterk afwijkt van enkele andere gemeenten die tot dezelfde WLZ-regio behoren, is besloten de SFK te vragen om een analyse per onderzochte gemeente. In die nadere analyse is het aantal verstrekkingen ook uitgesplitst naar leeftijd zodat er onderscheid was te maken tussen verstrekkingen aan volwassenen en aan minderjarigen. Deze analyse resulteerde bij twee van de onderzochte gemeenten in een verschuiving van laag naar hoog en vice versa (zie afbeelding 4 in paragraaf 1.3).

Relatie tussen inzet jeugdhulp en voorschrijven medicatie

De regionale cijfers van zowel CBS als SFK geven dus geen reëel beeld van de verschillen tussen individuele gemeenten met betrekking tot het leveren van ambulante jeugdhulp en het voorschrijven van medicatie (methylfenidaat) aan kinderen met ADHD. Er kan op grond van deze gegevens dus ook geen relatie worden gelegd tussen die twee.

Eerste uitgifte door huisarts

Uitgesplitst naar eerste uitgifte en vervolgitgifte bleek dat gemiddeld 1/3 van de eerste uitgiftes op basis van een recept van de huisarts wordt gedaan. Dit strookt niet met het beeld dat uit de interviews naar voren kwam. Navraag bij de SFK leerde dat een eerste uitgifte zoals de SFK die meet, niet altijd de start van een therapie weergeeft. Ook vervolgitgiftes worden soms geregistreerd als eerste uitgifte. Dit gebeurt bijvoorbeeld als de toedieningsvorm wijzigt.

2.2 Kenmerken van de vier onderzochte gemeenten

In onderstaand overzicht zijn de vier gemeenten op de onderzochte punten met elkaar vergeleken. Alleen de kenmerkende verschillen en overeenkomsten staan erin.

	Gemeente A	Gemeente B	Gemeente C	Gemeente D
Jeugdhulp (JH) versus medicatie	Veel JH, weinig medicatie	Veel JH, veel medicatie	Weinig JH, weinig medicatie (gecorrigeerd naar: veel medicatie)	Weinig JH, veel medicatie (gecorrigeerd naar: weinig medicatie)
	Medicatie zelden als eerste door HA, altijd ter ondersteuning JH.	Medicatie zelden door HA, altijd in combinatie met JH.	Diffuus beeld. (te) veel medicatie? Altijd in combinatie met JH. Zelden als eerste door HA.	JH in combinatie met medicatie, zelden als eerste door HA.
Inkoop	Regionaal ingekocht, output-financiering (=> kortere behandel-duur).	Regionaal ingekocht, geen ziekenhuis, wel kinderarts (weinig ingezet).	Regionaal ingekocht, wel ziekenhuis, medicatiecontrole naar HA met deskundigheidsbevordering door ziekenhuis.	Regionaal ingekocht, geen ziekenhuis of kinderarts, enkel jGGZ.
Toegang	Jeugdteam met brede deskundigheid, vanuit CJG. Vervolgindicatie via jeugdteam i.p.v. huisarts.	Wijkteam alle leeftijden (i.p.v. CJG), brede deskundigheid. Inzet op samenwerking huisarts/school, beperking 2 ^e lijn.	Centraal toegangsen indicatie punt, geen begeleiding, enkel verhelderen hulpvraag en indicatie. Centraal expertiseteam jGGZ t.b.v. ouders en huisartsen.	Jeugdteams vanuit CJG, brede deskundigheid. Grote GGZ-instelling aanwezig.
Beschikbaar aanbod	Gespecialiseerd ADHD-centrum, voldoende capaciteit, wenswachtenden.	Voldoende capaciteit, wenswachtenden.	ADHD-poli in ziekenhuis. Door wachtlijsten kinderen mogelijk onterecht naar poli.	Wachtlijsten GGZ, maar altijd alternatief beschikbaar.

	Gemeente A	Gemeente B	Gemeente C	Gemeente D
Samenwerking en MDO	Versterking samenwerking HA, scholen en jeugdteam in 2016. MDO op casusniveau. Invulling POH-jeugd i.s.m. jeugdteam.	Inzet op samenwerking wijkteam met HA en scholen. HA-maakt vaker gebruik van wijkteam. MDO flexibel ingezet. Invulling functie POH-jeugd i.s.m. wijkteam.	Geen speciale afspraken over samenwerking. Ondersteuning HA en POH vanuit ziekenhuis.	Vooral samenwerking met VO-scholen, minder verwijzingen via HA.

2.3 Bevindingen interviews en documentatie

In deze paragraaf staan de bevindingen van de onderzoekers na het voeren van gesprekken met betrokkenen in de vier gemeenten (en enkele respondenten daarbuiten) en het bestuderen van de beschikbare documentatie. Dit gebeurt door het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Gezien het verkennende en overwegend kwalitatieve karakter van het onderzoek, zijn dat geen onweerlegbare antwoorden.

Onderzoeksvraag 1:

Zijn er factoren die het verschillend voorkomen van de diagnose ADHD verklaren in termen van verschillen in bevolkingssamenstelling en beschikbaarheid van passend jeugdhulpaanbod?

In het onderzoek is geen verband aangetoond tussen het aantal keren dat een diagnose ADHD wordt gesteld in relatie tot de populatiekenmerken. De juiste gegevens ontbreken daarvoor. Er zijn in de vier onderzochte gemeenten bijvoorbeeld geen gegevens bekend over het aantal kinderen met een diagnose ADHD. Aan de respondenten is gevraagd naar hun gedachten over mogelijke verbanden. Uit één van de onderzochte gemeenten komt het signaal dat ouders met een hoge sociale status (opleiding, inkomen) vaak duidelijk weten wat ze willen en welke weg ze moeten bewandelen om dit voor elkaar te krijgen. Wellicht dat door die druk soms sneller wordt toegegeven in het stellen van een diagnose en/of het toekennen van een bepaalde vorm van hulp en/of medicatie of juist het niet voorschrijven van medicatie. Deze hypothese is bevestigd door enkele geïnterviewde huisartsen (niet werkzaam in één van de vier gemeenten).

Ook de beschikbaarheid van passend jeugdhulpaanbod lijkt niet of nauwelijks van invloed te zijn op de mate waarin een diagnose ADHD wordt gesteld en/of gekozen wordt voor een bepaalde invulling van de behandeling:

- In de twee gemeenten waar een aanbieder is gevestigd die zich specifiek richt op de ADHD-doelgroep, zoals een ADHD-poli in het ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum voor kindergeneeskunde, zie je geen significant grotere inzet van jeugdhulp of het vaker voorschrijven van medicatie.
- Of een kind bij een kinderarts terecht komt of bij een kinderpsychiater (of psycholoog/orthopedagoog), maakt voor het voorschrijven van medicijnen en het stellen van een diagnose geen verschil. Kinderartsen lijken terughoudender in het stellen van een diagnose. Deze hypothese is gebaseerd op uitspraken van de geïnterviewde huisartsen en GGZ-

aanbieders, die aangeven dat na doorverwijzing naar de GGZ in bijna alle gevallen ook een diagnose ADHD volgt, terwijl de geïnterviewde kinderartsen aangeven dat zij lang niet altijd tot die diagnose komen. Of dat feitelijk ook zo is en welke redenen daarvoor zijn te geven, zou getoetst moeten worden door meer mensen te interviewen en bij hen door te vragen naar de mogelijke oorzaken.

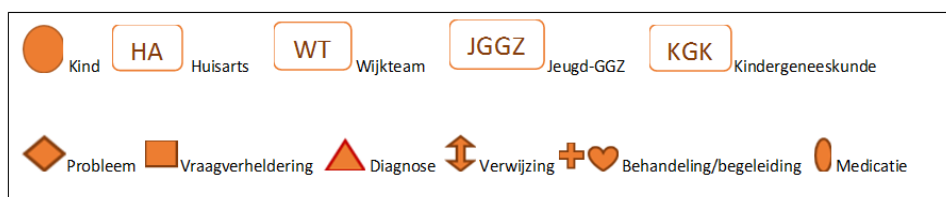
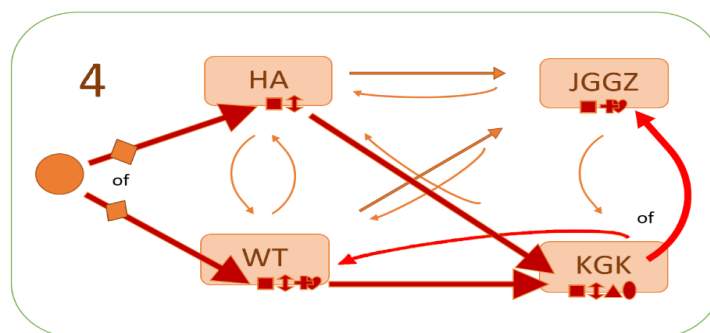
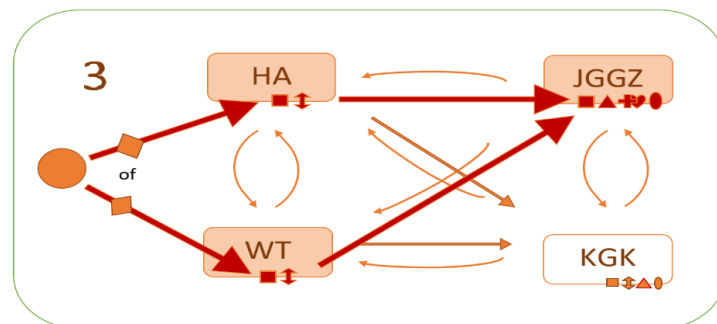
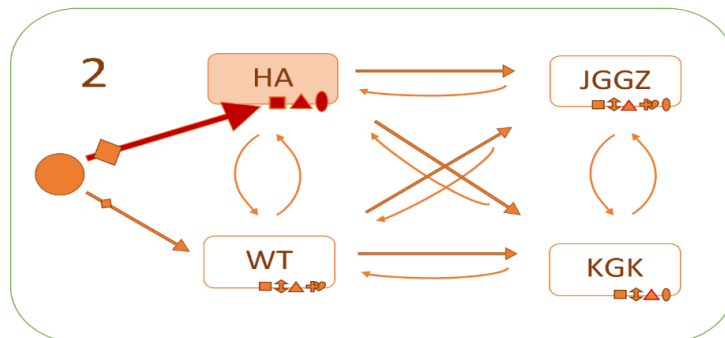
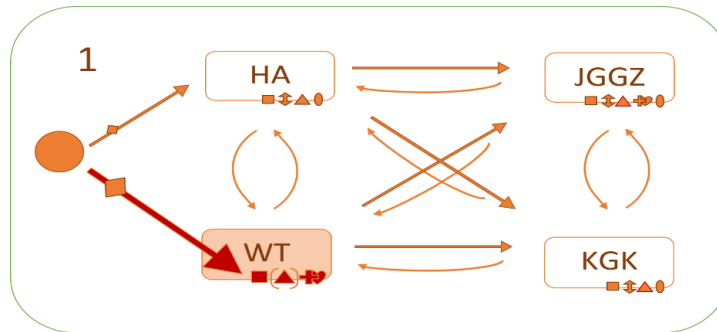
- Sinds de invoering van Passend Onderwijs is een diagnose geen vereiste voor extra ondersteuning op school. In twee van de vier gemeenten wordt dat echter door scholen nog wel gehanteerd als criterium om individuele begeleiding in te zetten. Om te weten wat de motieven daarvoor zijn, zou het onderzoek uitgebreid moeten worden onder scholen.
- In gemeente B waar relatief veel jeugdhulp en ook relatief veel medicatie wordt geboden, speelt de beschikbaarheid van scholen voor speciaal onderwijs mogelijk wel een rol in de mate waarin kinderen worden aangemeld voor een diagnose ADHD. De hypothese is dat in deze gemeente het reguliere onderwijs minder gewend is aan 'moeilijke' kinderen in de klas. De ruime beschikbaarheid van speciaal onderwijs in de regio, is mogelijk een aanleiding om sneller hun grenzen aan te geven en een signaal af te geven aan ouders om hun kind te laten diagnosticeren. Een signaal uit één gemeente is te weinig om te kunnen generaliseren, maar dit is een aandachtspunt voor vervolgonderzoek.
- In alle vier onderzochte gemeenten bestaan er wachtlijsten, vooral voor jeugd-GGZ en ook voor diagnostiek en/of behandeling van kinderen met ADHD. Toch spelen de wachttijden volgens de geïnterviewden nauwelijks een rol. In de onderzochte gemeenten is er feitelijk wel voldoende aanbod beschikbaar maar niet bij elke aanbieder. Ouders kiezen soms bewust voor een bepaalde aanbieder, en accepteren dan een langere wachttijd ('wenswachtenden'). Indien de situatie urgent is of wordt, kan vrijwel altijd snel hulp gevonden worden, hetzij via voorrang op de wachtlijst, hetzij bij een andere aanbieder met een kortere wachttijd. De achtergronden tussen de mismatch tussen 'wens ouder' en 'beschikbaar aanbod' is in het onderzoek niet nader onderzocht.

