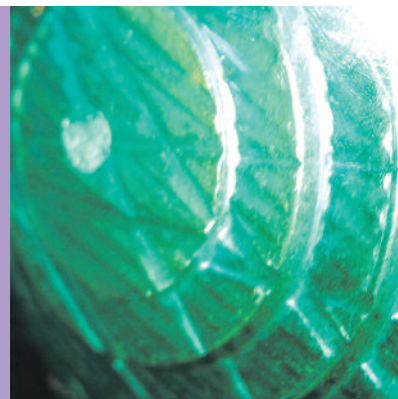
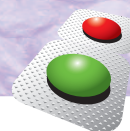


FTO-module



ADHD bij kinderen

Werkmateriaal voor een FTO-bijeenkomst



Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik

Colofon

Auteur

drs. Henriëtte van der Kwaak-van Hout, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik

Met medewerking van

dr. Mariëlle van Avendonk, huisarts n.p., NHG

Marloes Dankers, apotheker, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik

Marjolijn Hugenholtz, huisarts, NHG

Karin de Leest, apotheker, KNMP

dr. Marjorie Nelissen-Vrancken, apotheker, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik

dr. Delia Titre, apotheker, KNMP

Illustratie

Len Munnik

november 2014

Deze FTO-module is ontwikkeld door het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik in samenwerking met KNMP en NHG.

Wij hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan deze uitgave. Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik is niet aansprakelijk voor directe of indirecte schade die het gevolg is van het gebruik van de informatie die door middel van deze uitgave is verkregen. Niets uit deze uitgave mag worden gebruikt zonder vooraf verkregen toestemming.

Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
Postbus 3089, 3502 GB Utrecht
Churchillaan 11, 3527 GV Utrecht
tel 0888 800 400
info@medicijngebruik.nl www.medicijngebruik.nl





Materiaal voor een FTO over ADHD bij kinderen

- 4 Inleiding
- 5 Doel
- 5 Toelichting
- 5 Programma
- 6 Uitvoering

Bijlagen

- 8 1 Handleiding prescriptiecijfers
- 12 2A Kennistoets
- 13 2B Antwoorden kennistoets
- 15 3A Casuïstiek voor de huisarts
- 22 3B Casuïstiek voor de apotheker
- 27 3C Toelichting casuïstiek
- 33 4 Voorbeeldafspraken
- 34 Literatuur

Materiaal voor een FTO over ADHD bij kinderen

Wij hopen dat deze FTO-module aan uw wensen voldoet. Wij horen het echter graag als u suggesties heeft voor verbetering. Zo kunnen wij onze materialen verbeteren en u de hoogste kwaliteit leveren. Mail uw reactie naar helpdeskfto@medicijngebruik.nl.

Inleiding

Deze module is bedoeld voor huisartsen en apothekers die een FTO-bijeenkomst over ADHD bij kinderen voorbereiden. De module bevat werkvormen voor een bijeenkomst van ongeveer anderhalf uur.

Het programma richt zich op het medicamenteuze beleid bij ADHD bij kinderen. Aan de hand van een kennistoets bespreekt u eerst enkele algemene aspecten over geneesmiddelen bij ADHD. Met behulp van casuïstiek bespreekt u het beleid van de huisartsen en apothekers bij kinderen met ADHD. U gebruikt prescriptiecijfers om te beoordelen of het voorschrijfgedrag van de huisartsen overeenkomt met de aanbevelingen in de NHG-standaard *ADHD bij kinderen* (2014). Tot slot sluit u de bijeenkomst af met het maken van afspraken over het beleid bij kinderen met ADHD.

Voor meer inhoudelijke achtergrondinformatie verwijzen wij u naar de literatuur zoals die vermeld staat in de literatuurlijst achter in deze uitgave.

Deze module bespreekt vooral de (medicamenteuze) behandeling van ADHD. Informatie over het volledige beleid in de huisartsenpraktijk bij kinderen met druk en onoplettend gedrag vindt u in de NHG-standaard *ADHD bij kinderen* (2014). Over de inhoud van deze standaard heeft het NHG een Programma voor Individuele Nascholing gemaakt getiteld 'ADHD bij kinderen'.

In de nascholing 'ADHD bij kinderen en volwassenen' die het IVM samen met PAO Farmacie verzorgt, komen zowel de diagnostiek en behandeling van ADHD aan de orde. Informatie over deze nascholing vindt u op www.medicijngebruik.nl en www.paofarmacie.nl.



Een FTO-bijeenkomst over ADHD bij kinderen

TIP

Maak gebruik van het Medicijnjournaal in het FTO. Het audiovisuele Medicijnjournaal praat u in ongeveer 10 minuten bij over de laatste ontwikkelingen op het gebied van nieuwe geneesmiddelen. Aan de journaals werken onder andere het NHG, CBG en Zorginstituut Nederland mee. Bekijk de journaals op www.medicijnbalans.nl/video.

Op de website van het NHG vindt u een film van 7 minuten over de kernboodschappen van de NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* (2014). Deze film is ook opgenomen in de PowerPoint-presentatie behorend bij deze FTO-module.



Doel

De deelnemers

- ▶ kennen de richtlijnen voor de (medicamenteuze) behandeling van ADHD bij kinderen volgens de NHG-standaard *ADHD bij kinderen* (2014)
- ▶ weten welk effect en welke bijwerkingen ze kunnen verwachten van ADHD-medicatie
- ▶ hebben inzicht in hun eigen voorschrijfbeleid bij ADHD bij kinderen
- ▶ maken gezamenlijke afspraken over de niet-medicamenteuze en medicamenteuze behandeling van ADHD bij kinderen

Toelichting

Van de kinderen onder de 16 jaar voldoet 3 tot 5 procent aan de criteria voor ADHD en bij jongvolwassenen is dit 2 procent. Naar schatting gebruikt 5 procent van alle schoolkinderen een geneesmiddel voor ADHD (NHG-standaard *ADHD bij kinderen*, 2014).

ADHD is volop in de aandacht en wordt vaak afgedaan als modeziekte. Vaak wordt gezegd dat de huidige samenleving te veel verwacht van kinderen en dat artsen daarom (te snel) ADHD-medicatie voorschrijven.

Daarbij is het bewijs voor effectiviteit van de medicatie van lage kwaliteit en zijn de werkzaamheid en veiligheid op lange termijn niet onderzocht (NHG-standaard *ADHD bij kinderen*, 2014). Daarnaast zijn er ook de verhalen van ouders en kinderen die aangeven dat de arts veel eerder met de medicatie had moeten beginnen. 'Ik heb eindelijk een gelukkig kind dat goed kan meekomen op school' is een veelgehoorde opmerking.

Dit alles maakt duidelijk dat een goede diagnosestelling en afweging van het beleid essentieel is. In de praktijk start een kinderarts of kinderpsychiater meestal de medicamenteuze behandeling. Vaak krijgt de huisarts het verzoek om deze behandeling te continueren. Volgens de NHG-standaard *ADHD bij kinderen* (2014) kan de huisartsenvoorziening vanaf de leeftijd van 6 jaar ook zelf de diagnostiek doen en de behandeling van ADHD inzetten. Hierbij moet aan meerdere voorwaarden voldaan worden, zoals aanwezigheid van voldoende kennis en expertise en samenwerking en afstemming met andere behandelaren.

Medicatie kan een onderdeel zijn van de behandeling van ADHD, maar is nooit de enige vorm van behandeling. Wanneer de huisarts de medicatie start, maakt hij gebruik van een stappenplan. Hij houdt hierbij rekening met een aantal specifieke aandachtspunten zoals een juiste dosering, het tijdstip van de laatste dosering, therapietrouw en de duur van de behandeling. Vanaf de puberteit vergt misbruik van de medicatie extra aandacht.

