

**NEDERLANDSE VERENIGING**



**VOOR KINDERGENEESKUNDE**

Mercatorlaan 1200, 3528 BL · Postbus 20059 3502 LB Utrecht · Telefoon: +31 (0)30 28 23 306 · Telefax: +31 (0)30 28 23 301 · ING 940930

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Mw.dr.s. E.I. Schippers  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag

16 mei 2012  
Ref. NL/svp, U 12-219

Dep. Parant datum
Directie: GMT
Reg.nr.:

Onderwerp: Uw brief dd. 16 februari 2012, kenmerk GMT-3102788, Inzet en gebruik ADHD-medicatie.

Excellentie,

De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) dankt u hartelijk voor de mogelijkheid te reageren op bovengenoemd onderwerp. Een gezamenlijke reactie met de wetenschappelijke verenigingen Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) wordt voorbereid. De NVK doet u hierbij haar mening toekomen, welke reeds per mail dd. 20 april 2012 is gezonden aan mw. G. Kelder.

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

Er is inderdaad een schijnbare toename van het aantal ADHD diagnoses, dit is echter niet identiek aan toename van het aantal ADHD kinderen. Het heeft veel te maken met verhoogde alertheid van hulpverleners waardoor ook kinderen die eerder de diagnose niet kregen alsnog gediagnosticeerd zijn. Ten onrechte wordt de (schijnbare) toename van ADHD kinderen geweten aan onze drukke maatschappij, een onvoldoende opvoedingsklimaat thuis en op school of aan toxische stoffen in voeding of milieu. ADHD is namelijk sterk erfelijk. Uit de familie anamnese blijkt vaak dat bij de ouders ook al voldoende symptomen zichtbaar waren die in hun leven hebben geleid tot disfunctioneren. Als zij nu jong waren geweest, hadden zij mogelijk hiervoor hulp kunnen krijgen. Op dit moment ligt, conservatief geschat, de prevalentie van ADHD (dat wil zeggen disfunctionerende kinderen met ADHD symptomen waarbij de omgevingsfactoren zo goed mogelijk gestructureerd zijn), rond de 3%. Het aantal kinderen dat ooit de diagnose en een behandeling heeft gekregen ligt op ongeveer 50% van deze groep. Voorlopig zijn er dus nog veel kinderen die de diagnose zouden kunnen gaan krijgen. Dat het aantal diagnoses bij meisjes sterker is gestegen is gelegen in het feit dat meisjes vaker ADD vertonen en dus minder last veroorzaken en dus later onder de aandacht komen. Nu er meer aandacht is voor disfunctie naast alleen maar opvallend storend gedrag vindt hier een inhaalslag plaats. Wanneer wij aannemen dat de incidentie ongeveer gelijk blijft in onze huidige maatschappij dan komen er jaarlijks 3% van 180 000 kinderen bij, dus 5400 kinderen. Over enkele jaren zal de toename dan ook waarschijnlijk stabiliseren.

**Vraag 2: Welke beroepsinhoudelijke eisen kunnen worden gesteld aan het indiceren en initiëren van ADHD medicatie? Voldoen huisartsen, kinderartsen en kinderpsychiaters aan deze eisen? Moeten er eisen worden gesteld aan de samenwerking en/ of afbakening tussen deze voorschrijvers en andere (psychosociale) behandelaars?**

Meestal wordt de diagnose door een psycholoog gesteld of vermoed. In de huidige situatie beoordeelt soms de huisarts, maar meestal de kinderarts of kinderpsychiater het onderzoek (ontwikkelingsanamnese, vragenlijsten, eventueel aanvullend neuropsychologisch onderzoek) en bekijkt in welke mate het kind disfunctioneert in meerdere milieus (thuis, school, bij vriendjes etc). Ook wordt beoordeeld of er lichamelijke klachten zijn en of er storende omgevingsfactoren een rol



spelen die eerst behandeld moeten worden. In principe is er geen bezwaar dat elk van de genoemde artsen de diagnose stelt en indien nodig medicatie voorschrijft. Wel moet van de arts worden geëist dat hij een grondige kennis heeft van de aandoening en van de verschillende behandelingen, waaronder medicatie. Zoals ook de multidisciplinaire richtlijn (ADHD Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen, Kwaliteitsinstituut CBO 2005) zegt moet er zo nodig samengewerkt worden met verschillende disciplines. De hulpverlener moet dus de sociale kaart goed kennen en een netwerk hebben waarin de patiënt verwezen kan worden. Afbakening van taken is eerder ongewenst, het moet vooral gaan om samenwerking. In de praktijk zijn het vooral de kinderpsychiaters en kinderartsen die een voldoende grondige kennis van het probleem hebben. Over het algemeen voldoen huisartsen minder vaak aan deze eisen temeer daar hen daarnaast de tijd ontbreekt om de diagnose goed te kunnen stellen.

**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?**

Aangezien ADHD geen categorale ziekte is maar eerder een dimensionele aandoening, blijft er altijd een grijs gebied van subjectieve waarneming, interpretatie en voorkeuren van de verschillende hulpverleners. Er wordt dan ook eerder gesproken over mild, matig of ernstig disfunctioneren. Bij de eerste twee categorieën zal altijd gestart worden met psychosociale interventies en pas in tweede instantie met adjuvante medicatie, bij de derde categorie worden meestal alle middelen gelijktijdig ingezet. De richtlijnen zijn hierover voldoende duidelijk.

