

Rapportnummer
<i>[Handwritten signature]</i>
Directie: GMT



Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport  
 Mevrouw drs. E.I. Schippers  
 Postbus 20350  
 2500 EJ DEN HAAG

Domus Medica  
 Mercatorlaan 1200  
 Postbus 3231  
 3502 GE Utrecht  
 ☎ 030-282 35 00  
 ☎ 030-282 35 01  
 info@nhg.org

Utrecht, 14 maart 2012  
 Uw kenmerk : GMT-3102788  
 Ons kenmerk : DIR/12-42/AT/JB/AC/ty

Geachte mevrouw Schippers,

Graag willen wij hierbij reageren op uw brief over de toenemende inzet en gebruik van ADHD medicatie. Wij stellen het op prijs dat u hiervoor aandacht vraagt. De toename van het aantal mensen waarbij de diagnose ADHD gesteld wordt is een maatschappelijk verschijnsel, waarvan de consequenties verder reiken dan de gezondheidszorg. Wij voelen ons als beroepsgroep mede verantwoordelijk voor de zorg aan patiënten met ADHD of de verdenking daarop, doch een effectieve aanpak vereist ook multidimensionele afstemming en samenwerking met de onderwijs- en werksectoren. Professionele richtlijnen kunnen een deel van de problematiek oplossen, mits de doelstelling duidelijk is en de richtlijnen breed gedragen worden.

Als reactie op uw vragen het volgende:

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

Grofweg kunnen twee oorzaken worden onderscheiden:

- a) Verbeterde signalering en vermindering van onderdiagnostiek.
- b) Toenemend aantal diagnoses 'milde ADHD' (ofwel ADHD zonder ernstige beperkingen) door toenemende aandacht voor het onderwerp. De grens tussen correcte en overdiagnostiek is in dit geval vaag.

Wij vermoeden dat de tweede oorzaak de overhand is gaan nemen. Ouders denken vaker zelf aan ADHD omdat er steeds meer kinderen in de omgeving zijn die het ook hebben. Zij kunnen met behulp van onlinetesten op internet een inschatting maken. In deze trend zien wij ook een vorm van medicalisering: gedragskenmerken die regelmatig bij kinderen voorkomen, zoals onrust en snel afgeleid zijn, worden geïnterpreteerd vanuit een medisch model waarvoor een medische oplossing (veelal medicatie) wordt gevraagd. Ouders willen het beste voor hun kind en grijpen elke behandeling aan om het gedrag en de prestaties te verbeteren. Ook vanuit de scholen wordt druk uitgeoefend op zorgverleners om kinderen te diagnosticeren als ADHD-patiënt. Mogelijk spelen bekostigingsprikkelers voor scholen ('rugzakjes') hierbij een rol.

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

In bijlage 2 van de CBO-richtlijn uit 2005 (pag. 118-120) is een competentiematrix opgenomen voor de signalering, diagnostiek en behandeling van ADHD, waarin de noodzakelijke kennis en vaardigheden zijn omschreven. Ook het indiceren van farmacotherapie valt hieronder. Dit wordt echter niet verder uitgewerkt.

Voor de huisarts is het advies van het Farmacotherapeutisch Kompas leidend bij de indicatiestelling. Hierin wordt gesteld dat medicatie alleen mag worden voorgeschreven als 'onderdeel van een uitgebreid behandelprogramma (met inbegrip van psychologische, opvoedkundige en sociale maatregelen) voor ADHD (aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit) bij kinderen van 6 jaar en ouder en adolescenten indien alleen orthopedagogie onvoldoende blijkt te zijn'. De indicatiestelling vereist dus per definitie afstemming en samenwerking tussen verschillende hulpverleners. In de praktijk komt het toch voor dat er medicatie wordt geïnitieerd terwijl het behandelprogramma nog moet starten of helemaal niet van de grond komt. Wij hebben de indruk dat de mondigheid van ouders, met steun vaak van leerkrachten, en de lange wachttijden in de jeugd-GGZ hier mede aan ten grondslag liggen. Huisartsen zullen dan medicatie initiëren om de behandelrelatie met hun patiënten niet te verstoren. Een belangrijke eis voor samenwerking tussen voorschrijvers en behandelaars is een goede toegankelijkheid en beschikbaarheid. Als dit over de hele linie zou verbeteren, kan het onnodig (of te vroeg) voorschrijven van medicatie worden teruggedrongen.

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 CBO-richtlijn wordt een stapsgewijze aanpak voorgesteld, waarbij eerst psycho-educatie, mediatietherapie thuis en leerkrachtbegeleiding op school worden aangeboden en pas bij aanhoudende beperkingen medicatie (methylfenidaat). Bij ernstige beperkingen kan ook direct met medicatie worden gestart (bijlage 1, p. 114). Hoe 'ernstige beperkingen' wordt gedefinieerd is niet duidelijk. Dit zal in de praktijk een subjectieve inschatting zijn.