Onderzoeksvraag 2:

Hoe verloopt het proces voor kinderen met ADHD binnen een gemeente? Waar worden de kinderen gesignaleerd, waar worden ze aangemeld, naar wie wordt doorverwezen, wie stelt de diagnose en hoe ziet de behandeling eruit?

Globaal zijn er in elke gemeente vier 'routes' te onderscheiden, die kinderen met ADHD kunnen volgen, al naar gelang de ernst van de problematiek (met daarbinnen vele varianten). De signalering dat een kind mogelijk ADHD heeft vindt meestal op school plaats. Kinderen (en ouders) melden zich vervolgens (zonder verwijzing) bij de huisarts of bij het wijkteam met hun probleem. Bij lichte problematiek worden zij door huisarts/praktijkondersteuner, wijkteam of een aanbieder van jeugd- en opvoedhulp (J&O) afdoende geholpen (variant 1 of 2). Ze kunnen ook voor diagnostiek en behandeling worden doorverwezen naar de jeugd-GGZ (met een kinderpsychiater) of naar een kinderarts, al dan niet in combinatie met een GZ- of K&J-psycholoog of een orthopedagoog (generalist) (variant 3 of 4).

Op de volgende pagina zijn de vier routes schematisch in beeld gebracht. Omwille van de leesbaarheid zijn hierin andere verwijzers (zoals jeugdarts, GI, medische specialisten) niet expliciet meegenomen. Die routes zijn vergelijkbaar met route 1 (huisarts). Eveneens komen de J&O-aanbieders er niet in voor, die route is vergelijkbaar met route 2 (wijkteam).



De route naar de kindergeneeskunde (KGK) is doorgaans gecombineerd met die van de jeugd-GGZ (JGGZ), omdat de kinderarts voor de diagnostiek vaak ook een psychologisch onderzoek wenst. In alle gemeenten bleek dat de wens van ouders voor verwijzing naar de jeugd-GGZ of naar een kinderarts een grote rol speelt in de gevolgde route.

In geen van de onderzochte gemeenten is er een 'totaalplaatje' van de gevolgde routes voor kinderen met ADHD. Voor alle jeugdhulptrajecten (niet alleen ADHD) geldt, dat als er verwezen wordt naar gespecialiseerde jeugdhulp (wat voor kinderen met ADHD niet altijd aan de orde is, zie route 1 en 2), dit in 20 tot 30% van de gevallen plaatsvindt door de wijkteams (bron: CBS), de rest door huisartsen en andere verwijzers. We hebben geen reden om aan te nemen dat dit in het geval van (een vermoeden van) ADHD anders is. Een interessante vervolgvraag is of er op dit punt verschillen zijn per gemeente.

De rol van de scholen is in bovenstaande schets van de routes voor kinderen met ADHD buiten beschouwing gelaten. Wellicht is er in het kader van Passend Onderwijs ook nog een 5e route te schetsen dat volledig in het onderwijs plaatsvindt, zo nodig met ondersteuning van externe expertise. In deze fase van verkennend onderzoeken is deze route echter niet in kaart gebracht.

Onderzoeksvraag 3:

Hangt het gebruik van methylfenidaat samen met toeleiding naar de tweede lijn, door ouders, scholen, wijkteams of huisartsen?

Rol ouders

In alle vier gemeenten is aangegeven dat ouders een belangrijke rol spelen in het wel of niet voorschrijven van methylfenidaat. Artsen adviseren wel maar laten de keuze vaak over aan de ouders, tenzij ze ervan overtuigd zijn dat het kind geen baat heeft bij medicatie. Er zijn ouders die tegen het gebruik van methylfenidaat zijn en liever kiezen voor geen medicatie of een alternatief (bv. homeopatisch middel). Maar er zijn ook ouders die juist hun toevlucht zoeken tot medicatie vanwege het te verwachten effect.

Rol scholen

In alle onderzochte gemeenten worden ADHD-problemen meestal voor het eerst gesignaleerd in het basisonderwijs. Op het moment dat kinderen leren lezen, schrijven en rekenen, wordt van hen verwacht dat ze zich kunnen concentreren op deze taken. Kinderen die dat niet kunnen lopen dan vast. Ouders melden zich vervolgens bij huisarts of wijkteam. Het beeld dat er ook daadwerkelijk druk wordt uitgeoefend richting diagnose, in de zin van dat het kind zonder behandeling niet in de klas kan blijven, werd in één van de vier onderzochte gemeenten ervaren. Deze gemeente zet mede daarom actief in op samenwerking met scholen.

Rol wijkteam

Drie van de vier onderzochte gemeenten zijn voortvarend bezig met het positioneren van hun wijk- of jeugdteams als laagdrempelige voorziening voor het begeleiden van kinderen met ADHD-achtige kenmerken en hun ouders. De medewerkers van zo'n team kunnen daarbij ook vaak terugvallen op advies van een psycholoog/orthopedagoog en/of een arts of psychiater. Naarmate deze 'route' meer ingeburgerd raakt bij huisartsen en scholen, kan dit weleens een factor zijn die

maakt dat er minder kinderen doorverwezen hoeven te worden en er dus ook minder vaak gekozen wordt voor medicatie. Deze transformatie is echter nog te pril om nu al terug te zien in de (landelijke) cijfers.

Rol huisartsen

De cijfers van de SFK geven aanleiding te veronderstellen dat huisartsen met enige regelmaat zelf starten met het voorschrijven van methylfenidaat. Dat beeld werd tegengesproken door de geïnterviewde huisartsen. Deze zeggen zeer terughoudend te zijn in het starten met medicatie. Zij laten dit het liefst over aan een kinder- en jeugdpsychiater of een kinderarts. Slechts één huisarts meldde bij hoge uitzondering wel met medicatie te starten. Dit betekent dat als er niet wordt verwezen naar de 2e lijn (gespecialiseerde jeugdhulp), er veelal geen medicijnen worden voorgeschreven, althans geen methylfenidaat. De geïnterviewde kinderartsen bevestigen dit beeld.

Eenmaal stabiel ingesteld op medicatie, nemen de (geïnterviewde) huisartsen de controle en eventueel afbouw wel over van de psychiater of kinderarts. De meningen over de wenselijkheid daarvan verschillen evenals het vertrouwen in huisartsen dat ze goed toegerust zijn voor deze taak en deze taak ook goed invullen. In de ADHD-richtlijn voor huisartsen zijn voorwaarden opgenomen waaronder een huisarts diagnostiek en het voorschrijven van medicatie kan doen.

Rol van samenwerking

In drie van de vier gemeenten wordt inmiddels intensief samengewerkt met zowel de huisartsen als met scholen. Kennis en deskundigheid vanuit de wijkteams wordt ingezet in de huisartsenpraktijk en het ondersteuningsteam van scholen. In die gemeenten zijn de eerste effecten zichtbaar dat er minder vaak verwezen wordt naar de tweede lijn en dat die verwijzingen steeds vaker door het wijkteam gebeuren in plaats van door de huisarts. En daar waar 'passend onderwijs' een betere invulling krijgt door samenwerking met deskundigen vanuit een wijkteam en leerkrachten zich hierdoor gesteund voelen, is de verwachting bij de onderzochte gemeenten dat bij scholen de roep om een klinische diagnose en medicatie van drukke kinderen zal afnemen.

Onderzoeksvraag 4:

Wat gebeurt er met de kinderen die wel worden aangemeld maar die geen diagnose ADHD krijgen?

Er zijn geen gegevens over aantallen aanmeldingen voor een diagnosetraject ADHD bekend en ook niet over hoeveel van die aanmeldingen daadwerkelijk leiden tot een ADHD-diagnose. De bevindingen op dit punt zijn alleen gebaseerd op de interviews en relevante literatuur. Wellicht dat deze bevindingen in de toekomst ook gestaafd kunnen worden met cijfers.

