

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)  
T.a.v. mevrouw E.I. Schippers  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

Utrecht, 12 november 2012

Kenmerk: MdF/lg/1561/12

Betreft: Gezamenlijke brief NHG-NVK-NVvP betreffende ADHD medicatie

Excellentie,

In februari 2012 vroeg u het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) om een reactie op een aantal vragen rond ADHD medicatie [GMT-3102788]. In maart tot mei ontving u separate reacties van deze drie verenigingen. Deze reacties zijn op 23 augustus 2012 besproken met uw beleidsmedewerkers (mevr. mr. G. Kelder en drs. E.G. Memeo), waarin het verzoek werd geuit om tot een gemeenschappelijke visie te komen. In deze brief informeren wij u over onze visie en blik op de toekomst met betrekking tot de diagnostiek en behandeling van ADHD.

Voordat we ingaan op uw vragen, benoemen we enkele gemeenschappelijke uitgangspunten.

1. De term ADHD heeft over de jaren heen meerdere betekenissen gekregen, variërend van een beschrijving in de spreektaal, een classificatie volgens de DSM-IV tot een diagnose (klinische beschrijving van symptomen, oorzaken, prognose en behandeling). De betekenis van ADHD is dus afhankelijk van de context waarbinnen de term ADHD gebruikt wordt.
2. Kinderen met ADHD kunnen uit beeld raken indien de transitie naar de zorg voor volwassenen niet goed verloopt.
3. Signalering, diagnostiek en behandeling van ADHD dienen plaats te vinden volgens actuele richtlijnen en standaarden. De invoering van nieuwe richtlijnen dient gepaard te gaan met aandacht voor implementatie en patiëntvoorlichting.
4. Behandeling van ADHD is mogelijk, maar deze is vooralsnog symptomatisch.
5. Medicatie is één van de behandelmodaliteiten voor ADHD. Medicatie kan bij ADHD effectief zijn, mits goed geïndiceerd.
6. Onderzoeksprogrammering en uitvoering van onderzoek naar ADHD is gewenst. Lange termijn effectevaluatie van medicatie heeft prioriteit. Bij de herziening van de multidisciplinaire richtlijn komen naar verwachting ook andere kennislacunes naar voren.

Wij beantwoorden in deze brief de door u gestelde vragen gezamenlijk. De eerder verstuurde brieven van onze verenigingen en ons gezamenlijk overleg waren daarvoor uitgangspunt.

**Vraag 1: Is er een verklaring voor de blijvende toename van het aantal gediagnosticeerde ADHD-gevallen van kinderen jonger dan 18 jaar?**

De klinische (psychiatrische) diagnose ADHD wordt vaker gesteld dan tien jaar geleden.<sup>1</sup> Hierop hebben een aantal factoren invloed gehad:

1. Het bekender worden van de diagnose en de classificatie ADHD bij professionals en leken.
2. De wetenschappelijk aandacht: ADHD is wereldwijd het meest onderzochte type gedragsprobleem bij kinderen. Mede hierdoor is er een verschuiving naar ADHD ontstaan; vroeger werden er meerdere en andere diagnoses gesteld.
3. Betere herkenning van ADHD. Dat is bijvoorbeeld aan de orde voor bepaalde groepen zoals meisjes, adolescenten en volwassenen, en bij personen van niet-Nederlandse afkomst. Bepalend voor dat laatste is dat binnen de eigen cultuur een begrippenkader voor de beschrijving van gedrag niet bestond en allochtone gezinnen ook een beperkte toegang tot zorg hadden op basis van opleiding en scholing.
4. Ontmythologiseren en destigmatiseren van (hulp voor) gedrags- en psychiatrische problematiek in brede zin.
5. Perverse prikkels in financiële structuren van onderwijs en hulpverlening.

De achterliggende vraag of de classificatie of de diagnose ADHD te vaak (of te weinig) wordt gesteld, is daarom niet simpel te beantwoorden. Een door onze verenigingen gezamenlijk opgestelde en onderschreven richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD kan die vraag wel aan de orde stellen. Mogelijk dat alternatieve verklaringen voor probleemgedrag beter kunnen worden uitgesloten. Dat kan weer van invloed zijn op het verminderen van de groei van het aantal classificaties of diagnoses van ADHD en de behandeling met medicatie doen verminderen.

**Vraag 2: Welke beroepsinhoudelijke eisen kunnen worden gesteld aan het indiceren en initiëren van ADHD-medicatie?**

- a. Valdoen huisartsen, kinderartsen en (kinder- en jeugd)psychiaters aan deze eisen?
- b. Moeten er eisen worden gesteld aan de samenwerking en/of afbakening tussen deze voorschrijvers en andere (psychosociale) behandelaars?

In de vigerende richtlijn zijn de voorwaarden voor multidisciplinaire samenwerking en de benodigde competenties opgenomen<sup>2</sup>. Het is echter niet duidelijk of men zich houdt aan deze overwegingen.

In de richtlijn wordt bijvoorbeeld vermeld dat signalering, diagnostiek en behandeling van ADHD in het algemeen een multidisciplinaire taak is en dat onderlinge afstemming en samenwerking van verschillende disciplines voorwaarde zijn om het zorgproces voor de patiënt snel en optimaal te laten verlopen. Dat geldt ook voor de samenwerking met school, ouders/gezin en aanpalende hulpverlening. In de nieuwe richtlijn zullen we daarom opnieuw aandacht besteden aan de benodigde competenties en eisen voor samenwerking en hoe dat te implementeren.

