E.

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mw. Drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Utrecht, 24 mei 2012

Kenmerk: MdF/lg/1400/12
Betreft: Inzet en gebruik van ADHD-medicatie

Excellentie,

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) heeft kennis genomen van uw brief d.d. 16 februari 2012 (kenmerk GMT-3102788), waarin u ons verzoekt informatie en daarbij onze visie te geven op de problematiek rond de inzet en het gebruik van medicatie bij Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). De NVvP onderstreept de actualiteit en urgentie van het onderwerp en is zeer bereid een bijdrage aan dit onderwerp te leveren. Naast de beantwoording van uw vragen zijn wij samen met de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) en het Nederlands Huisartsgenootschap (NHG) in overleg om tot een gezamenlijke visie en uitvoeringsperspectief te komen. De samenwerking zal naast een gezamenlijke visieontwikkeling eveneens worden vormgegeven in een gezamenlijk traject tot de herziening van de multidisciplinaire richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen, welke begin 2013 zal starten.

De NVvP is verheugd dat er door middel van uw verzoek vanuit het ministerie van VWS aandacht wordt gevraagd voor een belangrijke kwestie, namelijk de adequate behandeling van patiënten (kinderen en volwassenen) met ADHD. ADHD is een chronische, vaak erfelijke stoornis, die per definitie in de kindertijd begint. ADHD komt voor bij 3 tot 7% van de kinderen en bij 2 tot 4% van de volwassenen.
De NVvP wenst te benadrukken dat:

- medicatie slechts één van de pijlers is van de adequate behandeling van ADHD-patiënten, en dat in vrijwel alle gevallen ook andere behandelvormen geïndiceerd zijn.
- ADHD-medicatie bij correct geïndiceerde patiënten zeer effectief is, en daarmee een onmisbare plek inneemt in de behandeling van een groot aantal patiënten.
- ADHD-medicatie enkel symptomatisch werkt; met medicatie worden de symptomen gestabiliseerd, maar de stoornis verdwijnt niet. Omdat ADHD een chronische stoornis is, is in de meeste gevallen langdurige medicamenteuze behandeling aangewezen. Dit kan tot ver in de volwassenheid duren.

De NVvP verbindt het gebruik van medicatie aan heldere richtlijnen, waarvan zorgvuldige diagnostiek een essentieel onderdeel is[1].

In uw brief verwijst u naar een aantal vragen waarop u antwoorden zou willen ontvangen. Deze vragen (1t/m 6) worden in de hierna volgende pagina's beantwoord.

[1] Multidisciplinaire richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen, 2005 (www.nvvp.net/publicaties).

bezoekadres Mercatorlaan 1200, Utrecht *postadres* Postbus 20062, 3502 LB Utrecht
telefoon 030 282 33 03 *fax* 030 288 84 00 *email* info@nvvp.net *website* www.nvvp.net

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

De stelling dat er meer kinderen met ADHD worden gediagnosticeerd, behoeft enige nuancering. Hierbij is een tijdsperspectief belangrijk (heeft dit betrekking op de afgelopen vijf jaar, tien jaar, twintig jaar?). Daarnaast mag niet vergeten worden dat de term ADHD nu gebruikt wordt voor problematiek die vroeger ook al bestond, maar anders werd benoemd[2]. De term moet niet worden verward met het probleem.

Verder heeft de term ADHD zich in de afgelopen decennia tot een term met meerdere betekenissen ontwikkeld;

1. ADHD is, net als de woorden 'depressief', 'psychotisch' of 'fobisch', een populaire *beschrijving*, of een *metafoor* geworden in het dagelijks spraakgebruik, voornamelijk in situaties waar men het over kinderen heeft.
2. ADHD is een psychiatrische *diagnose*, die een klinische beschrijving en wetenschappelijke kennis over oorzaken, het beloop, de complicaties en de behandeling impliceert.
3. ADHD is een *classificatie* die, door de relatie met de DSM-IV, een belangrijke functie heeft bij epidemiologisch onderzoek. Er is hier een overlap met andere epidemiologische entiteiten zoals 'externaliserende gedragsproblemen'.
4. De *classificatie* ADHD heeft tot slot een belangrijke rol gekregen in allerlei administratieve en bekostigingssystemen.