Kinderen die na screening in de jeugd-GGZ en/of een kinderarts geen diagnose ADHD krijgen, worden terugverwezen naar de huisarts of het wijkteam (of in het algemeen: naar de verwijzer). Het is aan hen om samen met het kind en/of de ouders na te gaan welke passende jeugd- of gezinshulp er dan ingezet kan en moet worden. Dit kan variëren van een ander diagnosetraject, tot psychologische hulp, opvoedondersteuning, begeleiding op school of iets anders en hangt af van de problematiek. Op de vraag of dan wordt overgegaan tot medicatie werd negatief

geantwoord. Daarvoor is in alle vier gemeenten een zorgvuldige screening en diagnose nodig, indien niet voor ADHD dan voor een andere aandoening.

Voor gemeenten is het niet belangrijk of een kind een formele diagnose ADHD krijgt. De probleemsituatie wordt als uitgangspunt genomen en er wordt beoordeeld wat daarvoor nodig is. Ook wordt de omgeving van het kind betrokken bij het zoeken naar een oplossing. Eén van de geïnterviewde gemeente-ambtenaren kreeg signalen dat in die gemeente in de jeugd-GGZ weleens gekozen wordt voor een diagnose ADHD omdat die diagnose meer mogelijkheden biedt om jeugdhulp in te zetten. Het beeld dat in het onderzoek naar voren kwam is dat gemeenten meer mogelijkheden zien om passende zorg in te zetten zonder formele diagnose dan in de 'reguliere' zorgcircuits.

Onderzoeksvraag 5:

Waarin verschilt de interventie voor ADHD per gemeente (medicatie, behandeling zonder medicatie, dan wel combinatie van interventies)?

Alle vormen en combinaties komen voor bij alle onderzochte gemeenten. Eén gemeente wijkt af in die zin dat er vanuit het wijkteam zelf geen jeugdhulp geleverd wordt.

Onderzoeksvraag 6:

Spelen financiële aspecten of de beschikbaarheid van een specifiek aanbod een rol bij de gekozen behandeling voor ADHD. En zo ja, welk hulpaanbod is hierop van invloed?

Eén van de gemeenten zet sterk in op het zo snel mogelijk terugschalen van kinderen die onder behandeling zijn van een kinderarts naar de huisarts, vooral als het om medicatiebegeleiding gaat. Twee andere gemeenten sturen op ondersteuning in de huisartsenpraktijk door te investeren in de inzet van praktijkondersteuners met deskundigheid op het gebied van jeugd-GGZ (POH-JGGZ). De verwachting is dat dit hulpaanbod de komende tijd uitgebreid gaat worden.

Naast inhoudelijke motieven dat de hulp aan kinderen het beste laagdrempelig en dichtbij georganiseerd kan worden (één van de doelen van de decentralisatie), spelen ook financiële motieven hierbij een rol. Huisartsenzorg is goedkoper dan gespecialiseerde zorg. Bovendien valt deze zorg onder de zorgverzekeringswet (sturing op kosten o.a. via hoogte zorgpremie), terwijl de jeugdhulp door kinderartsen (kindergeneeskunde, inclusief medicatiebegeleiding), orthopedagogen, psychologen en wijkteams onder de Jeugdwet valt en dus gefinancierd wordt door gemeenten (collectieve lasten).

Eén gemeente heeft outputfinanciering geïntroduceerd in de vorm van een beperkt aantal arrangementen met een gemiddeld tarief. Aanbieders van jeugdhulp bepalen zelf de benodigde inzet hiervan per cliënt. Er is dan een prikkel om kritisch na te gaan welke hulp nodig is, hoe lang en welke expertise daarvoor vereist is. Het zet aanbieders van gespecialiseerde zorg eerder aan tot het terugschalen naar de huisarts, 1e lijns hulp of ondersteuning die vanuit het wijkteam geboden kan worden. Dit geldt uiteraard voor alle kinderen die jeugdhulp nodig hebben maar in het bijzonder voor kinderen met ADHD omdat die gedurende langere tijd jeugdhulp nodig hebben.

3. Conclusies en aanbevelingen

Op grond van de resultaten die in het vorige hoofdstuk zijn beschreven, worden in dit hoofdstuk de belangrijkste bevindingen samengevat in een aantal (voorzichtige) conclusies en aanbevelingen. De doelstelling van het onderzoek is hierbij als uitgangspunt genomen. In dit onderzoek zijn de vragen kwalitatief nader onderzocht en beantwoord. Het onderzoek geeft aan wat er bij de vier onderzochte gemeenten speelt en het nodigt uit tot het stellen van hypothesen die zelf weer om nader onderzoek en soms ook om meer tijd vragen. De resultaten kunnen niet zo maar worden geëxtrapoleerd naar alle 390 gemeenten, meer het onderzoek geeft wel inzicht in de ontwikkelingen en factoren die een rol spelen bij het diagnosticeren en behandelen van ADHD bij jeugdigen.

3.1 Proces voor jeugd met ADHD en rol van de diverse partijen

1. Er zijn vier 'hoofdroutes' te onderscheiden in de onderzochte gemeenten. Deze routes komen in alle vier gemeenten voor. De twee routes richting huisarts en wijkteam leiden meestal tot het uitsluitend inzetten van jeugdhulp en de twee routes richting jeugd-GGZ en kindergeneeskunde leiden meestal tot het (aanvullend) voorschrijven van medicatie. Scholen en ouders spelen een belangrijke rol in de keuze van de route. De rol van psychologen, orthopedagogen en (kleinere) aanbieders van jeugd- en opvoedhulp binnen deze routes, is nog onderbelicht. Aanbevolen wordt om ouders, scholen, psychologen en orthopedagogen in een verdiepend vervolgonderzoek expliciet mee te nemen.
2. In dit onderzoek is geen verband aangetoond tussen verschillen in de toegang en inrichting van de jeugdhulp en het meer of minder voorschrijven van methylfenidaat. Dat wil uiteraard niet zeggen dat dit verband er niet is. In het algemeen wijzen de antwoorden van de respondenten op een tendens dat met de transitie een richting 'naar de voordeur' is ingeslagen: er wordt (meer) integraal en multidisciplinair samengewerkt binnen de jeugdhulp. Er ontstaan betere samenwerkingsrelaties tussen jeugdhulp, scholen en (huis)artsen, zowel op de werkvloer als beleidsmatig. Volgens de respondenten leidt deze ontwikkeling tot minder verwijzingen naar de tweede lijn (dus meer route 1 en 2) en daarmee ook minder vaak tot het voorschrijven van medicatie, maar deze transformatie duurt nog te kort om de effecten ervan te kunnen meten.
3. In alle onderzochte gemeenten is geconstateerd dat het perspectief en de rol van school met name als 'probleemsignaleerder' van belang is. In veel gevallen, zo melden respondenten, vormt de situatie op school de aanleiding voor ouders om hulp te gaan zoeken. Met de invoering van het passend onderwijs (2014) is er op scholen ook veel veranderd. Het verdient daarom aanbeveling om ook het proces binnen scholen in kaart te brengen en inzicht te krijgen in de belemmeringen die daar zijn in het omgaan met drukke en impulsieve kinderen in de klas en het handhaven van deze kinderen in het reguliere onderwijs.

3.2 Inzet jeugdhulp versus voorschrijven medicatie (methylfenidaat)

1. Een relatie tussen de inzet van jeugdhulp en het gebruik van medicatie is op basis van dit onderzoek niet te leggen. Er zijn signalen die wijzen in de richting van een daling van de medicatie mits er voldoende deskundige jeugdhulp wordt ingezet. Of dit werkelijk het geval is of dat hier geldt dat de wens de vader van de gedachte is, moet blijken uit nader onderzoek.
2. Er is een opmerkelijk verschil tussen de SFK-cijfers en de in het onderzoek verkregen antwoorden van geïnterviewde artsen betreffende de eerste uitgifte van methylfenidaat. Artsen melden dat huisartsen nooit, of slechts bij hoge uitzondering, starten met medicatie. Volgens de cijfers gebeurt dit in 35% van de gevallen. Ook andere respondenten dan artsen melden te weten dat huisartsen soms starten met medicatie. Het verkennende onderzoek was te beperkt van omvang om deze tegenstrijdigheid te kunnen verklaren. Daarom volgen twee aanbevelingen:
 - a) Duik dieper de cijfers in om meer inzicht te krijgen in regionale en lokale verschillen in het gebruik van methylfenidaat. Genereer de SFK-cijfers op (80 duizend+) gemeenteniveau en maak daarbij onderscheid in 1e uitgifte voor minderjarigen en voor volwassenen. Achterhaal hoe het registreren door de apotheken precies gebeurt, en relateer de aantallen voorschriften aan het aantal personen voor wie wordt voorgeschreven (BSN-niveau).
 - b) Interview een grotere groep artsen op dit onderwerp.
3. Er bestaat voor gemeenten naast een inhoudelijke ook een financiële prikkel om te sturen op medicatievoorschrift en -controle door de huisarts. Uit het onderzoek is niet naar voren gekomen dat deze prikkel in de onderzochte gemeenten leidend is geweest voor de keuze deze taak bij huisartsen neer te leggen. De vraag daarnaast of dit inhoudelijk (vanuit het oogpunt van kwaliteit) een verantwoorde situatie is, wordt door respondenten verschillend beantwoord. De één vindt dit bij uitstek een rol voor de huisarts, de ander vindt dat kinderartsen beter zijn toegerust om te bepalen of de medicatie nog voldoet of aangepast moet worden en om het moment te bepalen dat met de afbouw wordt gestart. De achtergrond van die verschillende standpunten zou in een vervolgonderzoek meegenomen kunnen worden.

3.3 Relatie medicijngebruik en wachttijden voor jeugdhulp

1. In geen van de onderzochte gemeenten worden de wachttijden voor met name jeugd-GGZ als problematisch ervaren. Er is voldoende jeugdhulp ingekocht maar de wens van ouders voor een bepaalde aanbieder is bij de ene aanbieder groter (dus wachtlijst) dan bij de andere. Er is dan ook geen indicatie gevonden voor de situatie dat vanwege de wachttijden voor jeugdhulp er alvast gestart wordt met medicatie. Een deel van de geïnterviewden denkt dat dit incidenteel voorkomt, maar de geïnterviewde huisartsen geven aan dit zelf niet te doen.
2. Als een diagnosetraject niet leidt tot de diagnose ADHD, komt het kind weer bij de verwijzer terecht (huisarts, wijkteam, jeugdgezondheidszorg, psycholoog e.d.). Op dat moment moet de problematiek opnieuw worden beoordeeld en gezocht worden naar passende zorg. Uit het onderzoek is niet naar voren gekomen dat in zo'n situatie medicatie als (tijdelijke) oplossing

wordt gekozen. Het is onbekend hoe vaak het voorkomt dat na verwijzing geen diagnose ADHD volgt en de signalen in het onderzoek zijn verschillend. Aanbevolen wordt in een vervolgonderzoek mee te nemen hoe hier meer inzicht in kan ontstaan, bijvoorbeeld op grond van de registraties bij verwijzers en hulpverleners, alsmede welke rol psychologen en orthopedagogen bij het zoeken naar passende zorg kunnen spelen en hoe de afstemming/samenwerking met het onderwijs kan plaatsvinden.