In de richtlijn van het National Institute of Health and Clinical Excellence wordt de volgende definitie gehanteerd: 'Severe ADHD corresponds approximately to the ICD-10 diagnosis of hyperkinetic disorder. This is defined as when hyperactivity, impulsivity and inattention are all present in multiple settings, and when impairment is severe (that is, it affects multiple domains in multiple settings).' Hierbij wordt tevens opgemerkt: 'Again, determining severity is a matter of clinical judgement' (NICE clinical guideline 72 – Attention deficit hyperactivity disorder, 2008, p. 6). Deze richtlijn is dus iets specifiekker, maar harde afkappunten kunnen niet worden gegeven.

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?*

Het voorschrijven van medicatie onder andere diagnoses dan ADHD moet geïnterpreteerd worden binnen het kader van de ICPC-codering die de huisarts gebruikt. Er bestaat geen ICPC code ADHD maar wel een code 'overactief kind/hyperkinetisch syndroom' (ICPC P21). In het NIVEL onderzoek betreft 69% van de diagnoses waarbij ADHD-medicatie wordt voorgeschreven, deze code. In 20% van de gevallen betreft het 'geheugen-/concentratie-/oriëntatie-stoornissen', 'specifiek leerprobleem', 'andere zorgen gedrag kind', of een 'andere psychische ziekte'. In de overige 11 % betreft het 'andere diagnoses', die niet in het artikel zijn uitgesplitst. Meestal zal het gaan om het herhalen van medicatie, die door andere behandelaars zijn geïndiceerd. Op basis van dit artikel kan niet worden nagegaan in hoeverre huisartsen de richtlijn hebben gevolgd dan wel ervan zijn afgeweken.

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 eerdere genoemde tweede MTA follow-up studie?*

Uit de subgroepanalyses blijkt dat de behandelgroep nogal heterogeen is. Sommige kinderen verbeteren snel na medicatie en andere pas bij langdurig gebruik. Hetzelfde geldt voor de effecten bij langdurig gebruik: sommigen hebben baat, anderen niet. Als huisarts vinden wij dat het chronisch gebruik van stimulantia altijd goed gemonitord moet worden, waarbij er in goed overleg regelmatig stoppogingen moeten worden gedaan. Ouders en patiënten zijn daar echter niet altijd even makkelijk voor te motiveren.

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?*

Wij vinden dat het beleid bij volwassenen ouder dan 18 jaar zoveel mogelijk moet worden gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek waarin deze populatie is onderzocht. Extrapolatie van evidence van de jongere naar de oudere leeftijdsgroep moet worden vermeden. De CBO-richtlijn betreft alleen kinderen, doch in paragraaf 2.7 wordt kort ingegaan op ADHD bij volwassenen (p. 21). Hierin wordt aangegeven dat de kennis en wetenschappelijke informatie over ADHD op volwassen leeftijd de laatste jaren snel is toegenomen, maar dat de implementatie in de psychiatrische hulpverlening te wensen overlaat.

Samenvattend kan worden gesteld dat wij de zorgen van de minister delen. Om ongefundeerd voorschrijven van ADHD-medicatie tegen te gaan, achten wij het zinvol dat er een update van de richtlijn uit 2005 komt, met uitbreiding van de aandacht voor de problematiek bij volwassenen, en met specifieke aanbevelingen voor de huisarts. Thans wordt gewerkt aan een richtlijn over ADHD binnen het ZonMw richtlijnprogramma voor de jeugdgezondheidszorg. Deze beperkt zich echter tot de signalering van ADHD bij kinderen in de eerste lijn en bespreekt niet de behandeling.



Onze NHG-Adviesraad Standaarden heeft zich vorig jaar ook positief uitgelaten over de ontwikkeling van een richtlijn of standaard over het onderwerp. In het kader van vernieuwing van de richtlijnmethode zullen wij de samenwerking zoeken met andere disciplines en met patiëntenorganisaties. De richtlijnontwikkeling is echter nog niet van start gegaan, omdat wij voorrang geven aan herziening van de bestaande set van onze richtlijnen. Niettemin staan wij open voor nieuwe onderwerpen, zeker als daar maatschappelijk draagvlak voor bestaat en als de ontwikkeling door andere partijen wordt gesteund en mede gefinancierd. In dat geval kunnen we de ontwikkeling van de richtlijn ADHD vervroegd in gang zetten.

Ten slotte wijzen wij u erop dat naast richtlijnontwikkeling ook moet worden geïnvesteerd in de implementatie. Binnen het NHG is er een aparte afdeling die zorg draagt voor allerlei implementatieproducten om de invoering van de richtlijn in de praktijk te bevorderen, zoals scholings- en toetsingsmaterialen en patiëntenvoorlichting. Zonder een compleet pakket aan maatregelen zal een nieuwe richtlijn niet het gewenste effect hebben.

Graag zijn wij bereid met u een gesprek aan te gaan over de optimale aanpak van de problemen rondom ADHD en de rol van richtlijnen of standaarden bij de verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Ook zijn benieuwd op welke wijze u bereid bent de ontwikkeling van richtlijnen of standaarden te ondersteunen.

Hoogachtend,

A.E. Timmermans, huisarts  
Bestuursvoorzitter NHG