

## De jongsten van de klas hebben een grotere kans op een diagnose van ADHD

Lebbe Caroline, Ntahonganyira Rose-Marie, Vandenberg Jan (LCM R&D – MD)

### Samenvatting

*Problemen met de aandacht, hyperactiviteit en impulsief gedrag bij jongeren blijft een maatschappelijk probleem. De behandeling met methylfenidaat voor "Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder" dat we als ADHD kennen, is al enkele decennia voorgesteld. Het gebruik van dit geneesmiddel in België is hoog. Minstens de helft van de voorschriften vindt plaats in een circuit naast de officiële terugbetaling. In de zomermaanden blijkt het verbruik lager te liggen. CM onderzocht het actuele gebruik van methylfenidaat bij jongeren tot en met 18 jaar. Opvallend in de CM-studie is dat de klasjongsten het meeste kans hebben om met de diagnose van ADHD te worden geconfronteerd. Wij besluiten hieruit dat een risico op de medicalisering van de normale ontwikkeling reëel is. CM stelt voor om het gebruik van methylfenidaat te registreren en multidisciplinaire zorgpaden te ontwikkelen.*

**Sleutelwoorden:** Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD), methylfenidaat, klasjongsten, medicalisering.

### 1. Inleiding

ADHD is goed gekend en omschrijft aandacht-tekort, hyperactiviteit en impulsiviteit (American Psychiatric Association, 1992).<sup>1</sup> De prevalentie van ADHD wordt geschat op 2,9% in de kindertijd en 2,1% in de volwassenheid.

Kinderen (en ook volwassenen) met deze problematiek kunnen inderdaad moeilijkheden hebben met alertheid, waakzaamheid, het doelgericht oplossen en uitvoeren van taken, concentratie en geheugen, en andere mentale functies (Sabbe et al. 2015).

Wat de medicamenteuze behandeling betreft, is methylfenidaat (Rilatine®, Equasim®, Concerta®, ...) het best onderzochte geneesmiddel bij kinderen en adolescenten met een formele diagnose van ADHD. Dit geneesmiddel is een amfetamine en remt het hyperactief en onvoorspelbaar gedrag. Het genees-

middel wordt frequent en over verschillende jaren voorgeschreven, hoewel de effectiviteit op lange termijn weinig bestudeerd is.<sup>2</sup> De inname van het geneesmiddel is niet zonder risico. Bloeddrukschommelingen, hoofdpijn, misselijkheid en maagpijn, eetlustverlies en vermageren, maar ook slaapproblemen, gedragsverandering en psychische symptomen zijn beschreven. Op lange termijn is er een verhoogde kans op vertraging van de lichaamsgroei, hart- en vaatziekten, lever schade, afhankelijkheid, en psychiatrische aandoeningen.<sup>3</sup>

### 2. Hoe is het vandaag gesteld met het verbruik van dit geneesmiddel bij onze jeugd?

Binnen de CM-populatie kregen in 2016 zowat 12.000 jongeren van 6 tot en met 18 jaar<sup>4</sup> (2% van de jongeren) minstens 1 maal

1 American Psychiatric Association, 1992; DSM V. Nussbaum et al. (2014). APA; Pyciatrie (2016). Hengeveld et al., De Tijdstroom.