Dankwoord

Wij (de onderzoekers) bedanken alle personen die hebben meegewerkt aan het onderzoek. Zonder de medewerking van onze respondenten in de vier gemeenten/regio's hadden we niet tot de inzichten kunnen komen die in deze rapportage staan beschreven. Vanwege de anonimiteit van de onderzochte gemeenten kunnen we hun identiteit niet bekend maken, maar we zijn hen dankbaar voor de openhartige gesprekken, het aanleveren van verhelderende documentatie, het meelesen en zo nodig corrigeren en aanvullen van de interviewverslagen en het aandragen van andere mensen die een waardevolle bijdrage aan het onderzoek zouden kunnen leveren. We hopen dat de uitkomsten van dit onderzoek zullen bijdragen aan een aantal verbeteringen in de zorg voor kinderen met ADHD.

Bijlage 1: Achtergronden cijfers

B 1.1 Gegevens over jeugdhulp zonder verblijf (CBS)

Uit de database van bij het CBS opgeslagen gegevens zijn de volgende selecties gemaakt:

Selectie 1:

- peildatum: 1 januari 2015;
- totaal aantal inwoners;
- in gemeenten (n = 390).

Dit leverde een tabel op met per gemeente het totaal aantal inwoners (alle leeftijden) op 1 januari 2015. Daaruit zijn de gemeenten geselecteerd met meer dan 80.000 inwoners. Dat zijn er 41. Met die gemeenten zijn de volgende selecties gemaakt.

Selectie 2:

- peildatum: 1 januari 2015;
- aantal inwoners jonger dan 20 jaar;
- in gemeenten met meer dan 80.000 inwoners (n = 41).

Dit leverde een tabel op met per 80.000+ gemeente het aantal inwoners met een leeftijd jonger dan 20 op 1 januari 2015.

Selectie 3:

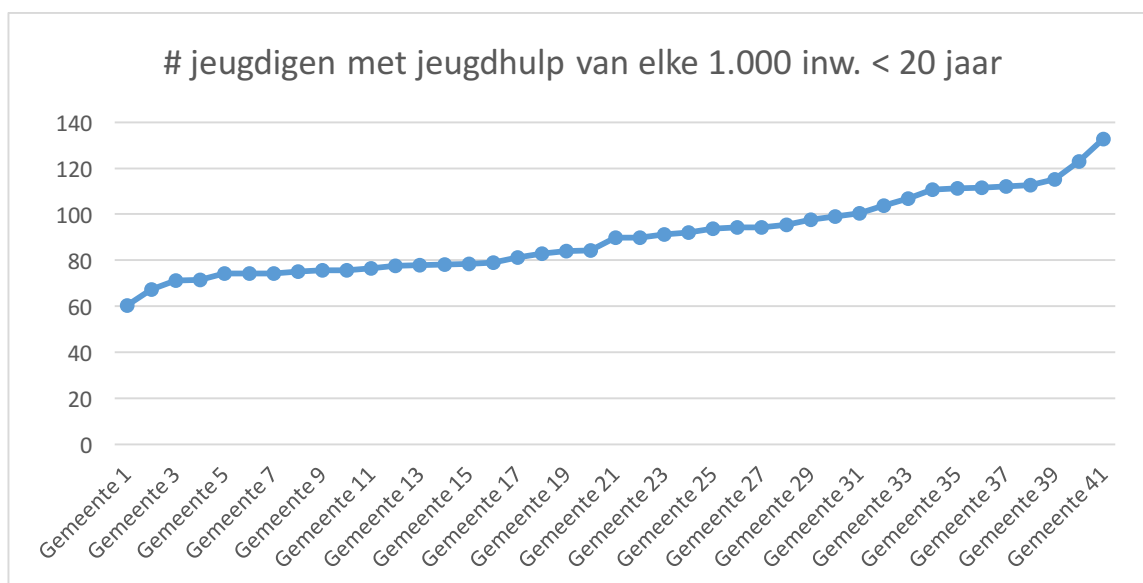
- periode: 2015 (kalenderjaar);
- aantal jongeren met jeugdhulp zonder verblijf in de leeftijd 0 -23 jaar;
- in gemeenten met meer dan 80.000 inwoners (n = 41).

Dit leverde een tabel op met per 80.000+ gemeente het aantal jongeren dat jeugdhulp zonder verblijf ontving in het jaar 2015.

Vervolgens is met behulp van de tabellen 2 en 3 berekend hoeveel jongeren met jeugdhulp zonder verblijf er in elke 80.000+ gemeente zijn op elke 1.000 inwoners jonger dan 20 jaar. Door op deze manier het aantal jongeren met jeugdhulp zonder verblijf te relateren aan de totale groep jongeren, is het mogelijk om de gemeenten met elkaar te vergelijken.

Opmerking: De gegevens bij het CBS zijn gegroepeerd in leeftijdsgroepen waarvan 0 tot 20 er één is. Daarom is voor die selectie gekozen ook al heeft het aantal jeugdigen met jeugdhulp zonder verblijf betrekking op een leeftijd tot 23 jaar. De systematische fout die daardoor ontstaat is voor lief genomen omdat het ten behoeve van dit onderzoek alleen maar een hulpmiddel was om de gemeenten vergelijkbaar te maken, zodat er een goede keuze gemaakt kon worden van de vier te onderzoeken gemeenten.

Deze analyse leverde het beeld op dat het relatieve aantal jeugdigen met jeugdhulp zonder verblijf in een gemeente met meer dan 80.000 inwoners varieert van 60 tot 133 per 1.000 jeugdigen. Met andere woorden: in gemeenten met meer dan 80.000 inwoners ontvangt 6% tot 13% van alle jeugd in de leeftijdscategorie tot 20 jaar jeugdhulp zonder verblijf. Hieronder is dit beeld in een grafiek weergegeven. Deze gegevens zijn gebruikt om te bepalen welke gemeenten relatief veel en welke relatief weinig kinderen hebben die jeugdhulp zonder verblijf ontvangen.



Afb. 5 Relatieve aantal jeugdigen met jeugdhulp zonder verblijf (bron: CBS)

Bij deze analyse moet de volgende kanttekening worden gemaakt:

Het gaat hier om de jeugdhulp zonder verblijf aan alle kinderen, dus niet alleen de kinderen met ADHD. Er is in de cijfers namelijk geen onderscheid naar diagnose te maken. Die informatie is niet vastgelegd bij het CBS. Voor het onderzoek is uitgegaan van de aanname dat het aantal jeugdigen met ADHD in deze cijfers in elke gemeente een evenredig deel uitmaakt van alle jeugdigen die in de betreffende gemeente jeugdhulp krijgen. Dit betekent echter dat onderzoeksvraag 1 (verschillen in bevolkingssamenstelling en beschikbaarheid passend jeugdhulpaanbod) niet op basis van de cijfers kan worden beantwoord.

B 1.2 Gegevens over uitgiftes methylfenidaat (SFK)

Apotheken leveren periodiek gegevens over het aantal op recept uitgegeven medicijnen aan bij de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). Deze cijfers worden geanonimiseerd gebruikt voor (landelijke) beleidsinformatie. Zo is op grond van die cijfers te zien hoe het aantal verstrekkingen van methylfenidaat zich ontwikkelt door de jaren heen. Ook is het mogelijk om te zien of er een verschuiving van het gebruik per leeftijdscategorie plaatsvindt en wie verantwoordelijk was voor de eerste uitgifte van dit medicijn, om maar wat mogelijkheden te noemen.

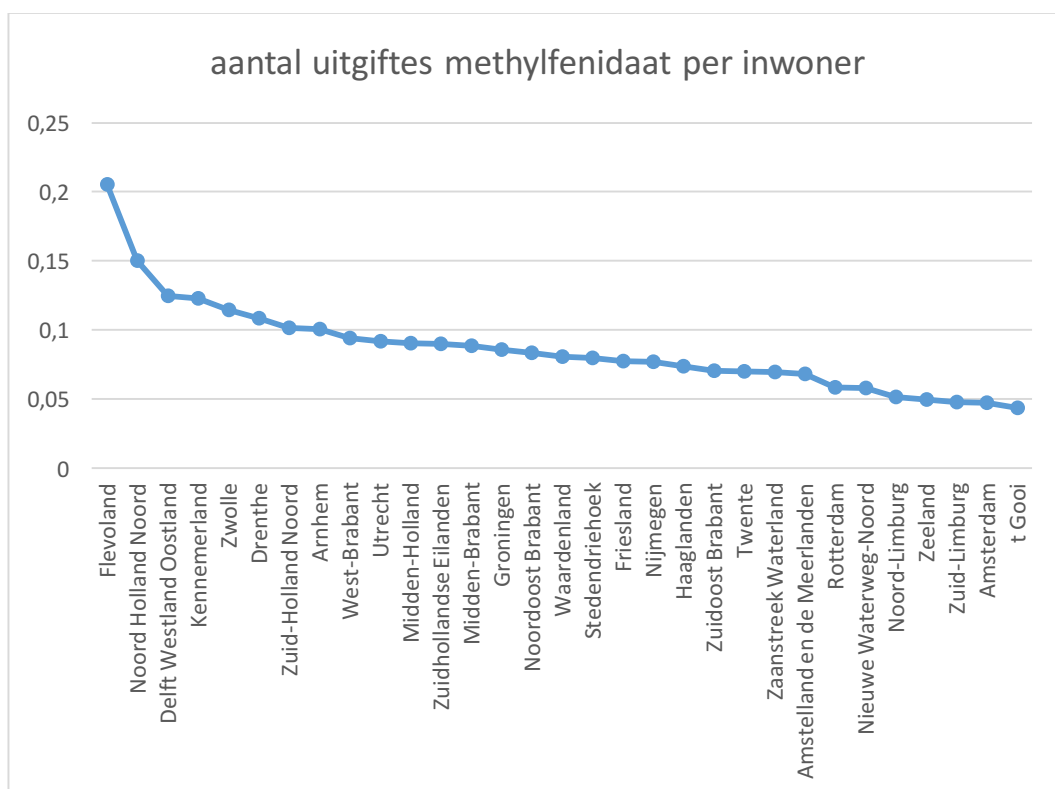
Deze gegevensverzameling had voor gebruik in het onderzoek echter een aantal beperkingen:

- Het gaat om het aantal keren in een jaar dat een recept methylfenidaat is uitgeleverd, dus niet aan hoeveel personen. In het onderzoek is uitgegaan van de aanname dat het gemiddeld aantal uitgiftes per cliënt per jaar in alle gemeenten nagenoeg hetzelfde is. Als dit niet zo is dan zijn de gegevens per gemeente niet met elkaar te vergelijken.
- Het gaat om alle verstrekkingen methylfenidaat, niet alleen voor kinderen met ADHD; het middel wordt bijvoorbeeld ook aan volwassenen voorgeschreven en voor mensen met narcolepsie of autisme.
- De cijfers zijn gegroepeerd naar de 32 WLZ-regio's, niet naar de 390 gemeenten. Er kunnen zodanige verschillen tussen gemeenten binnen zo'n regio zijn, dat je niet kunt stellen dat de

regiocijfers representatief zijn voor alle gemeenten binnen die regio. Dit bleek uiteindelijk het geval te zijn bij twee van de vier onderzochte gemeenten (gemeente C en gemeente D). Deze zouden op grond van een nadere analyse op gemeenteniveau feitelijk omgewisseld moeten worden (zie toelichting in de beschrijvingen van deze gemeenten in Bijlage 2.)

