

Bijlage 10

De rol van de huisarts

Organisatie van de controles door de huisarts

In principe vindt er eenmaal per half jaar een controle plaats, maar zo nodig vaker. De huisarts kan overwegen om de jeugdige met ADHD in een automatisch oproepsysteem te plaatsen. Met name vlak voor de overgang naar het voortgezet onderwijs is eventuele aanpassing van medicatie aan de nieuwe schoolse situatie van belang. Dit kan een moment zijn om te overwegen over te stappen van kortwerkende methylfenidaat naar een preparaat met vertraagde afgifte.

De JGZ volgt het verloop via de ZAT's. Dit veronderstelt wel een adequate uitwisseling van gegevens tussen JGZ, huisarts en ZAT; uiteraard met toestemming van ouders/jeugdige.

Inhoud van de controles

- Lichamelijk onderzoek bij het eerste controle-consult: op indicatie gehoor, neusdoorgankelijkheid (relatie met slaapproblemen) en visus. Eenmalig de tensie en polsfrequentie. (addendum groeicurve, normaalwaarden bloeddruk en polsfrequentie per leeftijdscategorie).
Lichamelijke controles ieder controle-consult: lengtegroei, gewicht. Zowel overgewicht als ondergewicht komt relatief vaak voor bij kinderen met ADHD. De huisarts kan hierop reageren door dit actief ter sprake te brengen.
- Psychosociale aspecten: hoe gaat het met het kind? Met vriendjes, vriendinnetjes? Met de schoolresultaten? Thuis? Hoe gaat het met sport en vrije tijd? (Daar zitten soms sterke kanten). Wat gaat er wel goed? De huisarts vraagt na hoe het met de ADHD-klachten gaat, thuis en op school. Er wordt specifiek gevraagd naar middelenmisbruik en andere verslavingsvormen, bijvoorbeeld gokken. Als er onduidelijkheid is over de mate van ADHD-symptomen kunnen deze gestructureerd worden uitgevraagd met een vragenlijst, zoals de AVL.
- Anticonceptie
- Bij medicatiegebruik, effect medicatie
 - Duur werkzaamheid, eventueel tekortschieten daarvan. Is de tijd tussen de opeenvolgende medicatiemomenten niet te lang, waardoor er in een periode van de schooldag alsnog concentratieproblemen zijn? Zijn er wel of niet huiswerktaken gedurende de avond, waardoor een langwerkend preparaat moet worden gekozen of ook om 16 uur nog gedoseerd moet worden? Zijn er reboundklachten bij het uitwerken? Dit kan een reden zijn om van kortwerkende naar langwerkende preparaten over te stappen. Wat zegt de leerkracht? De ouder/de jeugdige kan hiernaar informeren voorafgaand aan het bezoek aan de huisarts.
 - Compliance. Uit de aard van de problematiek behoeft dit expliciet aandacht: hoe wordt het kind herinnerd aan de medicatie? Moet er misschien een langwerkend preparaat gekozen worden?
 - Is het nodig om in het weekend door te gebruiken? Soms, vooral bij aandachtsproblematiek zonder hyperactiviteit kan de medicatie beperkt blijven tot de schooldagen. Het zelfde geldt voor vakanties.

- Bijwerkingen medicatie
- Afname van de eetlust (eventueel tabletten na het ontbijt en/of middagmaal innemen). Eventueel tussendoortjes adviseren, calorierijke keuzes.
- Inslaapproblemen. Deze kunnen het gevolg zijn van de medicatie, maar ook van de ADHD. Zorgvuldig uitvragen is van belang. Eventueel kan melatonine 1-3 mg worden gegeven aan het begin van de avond. Sommige kinderen hebben methylfenidaat nodig om voldoende rustig te worden om in te slapen. Verder is van groot belang goede slaaphygiëne, geen TV of *gamen* vlak voor het slapen bijvoorbeeld.
- Stemming. Soms is een negatieve invloed op de stemming merkbaar. Dit moet altijd reden zijn om de medicatie te wijzigen. Gekeken kan worden naar een mogelijkheid van lagere dosering. Ook de overstap van methylfenidaat naar dexamfetamine kan worden overwogen.
- Hoofdpijn.