Programma

- | | |
|------------|-------------------|
| 5 minuten | Inleiding en doel |
| 15 minuten | Kennistoets |
| 45 minuten | Casuïstiek |
| 10 minuten | Eigen beleid |
| 10 minuten | Afspraken |
| 5 minuten | Afsluiting |

Uitvoering

Apothekers en huisartsen die meer werk willen maken van professionalisering van het FTO, kunnen hierbij ondersteuning krijgen van het IVM. Voor meer informatie zie www.medicijngebruik.nl. U vindt hier onder andere informatie over de FTO-nieuwsbrief en het handboek FTO, met tips over de agenda, voorbereiding, taakverdeling, voorzittertips en een verslagformulier.

Voor de bijeenkomst

- ▶ Bereid de bijeenkomst drie à vier weken van tevoren voor (huisarts en apotheker samen). Bekijk het programma en de werkwijze van de bijeenkomst en maak afspraken over de taakverdeling tijdens de bijeenkomst.
- ▶ Bestudeer de materie. Maak hierbij gebruik van de NHG-standaard *ADHD bij kinderen* (2014), bijlagen 2B en 3C en de literatuurlijst.
- ▶ Voor het verkrijgen van inzicht in het medicamenteuze beleid in de praktijk van de individuele huisartsen van de FTO-groep maakt u gebruik van prescriptiecijfers. Besluit of u gebruik wilt maken van prescriptiegegevens afkomstig van de apotheek of van de huisarts. In bijlage 1 beschrijven we welke gegevens in dit kader zinvol zijn en hoe u die kunt genereren.
- ▶ Stuur uiterlijk twee à drie weken voor de FTO-bijeenkomst bijlage 1 naar de huisartsen en/of apotheker(s) met het uitdrukkelijke verzoek de gegenereerde cijfers uiterlijk een week voor de FTO-bijeenkomst terug te sturen.
- ▶ Maak van de prescriptiecijfers grafieken voor het FTO. Gebruik daarbij de instructies van bijlage 1.
- ▶ Stuur uiterlijk een week voor de bijeenkomst een uitnodiging voor het FTO met de agenda naar alle deelnemers. Nodig - indien aanwezig - ook de praktijk-ondersteuner GGZ uit.
- ▶ Bekijk de PowerPoint-presentatie behorend bij deze FTO-module en pas deze zo nodig aan.
- ▶ Kopieer bijlage 3A voor alle huisartsen, 3B voor de apotheker(s) en bijlage 2A, 2B en 3C en de grafieken voor alle deelnemers.
- ▶ Print voor alle deelnemers een exemplaar van de Schengen-verklaring en een Engelstalige medische verklaring. U kunt deze vinden op www.farmatec.nl via 'Geneesmiddelen mee op reis' door achtereenvolgens een Schengenland (bijvoorbeeld Italië) en een niet Schengenland (bijvoorbeeld China) te selecteren.

Tijdens de bijeenkomst

Inleiding en doel (5 min)

- ▶ Leid de bijeenkomst in met behulp van de tekst onder 'Doel' en 'Toelichting'. Gebruik hierbij de film van het NHG over de kernboodschappen van de NHG-standaard *ADHD bij kinderen* (2014).



Kennistoets (15 min)

- Deel de kennistoets uit (bijlage 2A). Vraag de deelnemers de vragen individueel te beantwoorden in maximaal vijf minuten.
- Bespreek de antwoorden op de kennistoets aan de hand van bijlage 2B. Deel bij de beantwoording van vraag 4 de voorbeelden van de Schengen-verklaring en de Engelstalige medische verklaring uit.
- Noteer eventuele verbeterpunten op flap-over.

Casuïstiek (45 min)

- Deel de casuïstiek van bijlage 3A (huisartsen) en 3B (apothekers) uit en laat de deelnemers individueel de vragen beantwoorden in vijf tot tien minuten.
- Bespreek de casus door bij elke vraag een deelnemer naar zijn antwoord te vragen. Vraag vervolgens de overige deelnemers naar afwijkende antwoorden. Maak bij het bespreken ook gebruik van de toelichting op de casus (bijlage 3C).
- Laat de deelnemers naar aanleiding van de discussie verbeterpunten benoemen. Noteer deze op flap-over.

Eigen beleid (10 min)

- Presenteer de grafieken. Bespreek de onderlinge verschillen en ga na in welke mate de deelnemers voorschrijven volgens de adviezen in de NHG-standaard *ADHD bij kinderen* (2014).
- Laat de huisartsen aangeven waarom zij (eventueel) afwijken en welke problemen zij ervaren met het volgen van het beleid in de NHG-standaard.
- Laat de deelnemers verbeterpunten benoemen. Noteer deze op flap-over.

Afspraken (10 min)

- Herhaal kort de genoteerde verbeterpunten. Laat de deelnemers aangeven welke verbeterpunten zij (als eerste) willen aanpakken en welke resultaten zij hiermee willen bereiken.
- Formuleer de beoogde resultaten volgens de SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden) principes. Zie bijlage 4 voor voorbeelden van afspraken en resultaatdoelstellingen.

Afsluiting (5 min)

- Laat alle deelnemers hun leermomenten en persoonlijke voornemens benoemen.
- Neem de gezamenlijke afspraken en persoonlijke voornemens op in het verslag.
- Spreek af hoe u de gemaakte afspraken gaat evalueren.
- Stel een datum vast voor de evaluatie van de afspraken. Een voorbeeldprogramma voor de evaluatie vindt u terug in het kader 'Voorbeeld evaluatieprogramma'.
- Deel bijlage 2B en 3C uit.
- Sluit de bijeenkomst af.

Bedenk dat afspraken de meeste kans van slagen hebben als ze behapbaar zijn en relatief eenvoudig praktisch uitvoerbaar. Maak niet te veel afspraken en houd ze concreet.

Voorbeeld evaluatieprogramma

Gemaakte afspraken (10 min)

- Presenteer de gemaakte afspraken kort.
- Vraag de deelnemers naar hun ervaringen (succesfactoren en knelpunten).
- Controleer of de resultaatdoelstellingen zijn behaald.

Knelpunten (10 min)

- Inventariseer de knelpunten bij niet nagekomen resultaatdoelstellingen.
- Bedenk oplossingen voor de gevonden knelpunten.
- Bepaal of de afspraken moeten worden bijgesteld.

Vaststellen nieuwe afspraken (5 min)

- Formuleer nieuwe afspraken en doelstellingen.

Afsluiting (5 min)

- Stel een datum vast voor de evaluatie van de nieuwe afspraken.
- Neem alle afspraken op in het verslag.

Bijlage 1

Handleiding prescriptiecijfers

Bij het genereren van gegevens uit HIS of AIS kunt u gebruik maken van standaardscripts of een rapport-generator, bijvoorbeeld MuSQLe, Crystal Reports of Q-module. Ook is het mogelijk gebruik te maken van een aanvullend zorgprogramma (zoals NControl, WeCare of MijnBrocef) of een applicatieprogramma (zoals AFTO4Win van Paracletos of ADA4Care van IMS).

Instructies voor de voorbereiders

Voor een FTO over ADHD bij kinderen zijn prescriptiecijfers die antwoord geven op de volgende vragen relevant:

1. Hoeveel kinderen tussen 6 en 18 jaar met ADHD gebruiken medicatie?
2. Welke medicatie gebruiken kinderen tussen 6 en 18 jaar met ADHD?
3. Welke medicatie schrijft de huisarts voor bij nieuwe patiënten met ADHD tussen de 6 en 18 jaar?

Bij het beantwoorden van vraag 1 kunt u alleen gebruik maken van het huisartsensysteem (HIS). De apotheek heeft immers geen informatie over kinderen met ADHD zonder medicatie. Een belangrijke voorwaarde bij gebruik van gegevens uit het HIS is dat de huisartsen ICPC coderen en dat ze op de juiste wijze de verschillende ICPC-codes toepassen. Daarnaast moeten de huisartsen ook kinderen coderen die alleen onder behandeling van een specialist zijn.