Deze termen mogen niet als synoniemen gelden.

De prevalentie in de zin van punt 1 en punt 4 is zeker toegenomen. De prevalentie van punt 3 is niet, of niet heel sterk toegenomen, op basis van onder meer Nederlands onderzoek[3] dat de periode 1983-2003 beschrijft. De prevalentie van punt 2, een toename van de diagnose van het klinisch beeld, is er mogelijk wel, maar cijfers daarvoor ontbreken. De gebruikte registratiesystemen laten een dergelijke conclusie overigens slecht toe. De registratiesystemen zijn bijvoorbeeld over de afgelopen jaren veranderd (DBC-registratie is iets van de laatste jaren). Het is daarnaast ook de vraag of kinderen die meerdere diagnoses krijgen in de geestelijke gezondheidszorg (hetgeen epidemiologisch correct is), ook onder al deze diagnoses in het elektronisch patiëntendossier van de huisarts worden ingeboekt. Het is niet correct om het voorschrijven van ADHD-medicatie als een indicator van de diagnose of classificatie te gebruiken.

Ervan uitgaande dat de klinische diagnose ADHD vaker gesteld wordt dan 10 jaar geleden, hebben een aantal factoren hierop zonder twijfel invloed:

1. Het bekender worden van de diagnose/classificatie ADHD, zowel bij professionals, als bij leken.
2. ADHD is momenteel het meeste *en* best onderzochte type gedragsprobleem bij kinderen, wereldwijd. Zelfs landen die jarenlang afhoudend waren ten aanzien van de diagnose en de behandeling, zijn nu in

[2] Verhulst FC, Berden GF, Sanders-Woudstra JA. Mental health in Dutch children: (II). the prevalence of psychiatric disorder and relationship between measures. Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl. 1985;324(0065-1591)

[3] Tick NT, van der Ende J, & Verhulst FC. Twenty-year trends in emotional and behavioral problems in Dutch children in a changing society. Acta Psychiatr Scand. 2007 Dec;116(6):473-82

bezoekadres Mercatorlaan 1200, Utrecht *postadres* Postbus 20062, 3502 LB Utrecht
telefoon 030 282 33 03 *fax* 030 288 84 00 *email* info@nvvp.net *website* www.nvvp.net

onderzoek en behandeling van ADHD aan het investeren (bijvoorbeeld Italië, Zweden, Duitsland, Frankrijk, Brazilië evenals landen in Azië en Afrika).

3. Hierdoor is er een verschuiving naar ADHD ontstaan, van waar vroeger meer divergente diagnoses werden gesteld (borderline persoonlijkheidsontwikkeling, pedagogische onmacht, regulatieproblemen, minimal brain damage (MBD), systeemproblematiek, verwenningssyndroom, verwaarlozing, et cetera). Deze diagnoses waren veelal gerelateerd aan etiologische concepten of referentiekaders zoals het psychoanalytisch model. Veel van deze modellen zijn inmiddels achterhaald of worden niet meer gebruikt.
4. Betere herkenning bij groepen waarbij eerder nooit aan ADHD werd gedacht (meisjes, adolescenten, volwassenen), of waarbinnen de eigen cultuur een dergelijk begrippenkader voor beschrijving van gedrag niet bestond (allochtone gezinnen, gezinnen met een beperkte toegang tot zorg op basis van opleiding, scholing).
5. Ontmythologiseren en destigmatiseren van (hulp voor) gedrags- en psychiatrische problematiek in brede zin.
6. Betere bereikbaarheid van hulpverlening, er is immers hard gewerkt aan korter maken van wachtlijsten en vergroten van efficiëntie. Hierdoor is de trechter misschien niet zozeer aan het begin, maar zeker aan het uiteinde breder geworden.
7. Een diagnose is inmiddels voorwaarde voor een aantal faciliteiten en vergoedingen, zoals leerlinggebonden financiering en persoonsgebonden budget. Hierdoor is er enerzijds een zekere beloning op de diagnose. Anderzijds, de diagnose ADHD is in feite de 'lichtste' diagnose waarbij deze faciliteiten mogelijk zijn. Daarmee is het 'label' ook het lichtste en relatief meest neutrale om toch hulp te faciliteren, waar die anders wellicht ook geïndiceerd zou zijn.
8. Een classificatie van gedragsproblematiek als ADHD is een van de belangrijke routes, waarmee ouders en kinderen toegang krijgen tot adequate (ortho)pedagogische en psychologische hulpverlening. Immers, de meeste deskundigheid, in combinatie met de mogelijkheid om intensiever/langer te behandelen, is ook gekoppeld aan instellingen die werken vanuit een bekostiging op basis van gediagnosticeerde problematiek. Ernstiger opvoedings-/systeem problematiek (die zich snel zal manifesteren met bijvoorbeeld druk gedrag), kan daarmee de benodigde intensiteit van behandeling krijgen, wanneer er geen andere classificatie mogelijk is binnen de DSM om een dergelijke aanpak te kunnen indiceren.