2 BCFI, 2017: 2010, 2014

3 BCFI, 2017: 2010, 2014

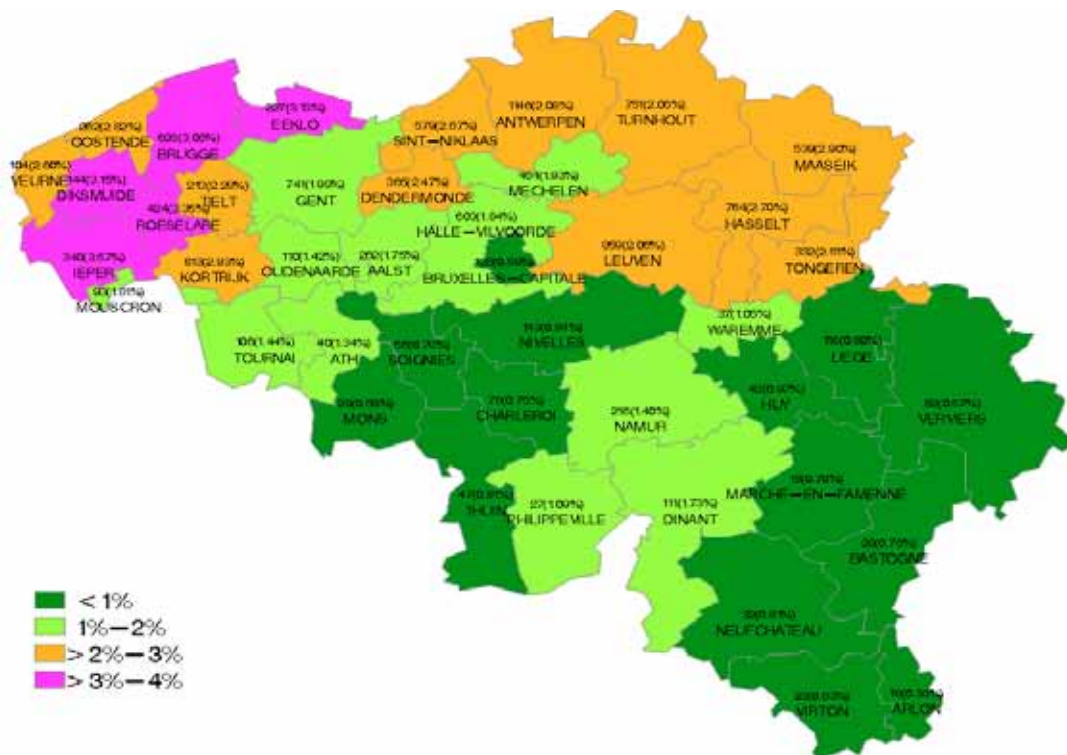
4 Sinds 1 september 2004 wordt methylfenidaat terugbetaald voor jongeren vanaf 6 jaar t.e.m. 17 jaar in het kader van een behandeling voor ADHD. Een rapport van kinderneuroloog of kinderpsychiater dient voorgelegd. De terugbetaling wordt toegestaan voor maximaal 6 maand. Hernieuwing van de terugbetaling kan voor 12 maand, mits een evolutierapport van de bovenvermelde specialisten dat het voortzetten rechtvaardigt.

een terugbetaalde vorm van methylfenidaat. Dit is vergelijkbaar met de ons omringende landen. Er moet wel een belangrijke kanttekening gemaakt worden. De verkoopcijfers in België leren ons dat methylfenidaat in ons land ook frequent verkocht wordt buiten de regeling van terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering. Die "secundaire" verkoop zou in 2016 tot 50% van het totaal verkocht volume bedragen. Het werkelijke gebruik van methylfenidaat in België ligt dus heel wat hoger dan afgeleid wordt uit de CM-facturatiegegevens.

We deden ook nog andere vaststellingen. Ongeveer 59% van alle personen voor wie deze geneesmiddelen zijn voorgeschreven, betreffen kinderen tussen 10 en 15 jaar en dan vooral jongens. In 22% van de gevallen zijn het jongeren van 16 tot en met 18 jaar.<sup>5</sup>

Een constante is dat het geneesmiddel vooral in Vlaanderen wordt voorgeschreven (2,4% tegenover 0,9% van de jongeren in Wallonië en 0,6% in het Brussels Gewest) (zie grafiek 1), hoewel het gebruik in Wallonië toeneemt.