Voor het beantwoorden van de vragen 2 en 3 kunt u gebruik maken van gegevens uit het HIS of het apotheeksysteem (AIS). Afhankelijk van de mogelijkheden in uw FTO beslist u welke gegevensbron u gebruikt voor het verzamelen van de gegevens.

SFK Select

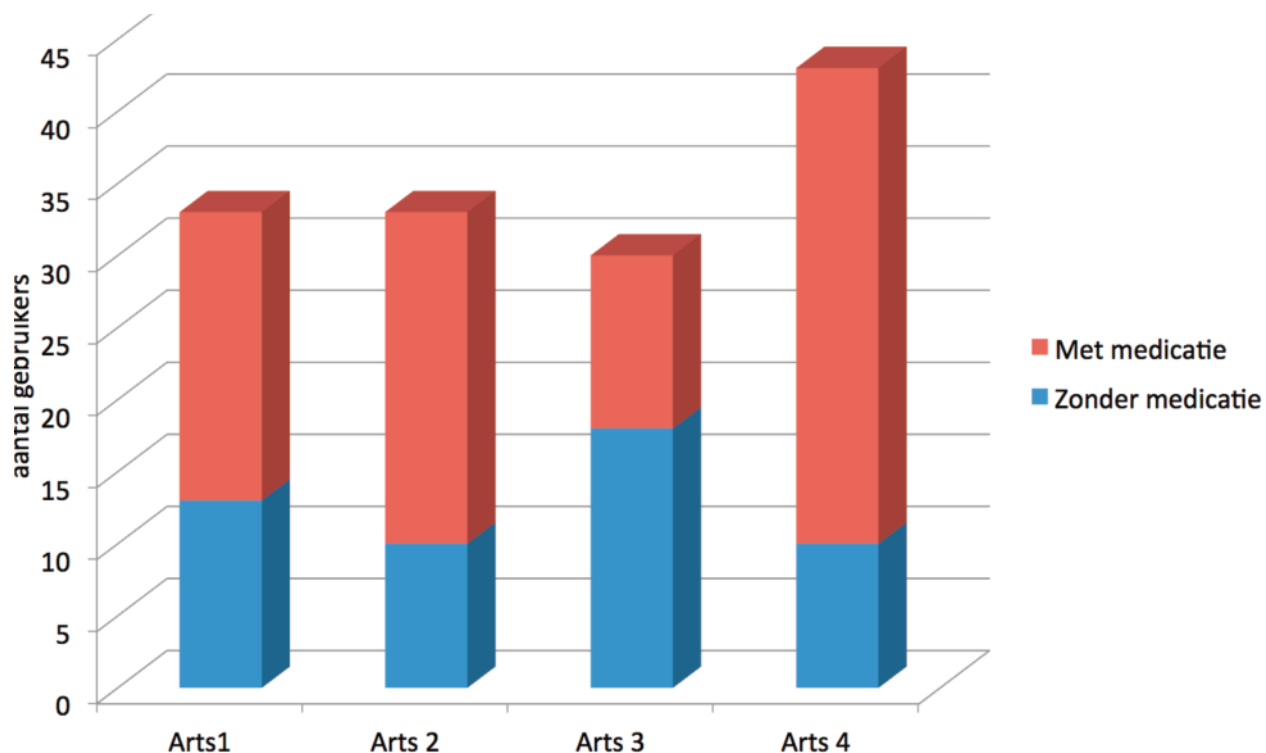
De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) werkt aan kant-en-klare selecties in SFK Select, het programma waarmee apothekers eigen apotheekcijfers kunnen opvragen en vergelijken met regionale en landelijke kengetallen. De SFK werkt - indien mogelijk - ook aan kant-en-klare selecties die aansluiten op de benodigde voorschrijfgegevens voor dit FTO over ADHD.

Na het verzamelen van de afzonderlijke gegevens maakt u de grafieken, bijvoorbeeld in Excel. Hieronder vindt u voorbeeldgrafieken. Indien de gegevens afkomstig zijn van meerdere apotheken, dient u de afzonderlijke gegevens per huisarts te combineren. De gegevens behorende bij vraag 2 en 3 kunt u verwerken in een gecombineerde grafiek.

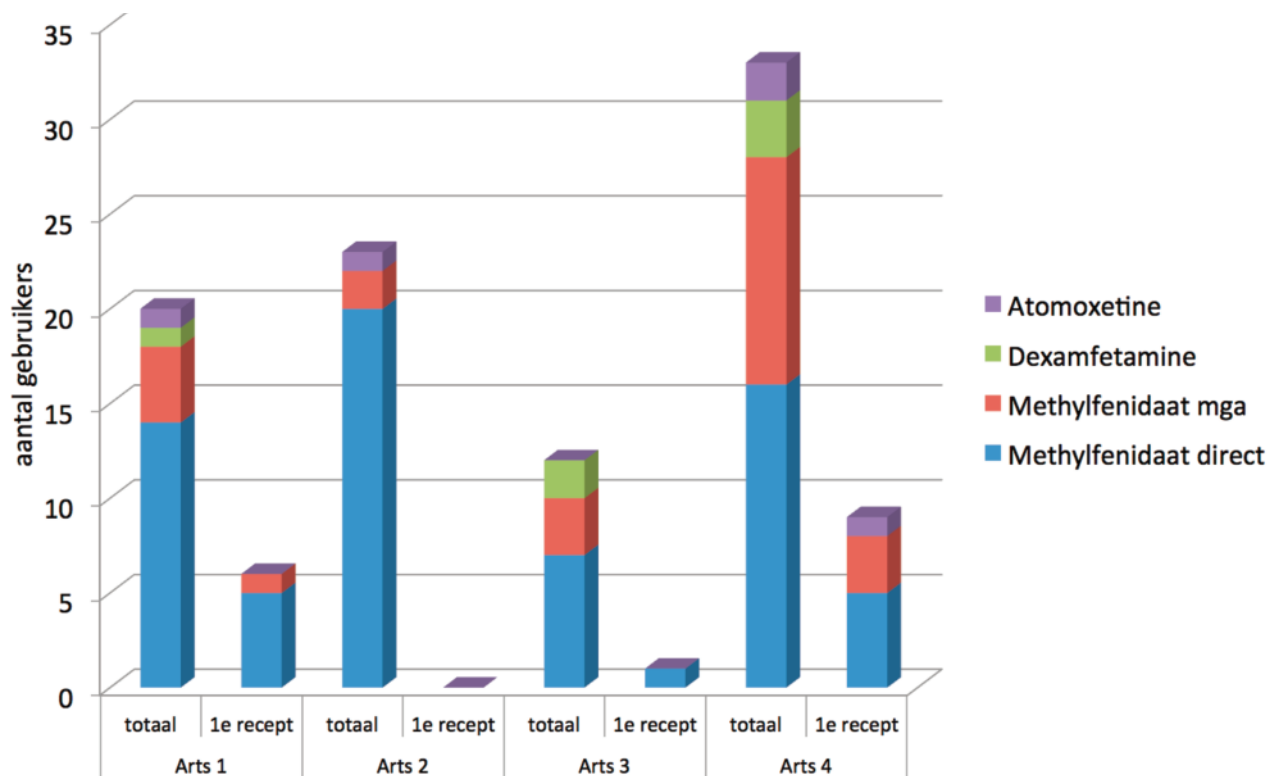
Wanneer u een vraag heeft over het verkrijgen van gegevens en het maken van de grafieken, kunt u contact opnemen met de helpdesk 'cijfers' van het IVM via helpdeskcijfers@medicijngebruik.nl.