De achterliggende vraag of de classificatie of diagnose ADHD te vaak (of te weinig) wordt gesteld, is niet simpel te beantwoorden. Er is enig onderzoek uit de VS, maar door de grote verschillen in gezondheidszorg is dit niet goed te extrapoleren naar Nederland. De reeds genoemde studie van Tick et al. laat zien dat aandachts- en externaliserende gedragsproblematiek in populatie onderzoek op zich geen dramatische toename laat zien in de jaren 1983-2003.

Verder kan een aantal soorten 'misclassificatie' optreden:

- Kinderen krijgen ten onrechte niet de juiste diagnose (bijvoorbeeld ADHD).
- Er wordt niet voldaan aan de volledige criteria voor ADHD, maar desondanks wordt toch gesproken van ADHD.

- De diagnose is niet correct gesteld, maar er is wel sprake is van andere problematiek die evenzeer behandeling behoeft. Hierbij bestaat het risico op onjuiste behandeling (bijvoorbeeld met medicatie).
- De diagnose ADHD is een onderdeel van complexere problematiek. Maar waar de ADHD de meest herkenbare vlag is om de lading te dekken.

De classificatie ADHD is overigens niet indicatief voor de mate van ernst. Een kind waarbij aan de volledige criteria voor ADHD wordt voldaan kan beter functioneren dan een kind zonder de volledige classificatie, maar waar wel enkele zeer hinderlijke kenmerken van ADHD aanwezig zijn.

2. **Welke beroepsinhoudelijke eisen kunnen worden gesteld aan het indiceren en initiëren van ADHD-medicatie?**
    a. **Voldoen 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 is de multidisciplinaire samenwerking en benodigde competenties hiervoor opgenomen. 'Signalering, diagnostiek en behandeling van ADHD zal over het algemeen een multidisciplinaire taak zijn. Om het proces van S-D-B voor de patiënt snel en optimaal te laten verlopen is onderlinge afstemming en samenwerking van verschillende disciplines een voorwaarde.' Daarnaast wordt er in de richtlijn aangegeven dat samenwerking met school, ouders/gezin en aanpalende hulpverlening van groot belang is. In de voorgenomen herziening van richtlijn zal dit eveneens een belangrijk en veelomvattend onderwerp zijn.

Het proces dat leidt tot het voorschrijven van medicatie omvat de diagnostiek en vervolgens de (brede) indicatiestelling voor behandeling, waarbinnen de indicatiestelling voor medicatie een onderdeel is. Vervolgens vindt het bepalen van de veiligheid en contra-indicaties voor medicatie en de titratie op een adequate dosering plaats. Deze laatste stappen zijn als initiëren van medicatie te beschouwen. Ten slotte is ook de follow-up van belang, bestaande uit het monitoren van bijwerkingen en effect, en de herhaalreceptuur.
In 2004 is een rapport uitgebracht over een onderzoek dat in opdracht van het College van Zorgverzekeringen (CVZ) is gedaan door de afdeling Farmaco-epidemiologie van de Rijksuniversiteit Groningen (RUG) en het Academisch centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het UMCG[4]. Bij dit onderzoek werden ouders en voorschrijvers benaderd naar aanleiding van voorschriften van ADHD-medicatie. Een aantal cijfers hieruit zijn wellicht nuttig; medicatie werd in circa 60% van de gevallen door een kinder- en jeugdpsychiater geïnitieerd, en in 30% door een kinderarts. Huisartsen verzorgden de vervolgreceptuur in 60% van de gevallen. Zorgelijk was, dat 20% van eenmaal ingestelde kinderen geen medische follow-up kreeg.