- Er is dus ook geen rekening gehouden met het woonplaatsbeginsel maar er wordt vanuit gegaan dat dit effect niet zo groot is (aanname: de meeste kinderen met ADHD wonen thuis en het recept wordt bij de dichtstbijzijnde apotheek opgehaald).
- Bij de SFK worden geen gegevens verzameld van apotheekhoudende huisartsen. In sommige regio's zijn relatief veel apotheekhoudende huisartsen (bv. in Friesland en Zeeland) en daar klopt het beeld dus niet.

Op grond van de cijfers die zijn ingedeeld naar WLZ-regio zijn in eerste instantie de regio's onderling vergelijkbaar gemaakt door het aantal verstrekkingen te relateren aan het aantal inwoners van de betreffende regio. Dit leverde het volgende beeld op:



Afb 6. Relatieve aantal uitgiftes methylfenidaat in de WLZ-regio's (bron: SFK 2015)

Opmerking:

De regio's met relatief veel apotheekhoudende huisartsen staan in afbeelding 6 dus teveel aan de rechterkant. Die zouden naar links moeten opschuiven. De onderzochte gemeenten bevinden zich echter niet in één van die regio's, zodat deze vertekening voor hen niet speelt.

Het beeld per WLZ-regio (afb. 6) is aanvankelijk toegeschreven aan alle gemeenten binnen die regio (aanname dat er geen grote verschillen tussen gemeenten zijn binnen die regio als het gaat om de uitgifte van methylfenidaat). Door vervolgens afbeelding 5 (jeugdhulp veel/weinig) te combineren met afbeelding 6 (methylfenidaat veel/weinig) is zowel de X-as als de Y-as van de

matrix in paragraaf 1.3 ingevuld en daarmee konden de vier kwadranten gevuld worden met gemeenten die aan de betreffende criteria voldoen.

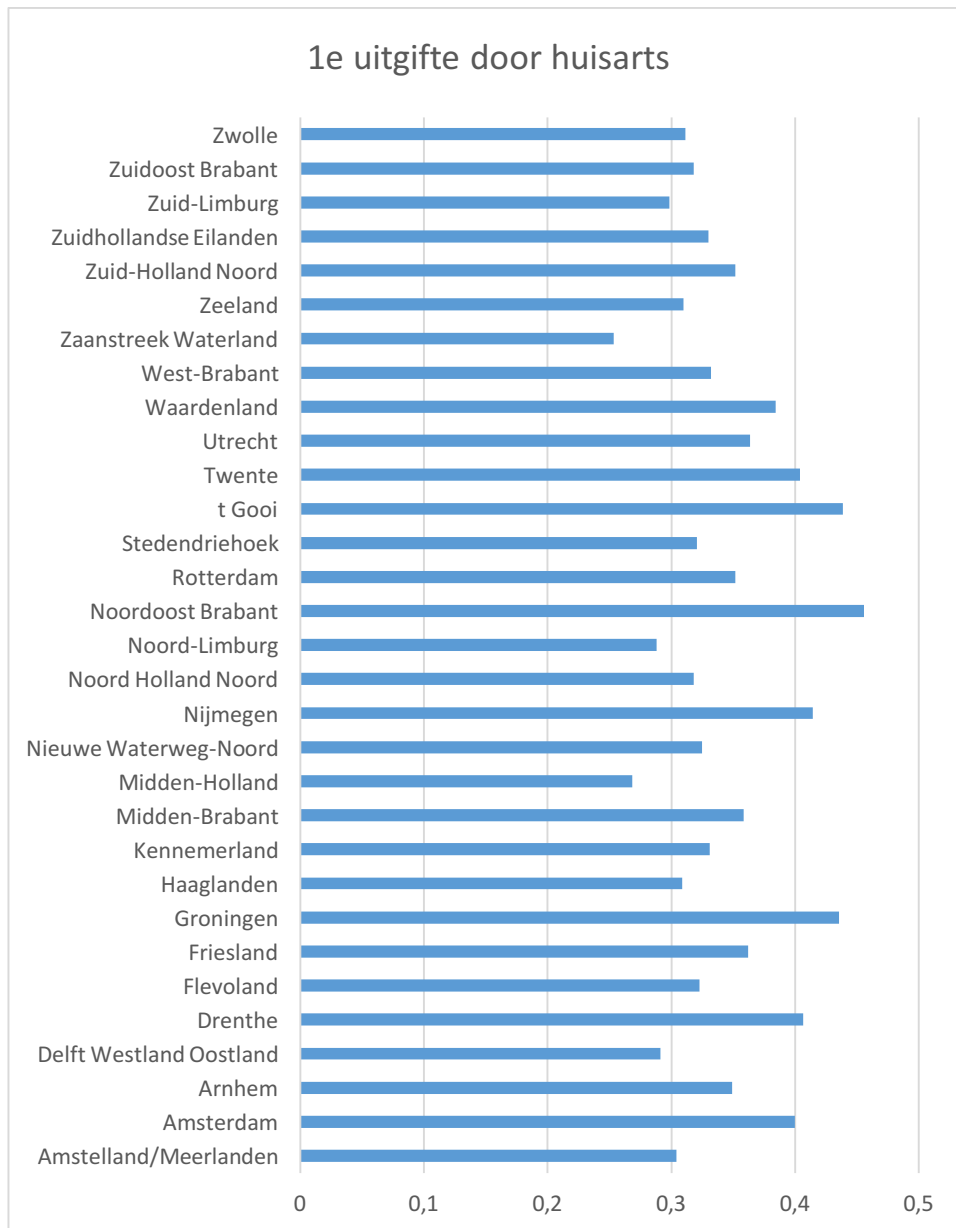
Gecorrigeerd beeld naar gemeenten

Tijdens het onderzoek groeide echter de twijfel van de aanname dat het beeld per WLZ-regio representatief is voor alle gemeenten in die regio. Toen is besloten om op grond van de eerste vier cijfers van de postcodes van cliënten, een nadere analyse van de SFK-cijfers uit te voeren. Voor de vier onderzochte gemeenten is met behulp van een landelijke postcodetabel een selectie gemaakt van de gegevens die betrekking hebben op deze vier gemeenten.

Concreet betekende dit een verschuiving in de matrix. Gemeente C wisselt met gemeente D van plaats. In de beschrijving van de gemeenten in Bijlage 2, is uitgegaan van de oorspronkelijke indeling omdat die het uitgangspunt vormde voor de gesprekken.

Eerste uitgifte

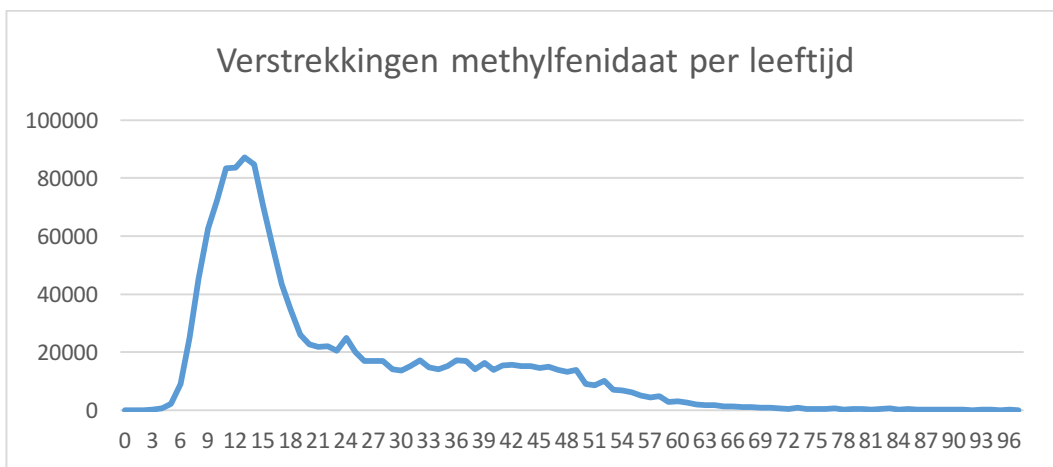
De SFK heeft ook informatie over hoe vaak het voorkomt dat de huisarts de eerste voorschrijver is van methylfenidaat. Dat percentage is hoog (variërend van 27% tot 46%) en strookt niet met het beeld dat uit de interviews naar voren kwam. Dit heeft te maken met situaties waarin bij de de SFK een verstrekking (opnieuw) als eerste uitgifte wordt vastgelegd (zie toelichting in de laatste alinea van paragraaf 2.1).



Afb. 7 Overzicht 1e uitgifte door huisarts per WLZ-regio (bron: SFK 2015)

Verstrekingen per leeftijd

De laatste verdieping in de cijfers betreft een overzicht naar leeftijd. De oorspronkelijk aangeleverde cijfers waren niet uitgesplitst naar leeftijd. Het gebruik van methylfenidaat (eigenlijk het 'aantal verstrekkingen') is het hoogst in de leeftijdsgroep 8 - 15 jaar en neemt daarna geleidelijk af.