Voorbeeldgrafieken

Voorbeeldgrafiek 1 Patiënten met ADHD met en zonder medicatie



Voorbeeldgrafiek 2 Keuze ADHD-medicatie bij bestaande en nieuwe gebruikers



Instructies voor huisartsen en apothekers

Via het HIS

Vraag 1: Hoeveel kinderen tussen 6 en 18 jaar met ADHD gebruiken medicatie?

- ▶ Selecteer alle patiënten tussen 6 en 18 jaar met ICPC-code P20 (geheugen-/concentratie-/oriëntatiestoornis) of ICPC-code P21 (overactief kind/hyperkinetisch syndroom).
- ▶ Bepaal het totaal aantal patiënten.
- ▶ Bepaal het aantal patiënten met en zonder medicatie voor ADHD.
- ▶ Stuur de aantallen op naar de voorbereiders van het FTO.

Zie tabel 1 voor relevante ATC-codes.

Vraag 2: Welke medicatie gebruiken kinderen tussen 6 en 18 jaar met ADHD?

- ▶ Selecteer alle gebruikers tussen 6 en 18 jaar van medicatie voor ADHD in het afgelopen jaar.
- ▶ Bepaal het aantal gebruikers van methylfenidaat direct werkend, methylfenidaat met gereguleerde afgifte, dexamfetamine en atomoxetine.
- ▶ Stuur de informatie op naar de voorbereiders van het FTO.

Zie tabel 1 voor relevante ATC- en GPK-codes.

Vraag 3: Welke medicatie schrijft de huisarts voor bij nieuwe patiënten met ADHD tussen de 6 en 18 jaar?

- ▶ Selecteer alle nieuwe gebruikers tussen 6 en 18 jaar van medicatie voor ADHD in het afgelopen jaar, bij wie u de initiator van het voorschrift bent.
- ▶ Bepaal uit deze groep het aantal nieuwe gebruikers van methylfenidaat direct werkend, methylfenidaat met gereguleerde afgifte, dexamfetamine en atomoxetine.
- ▶ Stuur de informatie op naar de voorbereiders van het FTO.

Zie tabel 1 voor relevante ATC- en GPK-codes.

Nieuwe gebruiker = gebruiker aan wie in het afgelopen jaar geen medicatie voor ADHD is verstrekt.

Via het AIS

Vraag 2: Welke medicatie gebruiken kinderen tussen 6 en 18 jaar met ADHD?

- ▶ Selecteer per huisarts alle gebruikers tussen 6 en 18 jaar met medicatie voor ADHD in het afgelopen jaar.
- ▶ Bepaal per huisarts het aantal gebruikers van methylfenidaat direct werkend, methylfenidaat met gereguleerde afgifte, dexamfetamine en atomoxetine.
- ▶ Stuur de informatie op naar de voorbereiders van het FTO.

Zie tabel 1 voor relevante ATC- en GPK-codes.

Vraag 3: Welke medicatie schrijft de huisarts voor bij nieuwe patiënten met ADHD tussen de 6 en 18 jaar?

- ▶ Selecteer per huisarts alle nieuwe gebruikers tussen 6 en 18 jaar van medicatie voor ADHD in het afgelopen jaar, bij wie de huisarts de initiator van het voorschrift is.
- ▶ Bepaal uit deze groep per huisarts het aantal nieuwe gebruikers van methylfenidaat direct werkend, methylfenidaat met gereguleerde afgifte, dexamfetamine en atomoxetine.
- ▶ Stuur de informatie op naar de voorbereiders van het FTO.

Zie tabel 1 voor relevante ATC- en GPK-codes.

Nieuwe gebruiker = gebruiker aan wie in het afgelopen jaar geen medicatie voor ADHD is verstrekt.

Tabel 1 Relevante ATC- en GPK-codes	
Geneesmiddel	ATC-code
dexamfetamine	NO6BA02
methylfenidaat	N06BA04
atomoxetine	NO6BA09
Geneesmiddel	GPK-code
methylfenidaat direct werkend	8354 + 123668 + 127264 + 144932 + 145106 + 145114 + 145130 + 145149
methylfenidaat met geregleerde afgifte	116734 + 117560 + 126489 + 126497 + 126500 + 127086 + 129798 + 130354 + 141739 + 141836 + 145637 + 145645 + 145653 + 145661 + 145688 + 145696 + 145726 + 145734 + 151734



Kennistoets

1. Methylfendiaat werkt verslavend bij kinderen met ADHD.
☐ *juist*
☐ *onjuist*
2. Langwerkende preparaten met methylfenidaat zijn onderling uitwisselbaar.
☐ *juist*
☐ *onjuist*
3. Alle ADHD-medicatie valt onder de Opiumwet.
☐ *juist*
☐ *onjuist*
4. Wanneer de apotheek een volledig Engelstalig geneesmiddelenpaspoort verstrekt, heeft de patiënt geen andere documenten nodig om methylfenidaat legaal mee te nemen naar het buitenland.
☐ *juist*
☐ *onjuist*
5. Gebruikers van methylfenidaat mogen geen auto rijden.
☐ *juist*
☐ *onjuist*

Bijlage 2B

Antwoorden kennistoets

De antwoorden op deze kennistoets zijn vooral gebaseerd op de NHG-standaard *ADHD bij kinderen* (2014). Waar een andere bron is gebruikt, is dit aangegeven.

Let op!

Dit betekent dat ook bij patiënten die rapid metabolizer voor methylfenidaat zijn, na enkele uren alsnog medicatie vrij komt.

1. Methylfenidaat werkt verslavend bij kinderen met ADHD.

Onjuist

Methylfenidaat is een centraal stimulerend middel dat qua structuur en farmacologische werking verwant is aan amfetamine. Hoewel methylfenidaat vanwege de kans op afhankelijkheid en misbruik valt onder de Wet op de verdoevende middelen, is bij normaal gebruik bij ADHD geen neiging tot afhankelijkheid aangetoond.

2. Langwerkende preparaten met methylfenidaat zijn onderling uitwisselbaar.

Onjuist

Alle tabletten en capsules methylfenidaat met gereguleerde afgifte geven hun inhoud in twee fasen af. De eerste fase wordt direct afgegeven waardoor een piekconcentratie ontstaat na 1 tot 2 uur. Het percentage dat in deze eerste fase vrijkomt, verschilt per preparaat. Het resterende gedeelte komt vertraagd vrij. De werkingsduur en piekconcentratie verschillen per preparaat. Met uitzondering van Concerta en generiek methylfenidaat mga zijn de preparaten dus niet uitwisselbaar (zie tabel 2).

Tabel 2 Preparaten met methylfenidaat

Preparaat	Sterkte	Werkingsduur	Afgifte	Tmax
Zonder gereguleerde afgifte				
methylfenidaat, Medikinet®, Ritalin®	5-10-20 mg	3 – 5 uur	100% direct	1 - 2 uur*
Met gereguleerde afgifte				
methylfenidaat mga, Concerta®	18-27-36-54 mg	12 uur	22% direct 78% verlengde afgifte	6 – 8 uur*
Equasym XL®	10-20-30-40-50 mg	8 uur	30% direct 70% verlengde afgifte	4,5 uur
Medikinet CR®	5-10-20-30-40 mg	8 uur	50% direct 50% verlengde afgifte	3-7 uur**

*De exacte Tmax verschilt per patiënt

**Na 3 uur ontstaat een plateaufase die ongeveer 4 uur aanhoudt

Gebruikte bronnen: Farmacotherapeutisch Kompas, Kennisbank KNMP, www.cbg-meb.nl (SmPC-teksten)

3. Alle ADHD-medicatie valt onder de Opiumwet.

Onjuist

Alleen methylfenidaat en dexamfetamine vallen onder de Opiumwet. Atomoxetine heeft een ander werkingsmechanisme en is geen psycho-stimulans. Atomoxetine valt daarom niet onder de Opiumwet (wetten.overheid.nl/BWBR0001941). Overigens is dexamfetamine niet geregistreerd voor de behandeling van ADHD en kan een arts dit product dus alleen off-label voorschrijven.