[4] A. Faber et al. 2004, Het voorschrijven en gebruik van psychostimulantia bij kinderen in Nederland: gegevens uit de praktijk. Onderzoek in opdracht van de commissie BOG van het College van Zorgverzekeringen.

Voor de diagnostiekfase en de brede indicering van behandeling zijn andere vereisten aan de orde dan voor initiëren en de follow-up van medicamenteuze behandeling. De kinder- en jeugdpsychiatrische discipline, dan wel de multidisciplinaire kinder- en jeugdpsychiatrische teams kunnen bekwaam worden verondersteld om het gehele proces te kunnen leveren. Samenwerking tussen disciplines en goede werkafspraken zijn vereist voor andere (combinaties van) disciplines.
Voor de eerste stappen kunnen ook sommige kinderartsen en kinderneurologen mits met expertise bekwaam worden geacht, en mits in vaste samenwerkingsrelatie met psychologische of pedagogische discipline. Dit om de noodzakelijke psychologische diagnostiek en behandelmogelijkheden laagdrempelig te kunnen garanderen.
Voor het initiëren van medicatie in engere zin kunnen kinderartsen en kinderneurologen bij uitstek bekwaam zijn, juist ook bij kinderen met somatische comorbiditeit (bijvoorbeeld epilepsie), al vereist een goede beoordeling van het effect ook hier specifieke expertise met betrekking tot gedrag en ADHD. Enkele huisartsen zullen bij uitzondering, op basis van brede samenwerking en expertise, bekwaam zijn voor de eerste stappen van dit proces. Voor de follow-up kunnen zij wel degelijk een rol van belang spelen, mits er vaste en laagdrempelige samenwerking is met de GGZ. Dit om eventuele veranderingen in de problematiek of eventuele nieuwe pedagogische behandelvragen snel te kunnen doorgeleiden. Bij de herhaal receptuur speelt de huisarts van oudsher een belangrijke rol, waarbij de huisarts ook de eerste (acute) vragen omtrent bijwerkingen en juist gebruik zal kunnen afhandelen.

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 Nederlandse multidisciplinaire richtlijn uit 2005 is er geen afbakening of meetbaar criterium voor ernst vastgesteld. Ook in richtlijnen uit andere landen wordt geen meet-of toetsbaar afkappunt voor de mate van ernst genoemd. De reden hiervoor is dat ADHD slechts een van de te benoemen elementen bij een volledige diagnose is. Intelligentie, predisponerende, luxerende en onderhoudende factoren, evenals gezinsfactoren zijn de andere onderdelen. Uiteraard is het mogelijk om op basis van scores op bijvoorbeeld een symptomen-vragenlijst van ADHD (zoals de AVL) statistische afkappunten voor matig, ernstig of zeer ernstige ADHD symptomatologie vast te stellen. Echter, de mate van beperking is hiermee nog niet gedefinieerd. Immers, een kind kan in één symptoomdomein ernstige symptomen en verder lichte symptomen vertonen (extreem en gevaarlijk impulsief), terwijl een ander kind met matige symptomen over alle domeinen toch hoger scoort. De mate van interferentie met de ontwikkeling, draagkracht en psychopathologie bij ouders en mogelijkheden tot optimaliseren van de omgeving (thuis en op school) zijn tevens factoren bij de beoordeling van de impact van de problematiek van het kind en zijn moeilijk te kwantificeren.

Of er andere interventies moeten worden toegevoegd, is afhankelijk van diverse factoren, onder andere zoals hierboven benoemd. Maar daarnaast zijn deze ook afhankelijk van comorbiditeit en het resultaat van

medicatie. In de reeds geciteerde studie van A. Faber et al (2004) komt naar voren dat bij circa 60% van de gebruikers van stimulantia niet-medicamenteuze interventies worden toegevoegd.