Afb 7. Overzicht medicijngebruik per leeftijd (bron: SFK 2014)

Bijlage 2: Achtergrondbeschrijving per gemeente

In deze bijlage staat een korte beschrijving van de vier gemeenten die zijn geselecteerd voor het onderzoek. De verwijzing naar de cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) hebben betrekking op de landelijk gepubliceerde gegevens, voor aanvang van het onderzoek. Deze gegevens vormden de basis voor de selectie van de vier gemeenten. Daar waar tijdens het onderzoek bleek dat de cijfers op het niveau van een individuele gemeente afweken van het regionale beeld, is dat in de beschrijving vermeld.

B 2.1 Gemeente A (veel jeugdhulp, weinig medicatie)

Deze gemeente kenmerkt zich op grond van de cijfers van CBS en SFK door een relatief hoge inzet van jeugdhulp zonder verblijf en een relatief lage uitgifte van medicijnen met de werkzame stof methylfenidaat.

De gemeente herkent het beeld van veel jeugdhulp maar moet gissen naar de oorzaak (sociale structuur, veel arbeiders met lage inkomens?).

De gemeente weet niet of het voorschrijven van ADHD-medicatie relatief laag ligt ten opzichte van andere gemeenten en kan dus ook niet vaststellen of dit beeld klopt en verklaren hoe dat komt.

Inkoop

De gemeente heeft in regionaal verband jeugdhulp ingekocht (outputgericht op basis van een gemiddelde prijs per arrangement). Er is (te) ruim ingekocht en de gemeente heeft dan ook een tekort op het budget dat voor jeugdhulp beschikbaar is. De keuze van outputfinanciering lijkt gunstig te zijn want het leidt tot een aanzienlijk kortere behandelduur. Dat effect is zelfs zo sterk dat de gemeente zich afvraagt of dit niet ten koste van de kwaliteit van de geleverde jeugdhulp gaat.

Toegang

De toegang tot jeugdhulp gebeurt in deze gemeente o.a. via jeugdteams. Deze maken onderdeel uit van het CJG. Deze teams zijn samengesteld uit voormalige medewerkers van Bureau Jeugdzorg, aangevuld met andere specialismen (ergotherapeuten, sociaal werkenden, GGZ-psycholoog). Vanwege de behoefte aan een meer context-gerelateerde aanpak, worden deze teams binnenkort omgevormd tot brede sociale wijkteams en komen dan rechtstreeks onder de gemeente te vallen. Wat er dan met het CJG gebeurt is nog niet duidelijk.

Verwijzingen die via de huisarts verlopen, voltrekken zich buiten het zicht van de gemeente. GGZ-instellingen willen geen informatie hierover aanleveren en beroepen zich op de privacy van hun cliënten. De gemeente probeert meer inzicht en grip hierop te krijgen door na afloop van het eerste jeugdhulparrangement, ouders via het jeugdteam een eventuele vervolgingindicatie te laten aanvragen. Dat kan dan niet via de huisarts. Op dat moment komen kinderen alsnog in beeld bij de gemeente.

Beschikbaar(heid) aanbod

In de regio is, naast jeugd-GGZ, een gespecialiseerd behandelcentrum voor kindergeneeskundige zorg beschikbaar, waar ouders met een verwijzing terecht kunnen met een kind van wie gedacht wordt dat het ADHD heeft. De kinderartsen in dit behandelcentrum kunnen een diagnose stellen maar raadplegen daarvoor meestal een kinderpsycholoog of -psychiater, om het beeld compleet

te krijgen. Kinderen kunnen in het behandelcentrum terecht met een verwijzing van de huisarts of van een GGZ-behandelaar. In het laatste geval heeft al een pre-diagnostiek plaatsgevonden.

Verwijzing naar het behandelcentrum gebeurt in de volgende situaties:

- ❖ er is ook sprake van somatische klachten en/of medicijngebruik (comorbiditeit) waardoor een medische diagnose nodig is;
- ❖ er is naast de jeugdhulp die is ingezet medicatie nodig ter ondersteuning van deze hulp; huisartsen zijn terughoudend in het zelf voorschrijven van methylfenidaat en ook kinder- en jeugdpsychiaters laten dit liever over aan een kinderarts;
- ❖ de gang naar een kinderarts is voor sommige ouders laagdrempeliger dan naar een psycholoog of psychiater; zij zijn gevoelig voor het 'GGZ-stigma' en willen liever dat hun kind 'ziek' is dan 'gek'; dit idee leeft vooral voor onder allochtone ouders;

In de praktijk volgt na een verwijzing voor een diagnose-traject door de kinderarts lang niet altijd de diagnose ADHD (cijfers zijn niet vrijgegeven). In dat geval wordt het kind terugverwezen naar de huisarts of de jeugd-GGZ. Ook is er een multidisciplinair overleg en mede hierdoor wordt vaker voor de inzet van jeugdhulp gekozen en minder vaak voor medicatie. Er kan dan ook gesteld worden dat de aanwezigheid van dit behandelcentrum niet leidt tot een meer klinische benadering van ADHD en de daarbij behorende medicalisering.

Wachttijden spelen in deze gemeente geen serieuze rol. Er is voldoende capaciteit beschikbaar, ook voor jeugd-GGZ, maar niet bij elke aanbieder. Indien de aanbieder van hun voorkeur een wachtlijst heeft, kunnen ouders als ze dat willen altijd terecht bij een andere aanbieder.

Jeugdhulp versus medicatie

Medicatie is nooit de eerste keuze, ouders willen het steeds minder vaak en huisartsen zijn huiverig om het zelf voor te schrijven. Medicatie wordt alleen ingezet ter ondersteuning van de behandeling.

Samenwerking en MDO

De samenwerking met scholen moet nog groeien. De gemeente zet gebiedscoördinatoren in vanuit het CJG die de verbinding tussen school en gemeente/jeugdteam leggen.

Samenwerking met de huisartsen gebeurt sinds een half jaar via een pilot waarbij de gemeente een POH-JGGZ (kinderpsycholoog) vanuit het CJG aanbiedt in zes huisartsenpraktijken. Deze pilot wordt nu al succesvol geacht want 70 - 80% van de kinderen die onder begeleiding zijn van de praktijkondersteuner, hoeven niet doorverwezen te worden naar de 2e lijn (gespecialiseerde GGZ), terwijl dit anders wel was gebeurd. De pilot heeft een looptijd van twee jaar en de eerste evaluatie vindt in november van dit jaar (2016) plaats.

De gemeente organiseert ad hoc multidisciplinair overleg (MDO) op casusniveau om de samenwerking tussen verschillende deskundigen te bevorderen. Hierdoor worden de mogelijkheden om passende zorg in te zetten beter benut.

B 2.2 Gemeente B (veel jeugdhulp, veel medicatie)

Deze gemeente kenmerkt zich op grond van de cijfers van CBS en SFK door een relatief hoge inzet van jeugdhulp zonder verblijf en ook een relatief hoge uitgifte van medicijnen met de werkzame stof methylfenidaat. De gemeente herkent dit beeld en denkt het als volgt te kunnen verklaren:

- ❖ er bestaat de indruk dat onder het vorige jeugdstelsel ouders/kinderen vrij snel een indicatie voor jeugdhulp kregen, twee geïnterviewden (één vanuit de gemeente en één vanuit een GGZ-aanbieder) hebben dit aangegeven maar zeggen beide niet zeker te weten of dit ook zo is;
- ❖ er wordt door scholen veel druk op ouders uitgeoefend om een diagnose te laten stellen en hun kind medicatie te laten slikken; van oudsher zijn er veel scholen voor speciaal onderwijs in de regio, dus wellicht creëert dit aanbod de vraag en zijn leerkrachten niet gewend om zelf om te gaan met 'lastige' kinderen in hun klas.

Inkoop

De gemeente heeft op regionaal niveau jeugdhulp ingekocht. Opmerkelijk daarbij is dat er geen ziekenhuis is gecontracteerd voor het leveren van kindergeneeskundige zorg die onder de Jeugdwet valt. In plaats daarvan is op regionaal niveau één kinderarts ingehuurd voor bestaande cliënten (overgangssituatie) en voor eventueel nieuwe gevallen waarvoor de inzet van een kinderarts nodig is. Dit laatste blijkt echter in deze gemeente nauwelijks voor te komen, dus overweegt men deze zorg af te bouwen.

Toegang

Er zijn in deze gemeente wijkteams werkzaam voor alle leeftijden, met een brede deskundigheid waaronder een GZ-psycholoog voor de afweging of basis- of gespecialiseerde GGZ nodig is. De medewerkers van de wijkteams zijn gedetacheerd vanuit verschillende moederorganisaties en hebben bij de transitie ook de functie van het CJG overgenomen. De wijkteams vallen nu nog onder de gemeente, maar er is momenteel een herpositioneringstraject aan de gang, waarbij ze mogelijk onder een zelfstandige stichting komen te vallen of worden ondergebracht bij één van de aangesloten moederorganisaties.

De aanleiding voor een hulpaanvraag voor een kind met ADHD-achtige klachten ontstaat vaak op school. Via de ouders wordt door de school één van de volgende routes voorgesteld:

1. naar de huisarts voor een verwijzing naar de gespecialiseerde jeugd-GGZ voor een diagnose ADHD; huisartsen stellen deze diagnose niet zelf, dat gebeurt door een kinder- en jeugdpsychiater; vrijwel altijd volgt dan ook de diagnose ADHD;
2. naar het wijkteam als er meer aan de hand is in het gezin en de problematiek met een bredere invalshoek moet worden beoordeeld (scholen ervaren dit wel als een omweg).

De gemeente probeert de verwijscultuur naar de 2e lijn te veranderen door:

- ❖ minder vaak een diagnosetraject te starten; op grond van de problemen wordt in overleg met een kinderpsycholoog bepaald wat er nodig is en dit leidt vaak tot de inzet van jeugdhulp zonder ADHD-diagnose;
- ❖ vaker het wijkteam in te zetten voor het beoordelen van de situatie;
- ❖ samen te werken met scholen en huisartsen.

Beschikbaar(heid) aanbod

Er zijn geen wachtlijsten voor jeugd-GGZ, wel voor specifieke GGZ-instellingen (wenswachten). Bij spoed mag van het budgetplafond worden afgeweken, en anders worden ouders naar een GGZ-instelling verwezen die wel capaciteit heeft, dus wachtlijsten hoeven geen belemmering te vormen voor de toegang.

Jeugdhulp versus medicatie

Het op eigen initiatief voorschrijven van medicatie (methylfenidaat) door de huisarts gebeurt zelden. De meeste huisartsen doen dit niet en laten dit over aan de kinder- en jeugdpsychiater.