TIP

Spreek af wie de patiënt informeert over de noodzaak van een reisverklaring bij een reis naar het buitenland.

4. Wanneer de apotheek een volledig Engelstalig geneesmiddelpaspoort verstrekt, heeft de patiënt geen andere documenten nodig om methylfenidaat legaal mee te nemen naar het buitenland.

Onjuist

Het geneesmiddelpaspoort kan dienen als ondersteuning bij de benodigde verklaringen, maar vervangt deze niet.

- ▶ Voor het reizen naar Schengenlanden met geneesmiddelen die onder de Opiumwet (in dit geval dus methylefenidaat en dexamfetamine) vallen, is een Schengenverklaring nodig. De voorschrijvend arts moet deze ondertekenen.
- ▶ Voor niet-Schengenlanden is voor deze middelen een Engelstalige medische verklaring nodig. De voorschrijvend arts moet deze invullen en ondertekenen.

De patiënt moet de verklaringen opsturen naar Farmatec. Deze controleert de verklaringen op volledigheid en echtheid. Ook controleert Farmatec de inschrijving van de arts in het BIG-register. Als alles in orde is, wordt het document gewaarmerkt, gelegaliseerd en geretourneerd.

Reist de patiënt naar een niet Schengenland, dan zijn er vaak nog andere documenten nodig. Welke dit zijn, hangt af van het land. Meer informatie hierover vindt u in de brochure 'Geneesmiddelen op reis' die u kunt downloaden van www.farmatec.nl.

5. Gebruikers van methylfenidaat mogen geen auto rijden.

Onjuist

Methylfenidaat is een categorie I geneesmiddel. Mensen die dit middel gebruiken mogen een voertuig besturen tenzij ze last hebben van bijwerkingen als nervositeit, slaperigheid, angst en duizeligheid (wetten.overheid.nl/BWBR0011362; KNMP Kennisbank). Hetzelfde geldt voor atomoxetine, dat ook een categorie I geneesmiddel is. Dexamfetamine is een categorie II geneesmiddel. De patiënt mag de eerste paar dagen van het gebruik van dit middel niet autorijden. Na een paar dagen mag de patiënt weer rijden, tenzij hij last heeft van bijwerkingen als nervositeit, slaperigheid, angst en duizeligheid.

Voor mensen met de diagnose ADHD kan echter een beperking gelden onafhankelijk van de vraag of ze wel of geen medicatie gebruiken. Bij de eerste beoordeling door het Centraal Bureau voor de Rijvaardigheid (CBR) van personen met ADHD moet een onderzoek plaatsvinden door een onafhankelijk specialist met kennis en ervaring op het gebied van ADHD bij volwassenen aan de hand van een checklist met risicofactoren. Daarnaast dient bij een eerste aanvraag van een rijbewijs bij de beoordeling een rijtest met een deskundige op het gebied van de praktische geschiktheid van het CBR plaats te vinden. Het CBR heeft hiervoor een uitvoerig protocol. Afhankelijk van deze resultaten kan het CBR de rijbevoegdheid wel of niet ontzeggen (zie wetten.overheid.nl/BWBR0011362). De huisarts dient de patiënt hierover te informeren.



Bijlage 3A

Casuïstiek voor de huisarts

A1

Bij u op het spreekuur komen Mark Visser en zijn moeder. Mark is 10 jaar en hij is al vaker bij u op consult geweest. Aanleiding voor zijn bezoeken waren problemen op school en gedragsproblemen thuis. Na een uitvoerige anamnese en aanvullend onderzoek is de diagnose 'ADHD zonder psychiatrische comorbiditeit' gesteld. Tijdens dit consult bespreekt u het beleid met Mark en zijn moeder.

Wat is uw initiele beleid? Voert u dit beleid zelf uit, of verwijst u hiervoor? Zo ja, naar wie verwijst u?

A2

U heeft Mark en zijn moeder informatie gegeven over ADHD en tips gegeven hoe hiermee om te gaan. Voor gedragstherapie en ouder- en leerkrachtbegeleiding heeft u verwezen naar een kinder- en jeugdpsycholoog gespecialiseerd in ADHD. Tijdens een controle na een paar maanden trekt u de conclusie dat deze behandeling onvoldoende verbetering oplevert.

Komt medicamenteuze behandeling volgens u in aanmerking? Zo ja, bij wie mag u als huisarts medicatie initiëren?

Welk middel is uw eerste keus bij ADHD? In welke dosering en vorm?

A3

In overleg met Mark, zijn moeder en de psycholoog schrijft u Mark tweemaal daags 5 mg methylfenidaat voor, bij het ontbijt en bij de lunch. U vertelt dat u Mark regelmatig op controle wilt zien en dat u de dosering eventueel zult aanpassen op basis van het effect en de bijwerkingen.

Welke controles voert u uit voordat u methylfenidaat voorschrijft? Welk bijwerkingen kent u van methylfenidaat? Wat legt u in verband met mogelijke bijwerkingen voor de start van de medicatie vast?

Welk effect kan Mark op korte termijn van de medicatie verwachten? En op lange termijn?

Dient u de dosering aan te passen wanneer Mark ouder wordt en toeneemt in gewicht? Wat is de maximale dosering van methylfenidaat?

Welke mogelijkheden heeft u wanneer behandeling met methylfenidaat tot onvoldoende resultaat leidt?

A4

Na een aantal controles blijkt dat Mark en zijn ouders tevreden zijn over het effect van de medicatie. De bijwerkingen vallen erg mee. Wel heeft Mark last van inslaapproblemen. Deze zijn niet afgenomen na een paar weken gebruik. Marks moeder zegt dat ze over melatonine heeft gelezen en vraagt of u dit kunt voorschrijven.

Wat kunt u doen aan deze inslaapproblemen? Wanneer komt melatonine in aanmerking? Wanneer u melatonine voorschrijft, in welke dosering is dat dan?

A5

Inmiddels zijn we een paar jaar verder. Mark is 13 jaar en zit in de brugklas. Het gaat inmiddels niet meer zo goed met Mark. Zijn moeder is onlangs op gesprek geweest op school omdat Mark erg onrustig is en de lessen verstoort. Dit is vooral het geval als Mark een lange schooldag heeft van meer dan 6 uren. Mark gebruikt tegenwoordig tweemaal daags 20 mg methylfenidaat.

Wanneer u doorvraagt, geeft Mark aan dat hij zijn medicatie niet altijd inneemt op school. Hij heeft geen zin in vragen over zijn medicatie en wil dus niet dat zijn vriendjes zien dat hij medicatie gebruikt. Ook wil hij niet altijd wegglijpen om het middel op het toilet in te nemen. Moeder vraagt naar medicatie die langer werkt, zodat Mark het niet op school hoeft in te nemen.

Wat zijn uw mogelijkheden?

A6

In overleg met Mark en zijn moeder schrijft u een langwerkende vorm van methylfenidaat voor.

Welk middel kiest u?

Hoe lang moet Mark methylfenidaat blijven gebruiken?

A7

Inmiddels is Mark 17 jaar en u ziet hem tijdens een controle. U besluit om de mogelijkheid tot afbouwen van methylfenidaat met hem te bespreken. Bij uw vraag of Mark wel eens tabletten overslaat, vertelt hij dat hij ze eigenlijk alleen tijdens de schoolweek gebruikt. In het weekend heeft hij ze niet nodig. Op school kan hij ze extra goed gebruiken, zeker nu de examens voor de deur staan. Maar dat heeft eigenlijk niet met de ADHD te maken zegt Mark. Zijn vrienden zonder ADHD gebruiken ook methylfenidaat om zich beter te kunnen concentreren tijdens de examens.