Er bestaat geen ADHD waarbij geen behandeling nodig is. Immers, voor het stellen van de diagnose is er het vereiste dat er beperkingen moeten zijn in één of meer domeinen (thuis, school, of in het derde milieu). En wanneer er beperkingen zijn is niets doen, gegeven de beschikbare wetenschappelijke evidentie, ethisch geen optie. Er bestaat wel evidentie voor het eerst bieden van psycho-educatie en opvoedingsadviezen, in die situaties waarbij de klinische inschatting is dat de ernst van de problematiek en de mogelijkheden om deze te hanteren zich gunstig verhouden. Hierbij is het wel van belang om te monitoren of deze stap voldoende zorg biedt. Het beloop van ADHD kan dusdanig zijn dat een aanvankelijk gunstig beloop uiteindelijk toch niet behouden blijft. Deze groep is bij uitstek 'at risk' voor een slechte outcome[5].

4. a. 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?

In het hierboven reeds geciteerde onderzoek van A. Faber et al (2004), dat een van de weinige bronnen is voor dergelijke informatie, blijkt dat slechts bij 6,8% van de gevallen door de voorschrijver een indicatie volledig buiten het ADHD-spectrum wordt genoemd. Bij 1 op de 8 kinderen werd meer dan één indicatie genoemd voor stimulantia. Wel was bij 1 op de 10 kinderen die gingen starten met medicatie op dat moment nog geen diagnose gesteld.

Er bestaat ook bij andere diagnoses dan ADHD een indicatie voor behandeling met ADHD-medicatie. Diagnoses waarvoor dit primair voor geldt zijn de oppositionele gedragsstoornis (ODD), de agressieve gedragsstoornis (conduct disorder) en tic-stoornissen, zoals het syndroom van Gilles de la Tourette. Met name in die gevallen waarin enkele, maar niet noodzakelijkerwijs alle kenmerken van ADHD aanwezig zijn. Samen vormen zij een vrij omvangrijke groep. Ook bij sommige kinderen met autisme-spectrumproblematiek, verworven hersenletsel en slaap/waakstoornissen is er een indicatie voor dit type middelen. Dit is waarschijnlijk een wat beperktere groep qua omvang. Uitgebreide achtergrond informatie hieromtrent is beschikbaar via het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (www.kenniscentrum-kjp.nl).

Zie eveneens de beantwoording van vraag 1 ten aanzien van de registratie in systemen van de huisarts.

b. Is het eventueel afwijken van de richtlijnen door de eerstelijn in dit geval voldoende kwalitatief geborgd?

Het is derhalve de vraag of er van richtlijnen wordt afgeweken.

[5] Molina et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009 May;48(5):484-500.

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 een MTA follow up studie?

De MTA studie is opgezet om in een cohort van 579 kinderen de effectiviteit van een aantal interventies over een periode van 14 maanden te vergelijken. Op dit punt heeft de MTA belangrijke resultaten opgeleverd. Het design van de MTA studie laat geen vergelijking toe tussen kinderen met ADHD die géén behandeling kregen en kinderen die wel werden behandeld. Tevens was na 14 maanden de periode voorbij waar de interventies verschilden en konden alle kinderen verder naar individueel inzicht behandeld worden. De belangrijkste bevinding van de studie was dat na 14 maanden (en twee jaar) medicatie, mits intensief bewaakt en gecontroleerd, het beste effect gaf op een breed scala van uitkomstmaten. Het effect van medicatie voorgeschreven door artsen in de eigen omgeving was veel slechter.