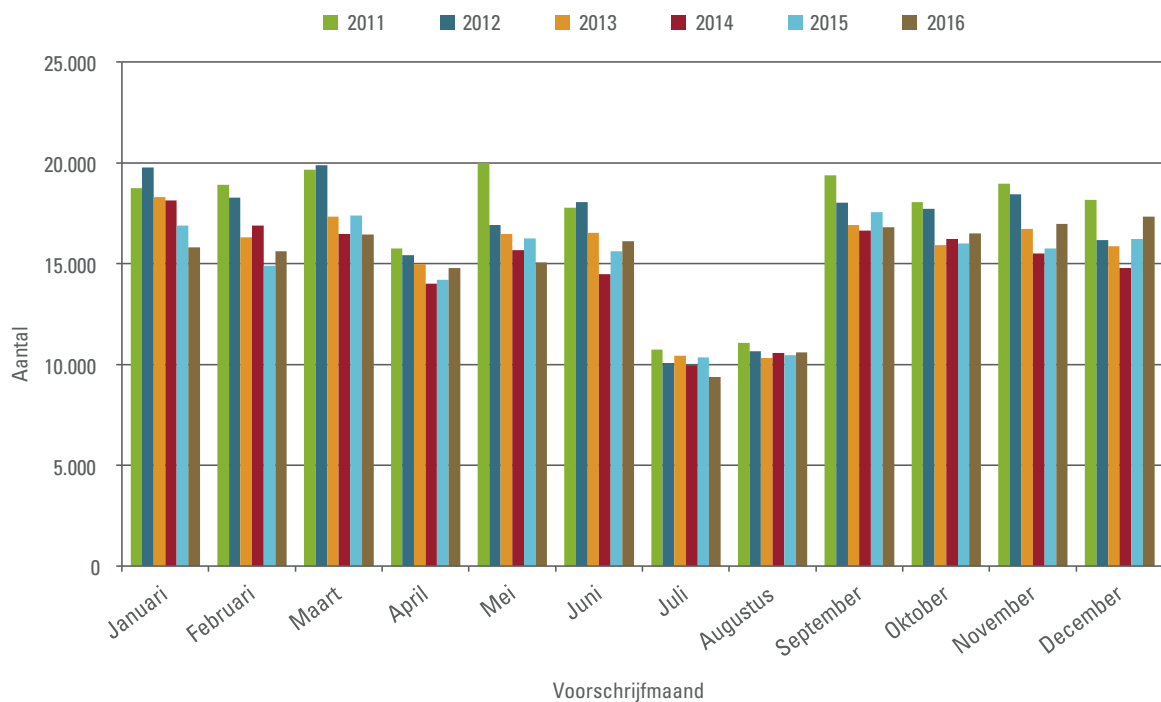
**Grafiek 1: % van de patiënten 6-18 jaar met terugbetaling voor methylfenidaat per arrondissement (LCM, 2016)**



5 Hierbij moet rekening worden gehouden met het feit dat in de CM-databestanden enkel informatie beschikbaar is over de voorgeschreven geneesmiddelen waarvoor een terugbetaling mogelijk is.

Opmerkelijk is de terugval in het aantal vergoede verpakkingen van methylfenidaat tijdens de zomermaanden (zie grafiek 2) en dat ongeacht de leeftijd van de jongere.

Grafiek 2: Aantal terugbetalingen van methylfenidaat per maand bij jongeren van 6 tot en met 18 jaar (2011-2016)



Verder is de lange duur van het medicatiegebruik zorgwekkend. 21% van de gebruikers blijkt na tien jaar nog steeds methylfenidaat te gebruiken.

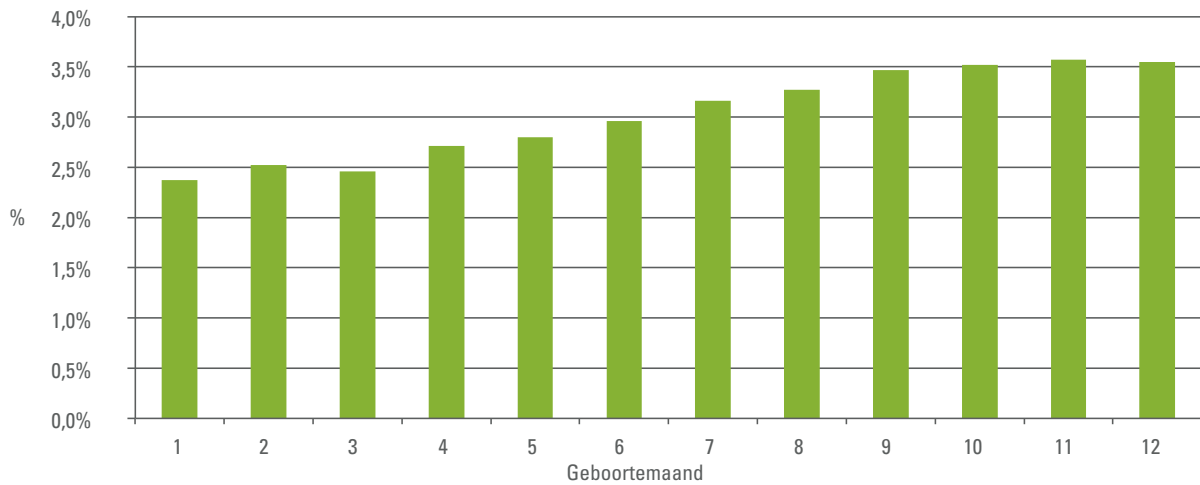
Deze gegevens bevestigen eerder opgemerkte tendensen van een medicaliseren van een als problematisch ervaren gedrag en/of van concentratieproblemen bij kinderen. Onderzoekers wijzen er op dat zowel ouders als leerkrachten daar een rol zouden in spelen.<sup>6</sup>