Hoe denkt u over het gebruik van methylfenidaat om schoolresultaten te verbeteren? Hoe bent u hier alert op?



Bijlage 3B

Casuïstiek voor de apotheker

B1

Mevrouw Visser komt bij u in de apotheek voor een recept voor haar zoon Mark. Hij is 10 jaar en de huisarts heeft vastgesteld dat hij ADHD heeft.

Wanneer komt medicamenteuze behandeling van ADHD volgens u in aanmerking? Bij wie mag de huisarts ADHD-medicatie initiëren?

Welk middel verwacht u dat de huisarts heeft voorgeschreven? In welke dosering en welke vorm?

B2

De huisarts heeft tweemaaldaags 5 mg methylfenidaat voorgeschreven.

Welke contra-indicaties voor het gebruik van methylfenidaat kent u?

Wat vertelt u over de bijwerkingen van methylfenidaat?

Welk effect kan Mark op korte termijn van de medicatie verwachten? En op lange termijn?

Dient de huisarts de dosering aan te passen wanneer Mark ouder wordt en toeneemt in gewicht? Wat is de maximale dosering van methylfenidaat?

Welke mogelijkheden heeft de huisarts wanneer behandeling met methylfenidaat tot onvoldoende resultaat leidt?

Wat kan de huisarts doen aan eventuele inslaapproblemen? Wanneer komt melatonine in aanmerking? In welke dosering?

B3

Inmiddels zijn we een paar jaar verder. Mark is 13 jaar, zit in de brugklas en gebruikt tegenwoordig tweemaal daags 20 mg methylfenidaat. Wanneer Mark zijn met zijn moeder zijn medicatie komt ophalen, merkt u dat hij bijna een maand te laat is. Wanneer u er naar vraagt, blijkt dat Mark zijn medicatie niet altijd neemt op school. Hij heeft geen zin in vragen over zijn medicatie en wil dus niet dat zijn vriendjes zien dat hij medicatie gebruikt. Ook wil hij niet altijd wegglippen om het middel op het toilet in te nemen.

Wat doet u met deze informatie?

B4

U heeft Mark en zijn moeder verteld dat er ook een langwerkende vorm is van het middel dat Mark gebruikt en dat dat misschien beter voor hem is. U heeft ook verteld dat deze langwerkende vorm ook een aantal nadelen heeft en mogelijk bij Mark niet in aanmerking komt.

Op uw advies hebben Mark en zijn moeder dit met de huisarts besproken en een week later komt Mark met een recept voor een langwerkende vorm van methylfenidaat.

Welk middel verwacht u dat de huisarts heeft voorgeschreven?

Hoe lang moet Mark methylfenidaat blijven gebruiken?

B5

Inmiddels is Mark 17 jaar. Hij komt weer een herhaalrecept ophalen. Bij uw vraag hoe Mark zijn medicatie gebruikt, vertelt hij dat hij de tabletten eigenlijk alleen tijdens de schoolweek gebruikt. In het weekend heeft hij ze niet nodig. Op school kan hij ze extra goed gebruiken, zeker nu de examens voor de deur staan. Maar dat heeft eigenlijk niet met de ADHD te maken zegt Mark. Zijn vrienden zonder ADHD gebruiken ook methylfenidaat om zich beter te kunnen concentreren tijdens de examens.

Hoe denkt u over het gebruik van methylfenidaat om schoolresultaten te verbeteren? Hoe bent u hier alert op?



Bijlage 3C

Toelichting casuïstiek

De toelichting op de casuïstiek is vooral gebaseerd op de NHG-standaard *ADHD bij kinderen* (2014) en het Farmacotherapeutisch Kompas. Waar een andere bron is gebruikt, is dit aangegeven.

Voor meer informatie over het geven van voorlichting, begeleiding en gedragstherapie verwijzen we u naar de NHG-standaard *ADHD bij kinderen* (2014).

A1

Wat is uw initiele beleid? Voert u dit beleid zelf uit, of verwijst u hiervoor?

Zo ja, naar wie verwijst u? *Huisarts*

De eerste stap in de behandeling van een kind met ADHD zonder bijkomende psychiatrische aandoening bestaat uit het geven van voorlichting en begeleiding van de ouders en/of de leerkracht. Eventueel stelt u ook gedragstherapie voor het kind voor.

De voorlichting over ADHD bestaat uit het geven van informatie over de aandoening, de mogelijk beïnvloedende factoren, de gevolgen voor het kind en gezin en hoe hiermee om te gaan. U wijst op opvoedingsprincipes die voor alle kinderen gelden: duidelijke grenzen stellen, consequent met gedrag omgaan, time-outs en beloningen geven. De voorlichting richt zich vooral op de ouders, maar het is belangrijk dat u ook het kind betreft. U kunt de hierbij wijzen op de informatie over ADHD op www.thuisarts.nl: Mijn kind heeft ADHD.

De huisarts kan deze behandeling laten plaatsvinden in de huisartsenvoorziening, bijvoorbeeld door een praktijkondersteuner GGZ die bekwaam is in de gedragstherapeutische begeleiding voor jeugdigen. U kunt de gedragsinterventies ook laten uitvoeren door een orthopedagoog of psycholoog buiten de huisartsenvoorziening. Voor de leerkrachtbegeleiding is meestal een orthopedagoog of psycholoog aangewezen.

Bij de start van de behandeling stelt de huisarts samen met de ouders en het kind de te bereiken doelen vast. U kunt hierbij denken aan minder problematisch gedrag (rustiger, meegaander), toename van de concentratie, verbetering van de planning en verbetering van de schoolresultaten. Daarnaast legt u vast hoe u het effect van de behandeling beoordeelt en toetst.

Voorwaarden huisartsenvoorziening

Voorwaarden om het beleid in de huisartsenvoorziening uit te voeren zijn:

- aanwezigheid van voldoende kennis en expertise over ADHD
- aanwezigheid van effectieve begeleidings- en behandelmogelijkheden
- samenwerking met een kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist die ADHD als aandachtsgebied heeft, met een kinder- en jeugdpsychiater, met een kinderarts die ADHD als aandachtsgebied heeft en met een jeugdarts
- periodieke evaluatie van de zorg en van de samenwerking

A2/B1

(Wanneer) komt medicamenteuze behandeling (van ADHD) volgens u in aanmerking? *Huisarts, apotheker*

Zo ja, bij wie mag u als huisarts medicatie initiëren? *Huisarts*

Bij wie mag de huisarts ADHD-medicatie initiëren? *Apotheker*

Als voorlichting, ouder- en leerkrachtbegeleiding en gedragstherapie voor het kind tot onvoldoende verbetering leiden, kan de huisarts in samenspraak met de ouders en het kind medicatie overwegen.

Volgens de NHG-standaard *ADHD bij kinderen* (2014) mag de huisarts starten met de medicamenteuze behandeling bij een kind van 6 jaar of ouder met ADHD zonder psychiatrische comorbiditeit en contra-indicaties. Voorwaarde is dat hij dit doet in samenspraak met de ouders en met de psycholoog of orthopedagoog als het kind daar onder behandeling is. Verder moet hij voldoen aan de voorwaarden die al eerder genoemd zijn voor de behandeling van ADHD in de huisartsenvoorziening (zie kader 'Voorwaarden huisartsenvoorziening'). Voordeel van de behandeling door de huisarts is dat de behandeling dicht bij huis kan plaatsvinden en de huisarts het kind en zijn context vaak al kent. De huisarts start alleen met methylfenidaat en niet met andere medicatie zoals dexamfetamine en atomoxetine. De NHG-standaard *ADHD bij kinderen* (2014) geeft ook aan dat de huisarts de start van de medicatie kan overlaten aan de kinder- en jeugdpsychiater.