Ondanks de beperkingen van het design van deze studie, werden ook resultaten gepubliceerd over deze groep kinderen, na afloop van de studie en de interventie zelf. Daarbij is ook een belangrijk deel van de eerste groep afgevallen voor follow-up. Daarom moeten deze *bevindingen met de nodige voorzichtigheid* worden beschouwd.
Eén van de bevindingen in dit kader was dat, nadat de gecontroleerde interventie was afgerond, de groepen na twee jaar niet meer konden worden onderscheiden. Dit betekent dat een intensieve, gecontroleerde interventie geen blijvend effect biedt, als die interventie ophoudt. Dit betekent echter niet, zoals wel eens in de pers is gesteld, dat géén behandeling een gelijk effect zou geven, of dat een intensieve *volgehouden* behandeling geen meerwaarde zou hebben.
Een van de resultaten was ook dat de mate (dosering, duur) waarin een kind in de voorgaande 8 jaar medicatie had gebruikt, geen voorspellende waarde had voor de uitkomst na 8 jaar. Door de opzet van de studie en het descriptieve karakter van de gegevens, zoals eerder beschreven, kan dit echter niet worden omgedraaid in de zin dat medicatie op *groepsniveau* geen meerwaarde heeft. Immers, voor meer dan 80 % van de voorafgaande jaren, en met name de laatste jaren was de beslissing om medicatie te gebruiken afhankelijk van individuele factoren zoals het beloop van de individuele problematiek en de beslissingen van ouders en behandelaars. Zo was 62% van de jongeren inmiddels gestopt met medicatie. En degenen die nog wel medicatie gebruikten, kregen deze vanuit hun lokale arts voorgeschreven. Verder is het mogelijk zo, dat de ernstigste gevallen langduriger, of hoger gedoseerd medicatie kregen, waardoor medicatie gebruik meer als een indicator van ernst, dan als behandelparameter gezien moet worden.

De auteurs stellen[6]: "Thus, although the MTA data provided strong support for the acute reduction of symptoms with intensive medication management, these long-term follow-up data fail to provide support for long-term advantage of medication treatment beyond 2 years for the majority of children, *at least as medication is monitored in community settings*. Decisions about starting, continuing, and stopping medication may have to be made on an individualized basis, avoiding untested assumptions about continuing benefit and using periodic trial discontinuations to check for need and benefit."

---

[6] Molina et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009 May;48(5):484-500.
The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study.

De (door ons) gecursiveerde zin verwijst naar een belangrijke conditie, die ook al in de 14-maanden MTA bevindingen was vastgesteld, dat medicatie voorgeschreven door lokale artsen aanzienlijk minder effectief is. De auteurs stellen met name dat medicatie niet het enige, blind toegepaste middel zou moeten zijn, waar een behandelaar over de jaren op kan vertrouwen. En dat er behoefte is aan nieuwe methodes om de lange termijn prognose van ADHD te verbeteren, omdat er ook na 8 jaar een duidelijk disfunctioneren is bij het gehele cohort op diverse domeinen. In individuele gevallen heeft ook medicatie hier een rol bij. In hetzelfde artikel wordt overigens ook gepleit voor betere strategieën om adolescenten te motiveren voor behandeling met medicatie.

De '2 jaar' die de auteurs noemen, refereert aan de follow-up van deze en eerdere studies binnen het MTA project waarbij effecten nog wel bij 14 maanden en na 2 jaar te zien waren. Maar heeft geen betrekking op een werkzaamheidstermijn van stimulantia op zich.

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-volwassenvorm, op grond van ervaringen bij de leeftijdsgroep jonger dan 18 jaar?