Enkele huisartsen doen het wel maar alleen in eenvoudige en stabiele situaties en alleen in combinatie met jeugdhulp. Ook de kinder- en jeugdpsychiater schrijft in principe alleen medicatie voor in combinatie met psychologische begeleiding. Een respondent in de GGZ gaf wel het signaal af dat we niet moeten doorslaan in het negatieve beeld dat aan het voorschrijven van medicatie kleeft. Voor sommige kinderen met ADHD kan medicatie (tijdelijk) een zegen zijn omdat ze lijden door de continue kritiek waaraan ze blootstaan op school, de eenzaamheid omdat ze geen vriendjes meer hebben die met ze willen spelen en het voortdurend beneden hun niveau presenteren omdat ze zich moeilijk kunnen concentreren.

Samenwerking en MDO

De gemeente bevordert de samenwerking met scholen door het inzetten van een schoolmaatschappelijk werker vanuit het sociaal wijkteam in het ondersteuningsteam van de school. De schoolmaatschappelijk werker vult het werk van de intern begeleider van die school aan en zorgt voor de verbinding met het wijkteam. Deze samenwerking verloopt wisselend, bij sommige scholen heel goed maar in sommige gevallen komt de samenwerking moeizaam tot stand omdat de betreffende school de bemoeienis van de gemeente onnodig vindt en de inzet van het wijkteam ervaart als extra lus en dus een vertraging.

De gemeente investeert ook in samenwerking met de huisartsen en het geven van goede voorlichting aan hen over de werkwijze van het wijkteam en de mogelijke meerwaarde voor huisartsen vanwege de daar beschikbare deskundigheid. Deze samenwerking begint z'n vruchten af te werpen want huisartsen verwijzen steeds vaker naar het wijkteam en de gemeente is gestart met het beschikbaar stellen van een POH-JGGZ vanuit het wijkteam in de huisartsenpraktijken.

Multidisciplinair overleg (MDO) wordt als instrument flexibel ingezet, wanneer er behoefte aan is, daar waar de vraag is ontstaan en met de mensen die bij die vraag betrokken zijn.

B 2.3 Gemeente C (weinig jeugdhulp en weinig medicatie)

Deze gemeente kenmerkt zich op grond van de cijfers van CBS en SFK door een relatief lage inzet van jeugdhulp zonder verblijf en ook een relatief lage uitgifte van medicijnen met de werkzame stof methylfenidaat.

De gemeente herkent het beeld van weinig jeugdhulp maar geeft aan dat dit beeld vertekend kan zijn omdat er veel hoogopgeleide ouders in de gemeente wonen met een hoog inkomen die de jeugdhulp zelf betalen. Deze ouders kiezen vaak voor jeugd-GGZ in plaats van jeugd- en opvoedhulp (J&O) vanwege de beeldvorming (bij jeugd-GGZ ligt de focus vooral op het kind, bij J&O ook op het gezin en daar willen ze liever niet aan).

De gemeente herkent het beeld van weinig medicatie niet, maar heeft daar ook geen inzicht in. De geïnterviewde denkt dat het zou kunnen dat ouders een duurder medicijn zelf betalen, maar dit maakt echter voor de analyse van de cijfers niets uit. Zo lang het medicijn methylfenidaat bevat, is er een recept voor nodig en komen alle voorschriften via de apotheken bij de SFK terecht, los van wie de rekening betaalt. Een tweede mogelijke verklaring die hij geeft is dat het komt omdat de gegevens over medicatie op het niveau van de WLZ-regio's zijn gegroepeerd en er binnen hun regio aantoonbaar grote verschillen zijn tussen de gemeenten in die regio. Deze laatste veronderstelling blijkt aardig te kloppen omdat bij een nadere analyse van de cijfers op gemeenteniveau, het beeld van deze gemeente inderdaad verschuift naar relatief veel medicatie.

Inkoop

De gemeente heeft de jeugdhulp regionaal ingekocht, zowel bij aanbieders van jeugd-GGZ als bij een ziekenhuis met een ADHD-poli. Maar een deel van de kinderen uit de gemeente gaan naar een ander ziekenhuis, waar de gemeente (nog) geen contract mee heeft gesloten.

De jeugdhulp die bij het ziekenhuis is ingekocht is alleen bedoeld voor de volgende situaties:

- ❖ wanneer medicatie nodig is;
- ❖ bij somatische comorbiditeit.

Als de medicatie goed is ingeregeld door de kinderarts (stabiele situatie, juiste dosering), moet het ziekenhuis het kind terugverwijzen naar de huisarts. Die is dan verantwoordelijk voor de verdere begeleiding en het zo nodig verstrekken van vervolgrecepten. Dit heeft de gemeente zo afgesproken maar de ADHD-poli houdt deze kinderen liever onder haar hoede omdat er dan zo nodig ook een ander medicijn ingezet kan worden (met minder bijwerkingen) en er ook een moment bepaald kan worden dat met de afbouw van de medicatie wordt gestart. Huisartsen zitten ook niet zo te springen om deze verantwoordelijkheid over te nemen omdat ze weinig expertise hebben op dit vlak en deze expertise ook niet kunnen opbouwen vanwege het lage aantal kinderen met ADHD in hun praktijk.

Het gemeentelijk beleid is er echter op gericht dat het kind zo snel mogelijk weer onder de regie van de huisarts komt te vallen. De zorg is dan weer dichtbij het kind georganiseerd, en het is ook goedkoper (bovendien komen de kosten van de huisarts niet voor rekening van de gemeente maar voor rekening van de zorgverzekeraar). De gemeente heeft dan ook contractueel met het ziekenhuis afgesproken dat er activiteiten worden uitgevoerd om de psychologen en huisartsen te ondersteunen bij de benodigde deskundigheidsbevordering. Het ziekenhuis doet dit onder meer door structureel overleg met de psychologenpraktijken en nascholingstrajecten voor de huisartsen.

Toegang

Deze gemeente heeft geen wijk- of jeugdteams. Alle aanvragen in het kader van de Jeugdwet, de Wmo en de Participatiewet lopen via een centraal toegangs- en indicatiepunt, dat bij de gemeente is ondergebracht. Hier werken de medewerkers van het voormalige Bureau Jeugdzorg en verder orthopedagogen, jeugdwelzijnswerkers en maatschappelijk werkenden. Er wordt geen jeugdhulp door deze mensen geleverd, ze brengen alleen de hulpvraag in beeld, verwijzen naar jeugdhulp en evalueren na enkele maanden bij de ouders hoe het gaat.

Daarnaast heeft de gemeente een centraal expertiseteam jeugd-GGZ (met jeugdartsen, klinisch psycholoog, orthopedagoog en een kinder- en jeugdpsychiater) voor consultatie en advies aan ouders en huisartsen. Dit team levert ook jeugdhulp aan kinderen met psychische problemen die niet in aanmerking komen voor basis- of gespecialiseerde GGZ. De inzet van deze hulp is met name bedoeld voor die huisartsen die nog geen POH-JGGZ in hun praktijk hebben die deze taak kan uitvoeren.

Scholen voeren druk uit op ouders om via doorverwijzing van hun huisarts een diagnose ADHD te laten stellen. Voor de gemeente is zo'n diagnose echter geen eis voor het inzetten van jeugdhulp. Die hanteert de probleemsituatie als gegeven en doet wat ervoor nodig is om die situatie op te lossen of te verlichten.

Huisartsen verwijzen kinderen met (vermoeden van) ADHD naar:

- ❖ de jeugd-GGZ;
- ❖ de ADHD-poli (kinderarts) in het ziekenhuis als er ook somatische klachten zijn;
- ❖ het gemeentelijke expertiseteam jeugd-GGZ, als ze hier goede ervaringen mee hebben.

Beschikbaar(heid) aanbod

De ernst van de wachtlijstproblematiek is in het onderzoek niet boven tafel gekomen. Er zijn wel wachtlijsten voor jeugd-GGZ maar welke invloed dit heeft op de doelgroep kinderen met ADHD is onduidelijk. Het ziekenhuis geeft aan wel kinderen in de ADHD-poli te zien die, tegen de afspraken in, formeel niet aan de hierboven genoemde criteria voor verwijzing voldoen, maar toch door de huisarts zijn doorverwezen omdat de wachttijd voor de ADHD-poli korter is dan die voor jeugd-GGZ.

Jeugdhulp versus medicatie

Het beeld in deze gemeente is diffuus. Ook al speelt ook hier de 'opdracht' om kinderen met ADHD niet onnodig te medicaliseren, gaan er ook geluiden op dat dit wel degelijk gebeurt. Uit een voorlichtingsfolder van een GGZ-aanbieder voor ouders van kinderen met ADHD zou je kunnen opmaken dat medicijngebruik een vanzelfsprekend onderdeel van de behandeling is. Ook onder ouders zijn er in deze gemeente (uiteeraard) voor- en tegenstanders maar de gemeente kent relatief veel mondige ouders die op hun strepen staan als het om de inzet van jeugdhulp en medicatie voor hun kind gaat. En het behandelprotocol ADHD wordt soms ook gevolgd voor kinderen zonder ADHD vanuit het standpunt "baat het niet, dan schaadt het niet".

Samenwerking en MDO

Een woordvoerder van het toegangskloket van de gemeente zegt dat er het afgelopen jaar veel is geïnvesteerd in het versterken van de relatie met de huisartsen. Een intensieve samenwerking in de vorm zoals die in de andere onderzochte gemeenten aanwezig is, is in deze gemeente (nog) niet aangetroffen.

B 2.4 Gemeente D (weinig jeugdhulp en veel medicatie)

Deze gemeente kenmerkt zich op grond van de cijfers van CBS en SFK door een relatief lage inzet van jeugdhulp zonder verblijf en een relatief hoge uitgifte van medicijnen met de werkzame stof methylfenidaat.

De gemeente herkent het beeld van relatief weinig jeugdhulp maar weet niet hoe dit komt. Het beeld van relatief veel medicijngebruik is nieuw voor ze, daar hadden ze geen zicht op. Na de analyse van de SFK-gegevens op gemeenteniveau, blijkt deze gemeente echter ook te verschuiven, in dit geval naar weinig medicatie in plaats van veel.

Inkoop

De gemeente koopt de jeugdhulp in regionaal verband in en de regio heeft geen ziekenhuis gecontracteerd. Er is wel een ziekenhuis maar dat richt zich vooral op somatische problematiek bij kinderen. Er bevindt zich ook geen zelfstandig behandelcentrum voor kindergeneeskunde in de regio. Dit betekent dat als gespecialiseerde hulp nodig is voor een kind met ADHD er uitsluitend een beroep kan worden gedaan op de jeugd-GGZ.