Welk middel is uw eerste keus bij ADHD? *Huisarts*

Welk middel verwacht u dat de huisarts heeft voorgeschreven? *Apotheker*

In welke dosering en vorm? *Huisarts, apotheker*

Methylfenidaat is het middel van eerste keus. De huisarts start met een kortwerkend preparaat en gaat uit van tweemaal daags 5 mg of 0,25 tot 0,3 mg per kg lichaamsgewicht per dag in twee doses. De dosis kan afhankelijk van de gewenste behandelduur ook driemaal daags worden gegeven, bijvoorbeeld bij het ontbijt, de lunch en 's avonds. Om inslapstoornissen te voorkomen is het verstandig de laatste dosis niet binnen 4 uur voor bedtijd in te nemen. Als het effect 's avonds te snel verdwijnt en gedragsstoornissen optreden, kan de huisarts een lagere avonddosering voorschrijven. De avonddosering is dan bijvoorbeeld de helft van de twee voorgaande doses.

Langwerkende vormen van methylfenidaat zijn geen eerste keus. Deze middelen worden niet vergoed vanuit de basisverzekering en ook bij een aanvullende verzekering kan een aanzienlijke eigen bijdrage worden gevraagd. Daarnaast is titreren minder eenvoudig.

A3/B2

Welke controles voert u uit voordat u methylfenidaat voorschrijft? Welk bijwerkingen kent u van methylfenidaat? Wat legt u in verband met mogelijke bijwerkingen voor de start van de medicatie vast? *Huisarts*

Welke contra-indicaties voor het gebruik van methylfenidaat kent u? Wat vertelt u over de bijwerkingen van methylfenidaat? *Apotheker*

Voordat de huisarts methylfenidaat voorschrijft, controleert hij of er contra-indicaties voor het gebruik van methylfenidaat bestaan. Contra-indicaties zijn hypertensie, convulsies, glaucoom, cardiale aandoeningen of plotse hartdood in de familie. Als er sprake is van één van deze contra-indicaties, dan verwijst de huisarts naar een kinderarts met ADHD als aandachtsgebied.

De meest voorkomende bijwerkingen van methylfenidaat bij kinderen met ADHD zijn hoofdpijn, verminderde eetlust, gewichtsverlies en inslaapklachten.

- ▶ Hoofdpijn kan een teken zijn dat de medicatie is uitgewerkt. De huisarts kan dan een lang werkend preparaat overwegen. Hoofdpijn kan ook door het middel zelf worden opgewekt. In dat geval is dosisverlaging nodig. Bij hoofdpijn dient de patiënt de medicatie in te nemen tijdens de maaltijd.
- ▶ Bij gewichtsafname (door verminderde eetlust) dient de patiënt de medicatie tijdens of net na de maaltijd in te nemen. De huisarts adviseert ook om tussendoortjes te nemen en voor het slapen extra te eten. Eventueel kan de huisarts overwegen de dosering te verlagen of de medicatie te stoppen in het weekend en in de vakanties.
- ▶ Bij slaapproblemen is het belangrijk om de laatste dosering van de dag te verlagen. Ook kan de laatste inname vervroegd worden naar laat in de middag.

Andere bijwerkingen van methylfenidaat zijn buikpijn, droge mond, duizeligheid, depressie, een verminderd reactievermogen, veranderingen in bloeddruk en hartfrequentie en groeivertraging. De meeste bijwerkingen verminderen één a twee weken na de start en verdwijnen als de dosering wordt verminderd. De huisarts dient bij controles expliciet te vragen naar het effect op de stemming, omdat nogal wat kinderen minder levenslustig worden door methylfenidaat.

Voordat de patiënt met de medicatie start, controleert de huisarts de lengte, gewicht, bloeddruk en hartfrequentie van het kind en legt deze vast. Voor lengte en groei kan dit in een groeidiagram, zie www.tno.nl/groei.

Welk effect kan Mark op korte termijn van de medicatie verwachten? En op lange termijn? *Huisarts, apotheker*

Op korte termijn heeft methylfenidaat bij ongeveer 70 tot 80 procent van de kinderen van 6 tot 15 jaar enig positief effect op het gedrag, de hyperactiviteit of de concentratie (Farmacotherapeutisch Kompas).

De werkzaamheid en veiligheid op lange termijn zijn niet onderzocht. Een verbetering in leerprestaties op de korte en op de lange termijn zijn niet bewezen en evenmin is een langetermijneffect op sociale vaardigheden en zelfvertrouwen aangetoond. De ernst van de gedragskenmerken en de mate van beperking op het moment van de diagnose spelen daarbij een veel belangrijke rol.

Dient u/de huisarts de dosering aan te passen wanneer Mark ouder wordt en toeneemt in gewicht? Wat is de maximale dosering van methylfenidaat? *Huisarts, apotheker*

U past de dosering aan op geleide van werking en bijwerkingen en niet op gewicht. Er zijn aanwijzingen dat sommige adolescenten toekunnen met een relatief lagere dosering (ten opzichte van het lichaamsgewicht) dan jongere kinderen. De maximale dosering is 2 mg/kg lichaamsgewicht per dag tot een maximum van 60 mg.

Welke mogelijkheden heeft u/de huisarts wanneer behandeling met methylfenidaat tot onvoldoende resultaat leidt? *Huisarts, apotheker*

Dexamfetamine is het middel van tweede keus en komt in aanmerking wanneer een behandeling met methylfenidaat onvoldoende effect heeft of te veel bijwerkingen geeft. Omdat dexamfetamine in Nederland voor geen enkele indicatie is geregistreerd, is het niet raadzaam om dit middel in de eerste lijn te starten. De huisarts verwijst daarvoor naar de kinder- en jeugdpsychiater. Wanneer de patiënt eenmaal stabiel is ingesteld, kan de huisarts wel de controles uitvoeren.

Met atomoxetine bestaat weinig ervaring. Om deze reden dient alleen een kinder- en jeugdpsychiater of kinderarts met ADHD als aandachtsgebied het eerste voorschrift uit te schrijven. Hij voert ook de controles uit.

A4/B3

Wat kunt u doen aan deze inslaapproblemen? *Huisarts*

Wat kan de huisart doen aan eventuele slaapproblemen? *Apotheker*

Wanneer komt melatonine in aanmerking? *Huisarts, apotheker*

Wanneer u melatonine voorschrijft, in welke dosering is dat dan? *Huisarts*

In welke dosering? *Apotheker*

Bij inslaapproblemen kan de huisarts de laatste dosering methylfenidaat verlagen of de laatste inname vervroegen naar laat in de middag. Melatonine komt alleen in aanmerking bij hardnekkige klachten met ernstige impact, wanneer andere oorzaken zijn uitgesloten, de ADHD-medicatie is geoptimaliseerd, slaaphygiëadviezen zijn opgevolgd en cognitieve en gedragsmatige interventies niet toereikend zijn. Het bewijs dat melatonine klinisch relevante effecten heeft bij kinderen met ADHD is van te lage kwaliteit om melatonine eerder voor te schrijven.

Slaapstoornissen komen ook vaak voor bij kinderen met ADHD zonder methylfenidaat. Ook bij deze kinderen komt melatonine alleen in aanmerking bij hardnekkige klachten waarbij niet-medicamenteuze therapie ontoereikend is (Holvoet en Gabriëls, 2013).

De startdosering van melatonine (zonder gereguleerde afgifte) is 1 tot 2 mg eenmaal daags voor het slapengaan. De NHG-standaard *ADHD bij kinderen* (2014) baseert zich hierbij op de adviezen van het Nederlands Kenniscentrum voor Farmacotherapie bij Kinderen (NKKF, zie www.kinderformularium.nl). Op geleide van het effect kan de huisarts dit verhogen tot maximaal 3 mg voor het slapen gaan. Wanneer de patiënt geen effect merkt, moet hij met het middel stoppen.