### 3. De jongsten van de klas hebben een grotere kans op een behandeling met methylfenidaat.

We deden nog een andere opmerkelijke vaststelling. In België zijn de klassen in het onderwijs georganiseerd per kalenderjaar. De jongsten van de klas blijken nu een grotere kans op een behandeling met methylfenidaat te hebben (zie grafiek 3). Binnen een klasgroep blijkt de kans op medicamenteuze behandeling met een terugbetaling van methylfenidaat gelinkt te zijn aan de relatieve leeftijd van het kind. We zien dat kinderen die in het laatste kwartaal geboren zijn, en dus de jongsten zijn van de klas, ongeveer 50% meer kans hebben om minstens 1 maal methylfenidaat vergoed te krijgen dan de oudsten, geboren in het eerste kwartaal.

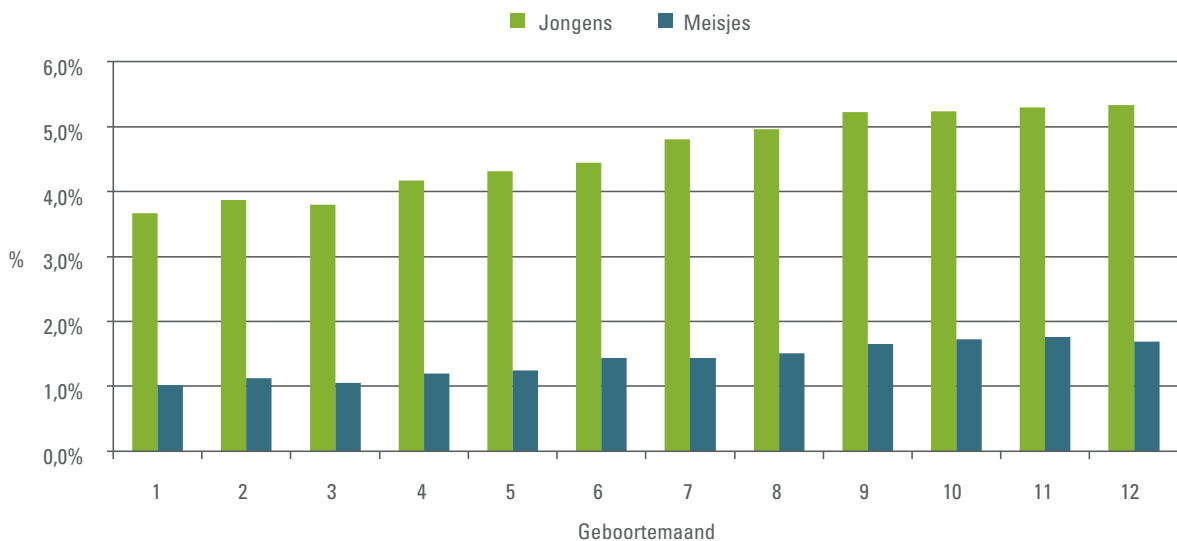
6 Philips, C.B. (2006). Medicine goes to school: teachers as sickness brokers for ADHD. Plos Medicine, 3, 182. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1434504/>

**Grafiek 3: % van de patiënten 6-18 jaar met terugbetaling voor methylfenidaat per geboortemaand (37.684 patiënten in het totaal)**



Dit zien we zowel bij de meisjes als bij de jongens (zie grafiek 4).