Toegang

Toegang tot jeugdhulp vindt in deze gemeente plaats via jeugdteams. Die zijn ondergebracht bij het CJG. Het CJG is een netwerkorganisatie, waaraan ook de GGD is verbonden. Dit houdt in dat er dus wel een jeugdarts beschikbaar is mocht dat nodig zijn. De teams zijn samengesteld uit mensen met een brede deskundigheid en enkele specialisaties, waaronder een gedragswetenschapper. De jeugd- en gezinscoaches in het team voeren naast indicatiestelling en het toeleiden naar 1e en 2e lijns jeugdhulp ook begeleidings- en ondersteuningstaken uit in het gezin.

Als het nodig is vindt verwijzing naar de jeugd-GGZ plaats. Hier kan de diagnose ADHD worden gesteld en jeugdhulp ingezet worden. Als voor de diagnose ook een kinderarts nodig is (vanwege comorbiditeit) dan wordt de jeugdarts van de GGD geraadpleegd. Er is in de regio van deze gemeente een grote GGZ-instelling die een dominante rol speelt. Dat heeft voordelen (combinatie van verschillende expertise aanwezig) en nadelen (afhankelijkheid).

Er zijn ook huisartsen die de diagnose ADHD stellen, maar die zijn in de minderheid. Een geïnterviewde huisarts geeft aan dat de huisartsen hun poortwachtersfunctie goed vervullen en goed kunnen inschatten wanneer ze moeten doorverwijzen. Als onderbouwing hiervan werd genoemd dat na doorverwijzing naar de jeugd-GGZ bijna altijd een diagnose ADHD volgt. Dit kan echter ook een andere oorzaak hebben, bijvoorbeeld dat in het voortraject al veel eenvoudige gevallen worden afgevangen door het jeugdteam en alleen de zwaardere gevallen bij de huisarts terechtkomen.

Beschikbaar(heid) aanbod

Er bestaan wachtlijsten voor (jeugd)-GGZ maar daar ondervinden kinderen met ADHD volgens de geïnterviewden geen hinder van. Doordat er zoveel aanbod is gecontracteerd is er meestal wel een, al dan niet tijdelijk, alternatief voorhanden en als de zorgvraag urgent is, krijgt het kind voorrang.

Enkele huisartsenpraktijken hebben een POH-JGGZ, andere wachten op geld of initiatief vanuit de gemeente.

Jeugdhulp versus medicatie

Veelal wordt na een diagnose ADHD jeugdhulp ingezet in combinatie met medicatie (ter ondersteuning van de behandeling). Dat zou het relatief hoge aantal medicatievoorschriften kunnen verklaren.

Samenwerking en MDO

De samenwerking van deze gemeente met de scholen, vindt vooral plaats in het voortgezet onderwijs. Vanuit een speciaal expertteam met jeugd- en gezinscoaches, zijn vaste contactpersonen toegewezen aan de verschillende onderwijsinstellingen. De huisartsen merken dat ouders minder vaak bij hen komen met een probleem dat alleen op school speelt. Dit wordt gezien als een mogelijk effect van de inzet van deze expertise vanuit de gemeente op scholen (vergelijk wat hierboven onder het kopje Toegang hierover is gezegd). In dat geval is het beoogde effect gerealiseerd. Het kan ook zijn dat leerkrachten er met deze ondersteuning steeds beter in slagen om individuele aandacht te geven aan probleemkinderen in hun klas. Ook dat resulteert in minder verwijzingen naar de 1e en 2e lijn. En als er toch doorverwezen moet worden, hoeft dit niet via de huisarts maar kan het rechtstreeks vanuit het jeugdteam. Huisartsen geven aan dat ze, nu hun rol kleiner wordt in de toegang tot jeugdhulp, behoefte hebben aan (meer) terugkoppeling vanuit gemeente/jeugdteam, zodat hun beeld van de problematiek in hun werkgebied voor hen compleet blijft.

Bijlage 3: ADHD nader toegelicht

Zonder te vervallen in een uitputtende beschrijving van alles wat met ADHD, de diagnose en de zorg aan kinderen met ADHD te maken heeft, hoort een korte toelichting op de materie waarover het gaat wel thuis in dit verkennende onderzoek. Daarom wordt in deze bijlage een beknopte toelichting gegeven op het onderwerp, de begripsdefinities en een paar kengetallen.

Betekenis ADHD

ADHD is een afkorting van 'Attention Deficit/Hyperactivity Disorder', een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit. Het behoort tot de zogeheten externaliserende psychische stoornissen, waarbij het versturende effect van het gedrag op de omgeving centraal staat. Volgens het diagnostische classificatiesysteem DSM-IV-TR wordt de diagnose alleen bij kinderen en adolescenten gesteld (bron: richtlijn ADHD).

Prevalentie

3-5% van de kinderen beneden de 16 jaar lijdt aan ADHD en 2 à 3 keer zoveel jongens dan meisjes krijgen de diagnose ADHD. Dat kan liggen aan het feit dat bij meisjes de symptomen verschillen van die bij jongens met ADHD, waardoor het bij meisjes niet altijd wordt onderkend als zijnde ADHD. Die 3-5% is gebaseerd op de DSM-criteria, als de ICD-10 criteria worden gehanteerd, valt het aantal lager uit omdat daarin het disfunctioneren wordt meegewogen (bron: rapport Gezondheidsraad 'medicatie en maatschappij').

ADHD is een chronische aandoening maar de klachten worden in de regel minder naarmate een kind ouder wordt. Ter vergelijking: 1-3% van de jongvolwassenen ondervindt nog klachten m.b.t. ADHD en dit percentage neemt met het ouder worden nog verder af.

Diagnostiek ADHD

Voordat de diagnose ADHD gesteld mag worden, moet aan de volgende criteria worden voldaan (bron: Richtlijn ADHD):

- gezins- en schoolsituatie erbij betrekken;
- informatie uit meer dan 1 bron;
- medische en psychosociale deskundigheid vereist;
- onderzoek bestaan van comorbiditeit: gedragsstoornis, depressie, angst.

Een huisarts mag ook de diagnose stellen maar in de NHG-richtlijn worden wel voorwaarden gesteld waar de huisartsenpraktijk dan aan moet voldoen.

Behandeldoelen ADHD

De behandeling van kinderen met ADHD is gericht op de volgende doelen (bron: Richtlijn ADHD):

- informatieverstopping en psycho-educatie;
- bestrijden of reduceren van de symptomen en belastende factoren;
- beperken van de gevolgen;
- verbeteren/herstellen van het sociale functioneren;
- chroniciteit voorkomen/opheffen.

Behandeling ADHD

De behandeling van ADHD kan bestaan uit één of meer van de volgende onderdelen (bron: Gezondheidsraad):

- medicatie (veelal methylfenidaat);
- psychosociale interventies, gericht op kind, ouders en/of leerkrachten;
- multimodale behandeling = combinatie van medicatie en therapie;
- neurocognitieve interventies (cognitieve trainingen en neurofeedback);
- aanpassing voeding (meer omega-3 en omega-6 vetzuren, minder kunstmatige kleurstoffen).

Betekenis demedicalisering

Oplossingen zoeken buiten het medische vlak. Een alternatieve term is 'gepaste zorg' (bron: PVA Gepaste Zorg).

Methylfenidaat

Een amfetamine-achtige stof die onder de Opiumwet valt. Het behoort tot de groep psychostimulantia. Een veel voorkomende merknaam is Ritalin met een werkingsduur van 3-5 uur, er is ook een langer werkend preparaat met gereguleerde afgifte van de werkzame stof, Concerta met een werkingsduur van 8-12 uur. Methylfenidaat is de eerste keuze als tot medicatie wordt overgegaan voor de 'behandeling' van ADHD. Het heeft geen genezende werking maar verlicht de symptomen en dit effect is op de korte termijn het sterkst. Het effect op lange termijn is nog niet duidelijk, al zijn op 3 augustus van dit jaar de eerste resultaten van een onderzoek dat door het AMC is uitgevoerd, gepubliceerd. Dit onderzoek wordt nog voortgezet.

Methylfenidaat wordt in de regel voorgeschreven aan kinderen vanaf 6 jaar (met uitzondering ook aan jongere kinderen). In Nederland gebruiken 127.000 kinderen dit middel (peildatum: 2015). Het duurt ongeveer drie maanden tot een half jaar tot de medicatie is 'ingeregeld'. Afhankelijk van de groei-/ontwikkelingsfase van een kind moet de dosering worden aangepast.

Een alternatief dat ook wel wordt voorgeschreven, maar niet als eerste keuze, is dexamfetamine. Dit middel behoort tot dezelfde groep van psychostimulantia. Nog een ander middel dat bij ADHD kan worden voorgeschreven is atomoxetine, dat behoort tot een andere groep medicijnen.

In dit onderzoek is alleen het gebruik van methylfenidaat beschouwd.

Bijlage 4: Geraadpleegde bronnen

- CBS StatLine, database met gegevens over jeugdhulp, verwijzers, regio's/gemeenten enz.
- Gegevens SFK over de uitgifte van methylfenidaat in 2014 en 2015.
- Brief Staatssecretaris OCW met antwoord op Kamervragen over ouders die zich door scholen onder druk voelen gezet voelen om hun kind te medicaliseren tegen ADHD, 19 april 2016.
- Gezamenlijk plan van aanpak gepaste zorg voor kinderen met druk, impulsief gedrag en aandachtsproblemen, door AJN, Balans, NVA, KNMP, LBBO, LHV, NHG, NVvP, NVO, NIP, NVK, de PO- en VO-raad en de ministeries van OCW en VWS, 2015-2016, november 2015.
- Statement ADHD-medicatie bij kinderen, Ned. Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP), 16 april 2015.
- Brief Minister VWS aan de Tweede Kamer met standpunt Gezondheidsraadadvies ADHD en medicatie, 8 december 2014.
- Gezondheidsraad. ADHD: medicatie en maatschappij. Den Haag: Gezondheidsraad, 2014; publicatienr. 2014/19. ISBN 978-94-6281-004-4.
- Multidisciplinaire richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen, versie 1.0, Trimbos-instituut, 2007.
- NHG-standaard ADHD bij kinderen (M104).
- Dossier KRO/NCRV over ADHD-problematiek: <http://demonitor.ncrv.nl/de-adhd-epidemie>.
- Steunpunt ADHD (website) van de landelijke oudervereniging Balans, voor ouders van kinderen met leer- en/of gedragsstoornissen: <http://www.steunpuntadhd.nl/>.
- Door de deelnemende gemeenten beschikbaar gestelde, relevante documenten.