Vanzelfsprekend wordt er geen ADHD behandeling ingezet als de diagnose niet wordt vermoed of gesteld. Afhankelijk van het gevonden probleem zal dit navenant worden aangepakt.

**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?**

Bedoeld wordt dat de eerste lijn medicatie voorschrijft bij ADHD en evt bij 'ADHD look-alike' symptomen. Dit is over het algemeen onwenselijk omdat huisartsen vaak niet voldoende geschoold zijn op het vlak van ADHD en zijn comorbiditeiten. Naast ADHD wordt gecodeerd bij de huisarts: "Andere zorgen gedrag kind" en "geheugen-/concentratie-/oriëntatiestoornissen". Met "andere zorgen gedrag kind" wordt mogelijk bedoeld lichte tot matig ernstige ADHD. Deze "diagnose" dient niet in eerste instantie met medicatie behandeld te worden. Verdere diagnostiek is hierbij nodig. Met concentratiestoornissen wordt waarschijnlijk ADD bedoeld. Dat kan een goede reden zijn om ADHD-medicatie voor te schrijven. Ook hier geldt dat dit bij voorkeur door kinderarts of kinderpsychiater gebeurt..

Als een kind of volwassene goed is ingesteld kunnen medicatie controles door de huisarts worden overgenomen.

Stimulantia worden overigens niet alleen bij ADHD gebruikt maar ook voor andere aandoeningen zoals bij narcolepsie, vermoeidheidsyndromen na chemotherapie etc. Ook hiervoor zijn richtlijnen.

**Vraag 5: Kunt u een uitspraak doen over het langer dan 2 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?**



Uit de MTA vervolgstudie komen veel gegevens die soms moeilijk te interpreteren zijn. Het grote probleem bij de studie is de grote uitval en non-compliance. Dit heeft onder andere te maken met onvoldoende controle op gebruik, titratie en bijwerkingen van de medicatie en "cofounding by indication". Uit de studie van Papadopoulos bleek bijvoorbeeld dat er bij polikliniekbezoek bij 50% van de kinderen geen medicatie in speeksel aantoonbaar was (terwijl kind en ouder te voren zeiden dat het kind zijn medicatie had genomen). Ook blijkt dat na langer gebruik bij sommige kinderen de dosering bijgesteld moet worden omdat het effect afneemt of omdat er bijwerkingen ontstaan. In beide gevallen is het niet onlogisch dat het kind stopt met medicatie. Dat het resultaat van de hele groep (zeer matig of niet goed ingestelde kinderen) tegenviel is dan ook logisch. In de praktijk is er geen sprake van uitblijven van effect na 2 jaar. Wel moeten ouders en kind precies weten wat zij moeten doen in deze situatie en moet de dokter bereikbaar zijn. Het is dan ook van het grootste belang dat er continuïteit is in de behandeling, dat de fine-tuning van de medicatie goed in de gaten wordt gehouden, dat ouders en kind volledig worden voorgelicht en dat langwerkende medicatie, indien geïndiceerd, vergoed wordt. Ook bij volwassenen zijn er geen tekenen dat medicatie na 2 jaar niet meer werkzaam zou zijn. Wel speelt hier ook het probleem van compliance en juiste instelling met optimaal effect en minimale bijwerkingen.

**Vraag 6: Zijn er nadere criteria te formuleren ten aanzien van 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?**

Nee, het principe is volledig hetzelfde bij volwassenen: uitgebreide voorlichting door een ter zake kundige arts (meestal psychiater), goede continuïteit en bereikbaarheid van de hulpverlener en betaalbare medicatie vooral voor de groep met de ernstigste ADHD. Helaas heeft juist deze groep een slechtere financiële positie en een minder goede verzekering. Dit zijn vaak patiënten die in de verslavingszorg terecht zijn gekomen. Ook bij volwassenen is de behandeling: eerst psychoeducatie, dus voorlichting over de aandoening, het aanreiken van handvatten voor problemen in het eigen leven, bespreken van behandelopties (waaronder medicatie). Ook voor het staken van medicatie zijn geen vaste regels te formuleren. Het beleid is minderen of stoppen en bezien of het al zonder medicatie lukt.

De transitiefase, dus van adolescent naar jong volwassene heeft zijn eigen problemen: soms komt een kind bij kinderarts of kinderpsychiater tot 18 jaar (vaak ook tot 23 jaar) en moet daarna naar de psychiater. Deze stap is voor sommige kinderen te groot, reden om zogenaamde levenslooppoliklinieken op te richten. De ervaring is op dit moment dat adolescenten die de stap naar de psychiater niet hebben kunnen nemen pas later terugkomen, gemiddeld op hun 38e jaar. Er is dan vaak al veel leed geschied. Ook een volwassene kan op elke leeftijd met succes behandeld worden.

Ik hoop u hiermee het standpunt van de NVK in dezen duidelijk te hebben gemaakt.

Namens het bestuur NVK tekent,  
met vriendelijke groeten,

Mw.dr. E.A. Landsmeer-Beker, kinderarts  
Bestuurslid

Kopie: R. Rodrigues Pereira