**Grafiek 4: % van de patiënten 6-18 jaar met terugbetaling voor methylfenidaat per geboortemaand en geslacht (37.684 patiënten in het totaal)**



Onze gegevens bevestigen eerder onderzoek.<sup>7,8</sup> Ook in het buitenland hebben de jongsten van de klas een grotere kans op een voorschrift van methylfenidaat. Hoe kan dit verklaard worden? De psychomotorische ontwikkeling kenmerkt zich door de samenwerking van een motorische, een cognitieve en een dynamisch- affectieve component. Dit richt zich op veranderingen in gedrag, en dat samenhangend met de leeftijd en binnen een psychosociale context. Aandacht-tekort, hyperactiviteit en impulsiviteit zouden als afwijkend begrepen worden. Elke deviatie loopt bijgevolg het risico om gemedicaliseerd en behandeld te worden zonder de contextuele factoren in rekening te brengen.<sup>9,10,11</sup>

Dit betekent niet alleen een verhoogd risico om aan het geneesmiddel blootgesteld te worden, maar het bevestigt ook de realiteit van een onnodige behandeling (met stimulerende medicatie) die blijkbaar gemeengoed wordt. De grens tussen ADHD en immaturiteit blijkt vaag. Het gevaar voor overdiagnose en over-gebruik is dus reëel. En dan spreken we nog niet over het oneigenlijk gebruik van methylfenidaat door studenten en tijdens sportevenementen.

#### 4. Besluit en standpunt van CM

Onze bevindingen doen vragen rijzen over de diagnosestelling van ADHD, de eenvoud van het afleveren van een voorschrift voor een stimulerend geneesmiddel en het daaruit volgende risico op foutief gebruik bij jongeren. Deze geneesmiddelen zijn immers gevaarlijk op lange termijn en impliceren naast hun impact op de slaapkwaliteit, de eetlust en de groei, een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en psychische stoornissen. De vraag stelt zich bijgevolg of het gebruik van dit geneesmiddel niet beter omkaderd moet worden.

De overheid moet bovendien werk maken van de registratie van alle (terugbetaalde en niet-terugbetaalde) afgeleverde methylfenidaat.

Wat betreft een aanpak op lange termijn pleit CM voor een meer tolerante omgang met 'drukke' kinderen en de ontwikkeling van interdisciplinaire zorgpaden voor jongeren met aandachts-tekort, hyperactiviteit en impulsiviteit in relatie met hun omgeving. Binnen dergelijke zorgpaden kan de zorgstructuur een combinatie zijn van psycho-educatie inclusief individuele en gezinspsychotherapie, begeleiding op mesoniveau naast een eventuele medicamenteuze behandeling wanneer nodig. Op die manier kan het eenzijdig medicaliseren van een als hinderlijk beoordeeld gedrag vermeden worden.

- 7 Whitely M, Lester L, Phillimore J, Robinson S. (2017). Influence of birth month on the probability of Western Australian children being treated for ADHD. [https://www.mja.com.au/system/files/issues/206\\_02/10.5694mja16.00398.pdf](https://www.mja.com.au/system/files/issues/206_02/10.5694mja16.00398.pdf),
- 8 Morrow RL, Garland EJ, Wright JM, , Maclure M, et al. (2012). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *CMAJ*.184(7): 755–762. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3328520/>
- 9 Morrow RL, Garland EJ, Wright JM, , Maclure M, et al. (2012). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *CMAJ*.184(7): 755–762. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3328520/>
- 10 [http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/conclusive-proof-adhd-is-overdiagnosed\\_b\\_10107214.html](http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/conclusive-proof-adhd-is-overdiagnosed_b_10107214.html) ; <http://www.eduratio.be/geboortemaand.html>
- 11 Verhaeghe P. (2002). Over normaliteit en ander afwijkingen. Acco. Gent.