ADHD is een chronische stoornis die in de kindertijd begint en bij de meerderheid niet spontaan overgaat in de volwassenheid; recent onderzoek laat zien dat ADHD zelfs tot op hoge leeftijd blijft voortduren en ernstige problemen kan geven (Michielsen ea, 2012[7]). Het ziektebeeld bij volwassenen is pas sinds ongeveer 20 jaar meer onder de aandacht gekomen. De inschatting is dat de meerderheid van de volwassenen met ADHD nog steeds niet als dusdanig gediagnosticeerd zijn en geen adequate behandeling krijgen. Dit is een slechte zaak, zowel voor de volksgezondheid als voor de nationale economie: het dysfunctioneren van deze onbehandelde patiënten leidt tot economische schade op diverse gebieden (onder andere afgebroken opleidingen, werkverzuim, werkloosheid, echtscheiding, verkeersongevallen, verslavingen, bijkomende depressie, angst- en slaapstoornissen). Als de diagnose ADHD tenslotte wordt vastgesteld bij een volwassene, is het ook tijd om adequate behandeling in te zetten om de klachten te doen afnemen en het functioneren te verbeteren. Het is te verwachten dat met de steeds betere bekendheid (onder patiënten en behandelaars) de diagnose bij volwassenen in de komende jaren vaker gesteld zal worden, en dat het aantal behandelde patiënten verder zal toenemen.
De behandeling van ADHD op volwassen leeftijd omvat vergelijkbare componenten als de behandeling bij kinderen. Dezelfde medicijnen die bij kinderen worden gebruikt zijn ook bij volwassenen effectief. De grote meerderheid van de volwassen ADHD-patiënten die zich op dit moment voor behandeling aanmelden zijn in hun jeugd niet gediagnosticeerd en behandeld. Medicamenteuze behandeling is één van de ingrediënten in de behandeling, naast voorlichting, cognitieve therapie, coaching (praktische hulp bij onder andere het leren plannen en organiseren) en het betrekken van de omgeving. Gezien het chronische beloop van het ziektebeeld, is net zoals bij kinderen langdurige behandeling (en daarmee ook langdurige medicamenteuze behandeling) aangewezen. Hoewel dit nog onvoldoende ondersteund is met longitudinaal onderzoek, geeft de klinische praktijk duidelijke aanwijzingen voor de meerwaarde van langdurige behandeling.

[7] Michielsen M., Semeijn E., Comijs H., Deeg, D.J.H., Beekman A., Kooij, J.J.S. (submitted, 2012). The prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in older adults in The Netherlands.

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE

Omdat ADHD op kinderleeftijd begint, zou veel secundaire schade kunnen worden voorkomen door patiënten op vroege leeftijd op te sporen en te behandelen. Omdat ADHD een chronische stoornis is, kan niet verwacht worden dat het ziektebeeld bij het bereiken van de volwassenheid in remissie is. Continuïteit van de behandeling met overdracht aan behandelaars van volwassen patiënten is daarom aangewezen. Vanwege de chronische behandelduur is onlangs een initiatief gestart genaamd de 'Levenslooppoli ADHD'. Hier kunnen kinderen, volwassenen en ouderen met ADHD terecht voor zorgvuldige diagnostiek en behandeling. Om de omvangrijke populatie met ADHD adequaat te kunnen blijven behandelen zal de behandeling kortdurend intensief zijn als het moet, maar bijvoorbeeld tijdens betere episoden alleen bestaan uit zelfmonitoring via e-health.

De beantwoording van de vragen brengt ons tot slot tot een ander punt wat wij graag nogmaals willen benadrukken. De voorgenomen overheveling van de jeugdzorg (inclusief de kinder- en jeugdpsychiatrie) naar de gemeenten zal onder andere als consequentie hebben, dat de noodzakelijke psychiatrische expertise, zoals onder andere in deze brief is beschreven, zal verdwijnen. De onmisbare banden met andere medisch specialismen en wetenschappelijk onderzoek zullen afzwakken en specifieke zorg voor kinderen met ADHD zal niet meer voor ieder kind toegankelijk zijn.

Wij hopen u door middel van de uitgebreide beantwoording van de door u gestelde vragen te hebben voorzien van de benodigde informatie. Graag willen we hierbij benadrukken dat de NVvP uitermate bereid is om u en uw ministerie waar nodig van aanvullende informatie te voorzien of hierover met u in gesprek te gaan. De NVvP onderschrijft het belang van het herzien van de vigerende richtlijn op korte termijn, dit in samenwerking met de eerder genoemde partijen. Het belang van de patiënt in samenhang met de verbetering van de kwaliteit en efficiëntie van de geleverde zorg, zijn hierbij prioriteit.

Hoogachtend,
Namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie,

Prof. Dr. R.J. van der Gaag
Voorzitter

Cc.: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
Nederlands Huisartsen Genootschap
De heer E. Memeo, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

bezoekadres Mercatorlaan 1200, Utrecht *postadres* Postbus 20062, 3502 LB Utrecht
telefoon 030 282 33 03 *fax* 030 288 84 00 *email* info@nvvp.net *website* www.nvvp.net