<sup>1</sup> Brief aan Minister van VWS van Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 20 mei 2012

<sup>2</sup> Multidisciplinaire richtlijn ADHD bij kinderen & jeugdigen, 2005



**Vraag 3: Is in de vigerende richtlijn voldoende duidelijk afgebakend, meetbaar en toetsbaar wat 'ernstig' is en wat niet? Zijn de criteria voldoende concreet wanneer psychosociale interventies en/of medicamenteuze therapieën gestart moeten worden en hoe ze op elkaar afgestemd moeten worden, dan wel dat er geen behandeling in engere zin nodig is?**

In de multidisciplinaire richtlijn (2005) wordt een stapsgewijze aanpak voorgesteld, waarbij eerst psycho-educatie, mediatietherapie thuis en leerkrachtbegeleiding op school wordt aangeboden en pas bij aanhoudende beperkingen medicatie (methylfenidaat). Bij ernstige beperkingen kan ook direct met medicatie worden gestart. De definitie van 'ernstige beperkingen' is niet duidelijk, een handvat ontbreekt. In de praktijk zal het om subjectieve inschattingen gaan. We zullen hieraan aandacht besteden in de nieuwe richtlijn.

**Vraag 4: Uit genoemd onderzoek van het NIVEL blijkt dat in de eerste lijn steeds vaker (tot 30%) voor andere diagnoses ADHD-medicatie wordt voorgeschreven. Is dit in lijn met de vigerende richtlijnen? Is het eventueel afwijken van richtlijnen door de eerste lijn in dit geval voldoende kwalitatief geborgd?**

In het onderzoek betreft 69% van de diagnoses waarbij ADHD-medicatie wordt voorgeschreven 'overactief kind/hyperkinetisch syndroom'. In 20% van de gevallen betreft het 'geheugen-/concentratie-/oriëntatiestoornissen', 'specifiek leerprobleem', 'andere zorgen gedrag kind' (zoals mogelijk kinderen met ADD of kinderen die nog geen ADHD-diagnose hebben), of een 'andere psychische ziekte'. In de overige 11 % betreft het 'andere diagnoses'.

ADHD-medicatie is ook geïndiceerd voor andere aandoeningen zoals ODD, tic-stoornissen, slaap/waakstoornissen, en autisme met comorbide ADHD. Op basis van dit artikel kan niet worden nagegaan in hoeverre huisartsen de richtlijn hebben gevolgd dan wel ervan zijn afgeweken. In de eerste lijn gaat het vaak om het herhalen van medicatie, die door andere behandelaars zijn geïntieerd.

**Vraag 5: Kunt u een uitspraak doen over het langer dan twee jaar gebruiken van ADHD medicatie bij kinderen jonger dan 18 jaar, in het licht van de recente data van de eerder genoemde tweede MTA follow-up studie?**

In de eerste twee jaar van de MTA studie had de groep behandeld met medicatie een beter resultaat. Hierna nam het effect op groepsniveau af, alle vier behandelgroepen toonden globaal dezelfde uitkomst. Het verschil kwam mogelijk door non-compliance door het ontbreken van regelmatige controles op het effect van de medicatie en/of door een afnemend effect van de medicatie. Gezien deze onduidelijkheid kan de MTA follow-up studie geen uitsluitel geven of het zinvol is om ADHD-medicatie langer te gebruiken. Dat betekent dat niet kan worden uitgesloten dat medicatie ook na twee jaar effectief kan zijn.

**Vraag 6: Zijn er nadere criteria te formuleren over het starten, gebruiken en staken van ADHD medicatie bij volwassenen ouder dan 18 jaar met ADHD volwassenenvorm, op grond van de ervaringen bij de leeftijdsgroep jonger dan 18 jaar?**

De criteria voor de diagnostiek en behandeling van volwassenen zijn in essentie dezelfde als bij kinderen. Dit blijkt uit onderzoek in de afgelopen twintig jaar. ADHD is een langdurige aandoening die bij een deel van de betrokkenen ook op volwassen leeftijd nog problemen geeft. De klachten en de lijdensdruk verschillen. Adequate diagnostiek naar de symptomen en het disfunctioneren, individueel toegesneden behandeling (waaronder soms ook continuering van medicatie) en continuïteit in de behandeling zijn daarbij essentieel. De transitie van de zorg voor de adolescent naar de volwassene behoeft daarbij extra aandacht.

#### Herziening multidisciplinaire richtlijn

Wij willen benadrukken dat de NVK, het NHG en de NVvP met elkaar in overleg zijn om te komen tot een gezamenlijke netwerkrichtlijn als herziening van de zeven jaar oude multidisciplinaire richtlijn. Dat betekent afstemming tussen de nieuwe richtlijnen van NVvP en NVK en de nieuwe NHG-standaard. Op korte termijn wordt gestart met een inventarisatie van de uitgangspunten van het traject. Dat is gebaseerd op onze gezamenlijke visie, wordt ondersteund door onze wetenschappelijke kennis en expertise en heeft het professionele draagvlak van onze verenigingen. Wij houden u op de hoogte van de voortgang van dit traject.

Wij hopen door middel van deze gezamenlijke toelichting u te hebben voorzien van de benodigde informatie. Wij zijn gaarne bereid om u en uw ministerie waar nodig van aanvullende informatie te voorzien en hierover met u in gesprek te blijven.

Hoogachtend,

mevrouw W.J.C. de Graaff

Interim Bestuursvoorzitter NHG

Prof. dr. W.P.F. Fetter

Voorzitter NVK

Prof. dr. R.J. van der Gaag

Voorzitter NVvP

CC.:

- Ministerie van VWS, t.a.v. mevr. mr. G. Kelder
- Ministerie van VWS, t.a.v. drs. E.G. Memeo