A5/B3

Wat zijn uw mogelijkheden? *Huisarts*

Wat doet u met deze informatie? *Apotheker*

De apotheker vertelt dat er ook een langwerkende vorm van methylfenidaat is en verwijst Mark naar de huisarts om te bespreken of deze voor hem geschikt kan zijn.

De huisarts kan bij problemen met therapietrouw het kortwerkende preparaat vervangen door een langwerkend preparaat. Hij wijst de patiënt en zijn ouders er op dat de langwerkende variant niet betaald wordt vanuit de basisverzekering en dat - afhankelijk van de verzekering - ook bij een aanvullende verzekering een aanzienlijke eigen bijdrage gevraagd kan worden (zie www.medicijnkosten.nl).

A6/B4

Welk middel kiest u/verwacht u dat de huisarts heeft voorgescheven?

Huisarts, apotheker

U kunt de tweemaal daagse dosering van een kortwerkend tablet van 20 mg omzetten naar een eenmaal daagse dosering van een capsule van 40 mg met een werkingsduur van 8 uur (zie tabel 3). Equasym XL® en Medikinet CR® komen dus in aanmerking. De generieke vorm van methylfenidaat mga en Concerta® hebben een langere werkingsduur en komen niet overeen met de tweemaal daagse dosering van 20 mg.

Het innamemoment hangt af van de wijze waarop de gereguleerde afgifte tot stand komt en verschilt per preparaat. De Equasym XL-capsule dient de patiënt 's ochtends voor het ontbijt in te nemen. De Medikinet CR-capsule dient hij tijdens of na het ontbijt in te nemen. Beide capsules kunnen in het geheel met wat vloeistof worden ingenomen, maar mogen ook worden geopend om de inhoud verdeeld over een lepeltje appelmoes in te nemen. De patiënt mag de capsule of de inhoud ervan niet kauwen of pletten.

Tabel 3 Omzetten kortwerkend naar langwerkend methylfenidaat		
Kortwerkend (4 uur)	Langwerkend 8 uur (Equasym XL®, Medikinet CR®)	Langwerkend 12 uur (methylfenidaat mga, Concerta®)
2 dd 5 mg	1 dd 10 mg	ter verlenging van 8 naar 12 uur: 1 dd 18 mg
3 dd 5 mg	1 dd 10 mg + 1 dd kortwerkend 5 mg	1 dd 18 mg
2 dd 7,5 mg	1 dd 15 mg	ter verlenging van 8 naar 12 uur: 1 dd 27 mg
3 dd 7,5 mg	1 dd 15 mg + 1 dd kortwerkend 7,5 mg	1 dd 27 mg
2 dd 10 mg	1 dd 20 mg	ter verlenging van 8 naar 12 uur: 1 dd 36 mg
3 dd 10 mg	1 dd 20 mg + 1 dd kortwerkend 10 mg	1 dd 36 mg
2 dd 15 mg	1 dd 30 mg	ter verlenging van 8 naar 12 uur: 1 dd 54 mg
3 dd 15 mg	1 dd 30 mg + 1 dd kortwerkend 15 mg	1 dd 54 mg
2 dd 20 mg	1 dd 40 mg	niet mogelijk wegens overschrijding maximale dagdosis (54 mg)
3 dd 20 mg	1 dd 40 mg + 1 dd kortwerkend 20 mg	niet mogelijk wegens overschrijding maximale dagdosis (54 mg)
2 dd 25 mg	1 dd 50 mg	niet mogelijk wegens overschrijding maximale dagdosis (54 mg)

Bronnen: NHG-standaard *ADHD bij kinderen* (2014), Farmacotherapeutisch Kompas

Hoe lang moet Mark methylfenidaat blijven gebruiken? *Huisarts, apotheker*

Langetermijnonderzoek ontbreekt en op basis van onderzoek is dus ook geen advies mogelijk over de gewenste duur van de medicatie. De huisarts kan de patiënt vragen of hij de medicatie wel eens een paar dagen achtereen heeft 'vergeten' en wat de effecten daarvan waren. Ook kan de huisarts afspreken om jaarlijks een medicatievrije periode van één tot twee weken in te bouwen, bij voorkeur in een representatieve periode, zoals een normale schoolweek. Om de 'rebound' effecten niet te verwarren met opkomende ADHD-symptomen, moet de medicatievrije periode minstens een aantal dagen duren. Op basis van deze ervaringen kan de huisarts in overleg met het kind en de ouders bepalen of het zinvol is de medicatie voort te zetten. Als schoolproblemen op de voorgrond staan, kan het een optie zijn om de medicatie alleen in de weekenden en schoolvakanties te stoppen.

Meestal wordt de ADHD-medicatie tijdens of kort na de puberteit gestopt. Soms kan langdurige behandeling nodig zijn. De veiligheid en werkzaamheid van ADHD-medicatie bij langdurig gebruik zijn echter niet onderzocht. Alleen atomoxetine is geregistreerd voor volwassenen als onderdeel van een breed behandelprogramma.

A7/B5

Hoe denkt u over het gebruik van methylfenidaat om schoolresultaten te verbeteren? Hoe bent u hier alert op? *Huisarts, apotheker*

Regelmatig verschijnen er berichtjes in de krant over het gebruik van methylfenidaat om de schoolprestaties te verbeteren. Scholieren komen aan het geneesmiddel via klasgenoten of vrienden met ADHD. Ook is het mogelijk om het middel illegaal via internet te kopen.

Hoewel methylfenidaat positieve effecten op het prestatievermogen kan hebben, is het goed patiënten te waarschuwen voor dit oneigenlijke gebruik. Toepassing van methylfenidaat met als oogmerk enigerlei prestatie op te voeren, moet u beschouwen als misbruik. Daarnaast werkt methylfenidaat niet voor iedereen prestatieverhogend en kan het bijwerkingen geven zoals hoofdpijn, buikpijn, verhoogde bloeddruk en hartkloppingen. Methylfenidaat mag alleen gebruikt worden op voorschrift van een arts. Het oneigenlijk gebruik is strafbaar.

Wanneer patiënten besluiten om hun voorgeschreven medicatie niet altijd te gebruiken, is het verstandig dat zij dit doorgeven aan hun behandelend arts. De arts kan dan eventueel het voorschrift wijzigen. Wanneer een arts bijvoorbeeld op het recept 'gebruik alleen op maandag t/m vrijdag' vermeldt, kan de apotheker het ook controleren wanneer een patiënt een herhaalrecept te vroeg of te laat ophaalt. De huisarts schrijft alleen herhaalrecepten voor als de patient elk half jaar op controle komt.



Voorbeeldafspraken

Let op! Dit zijn voorbeeldafspraken. Het is de bedoeling dat elke FTO-groep naar aanleiding van de discussie tijdens de bijeenkomst eigen afspraken maakt en resultaatdoelstellingen formuleert.

Afspraak	Actie	Resultaatdoelstelling
Wanneer medicatie bij ADHD in aanmerking komt, schrijft de huisarts kortwerkend methylfenidaat voor.	HA Schrijft als eerste voorschrift twee- of driemaal daags methylfenidaat voor.	Over zes maanden gebruikt minimaal 95 procent van de nieuwe gebruikers methylfenidaat in kortwerkende vorm.
Zowel huisarts als apotheker controleren op therapietrouw van de ADHD-medicatie.	HA - Vraagt bij herhalingsconsulten naar het gebruik van de ADHD-medicatie. - Schrijft alleen medicatie voor als de patiënt eens per half jaar op controle komt. - Noteert op het recept wanneer er sprake is van niet-continuegebruik. APO - Vraagt bij de uitgifte naar het gebruik van de ADHD-medicatie. - Controleert of de patiënt het middel te vroeg of te laat ophaalt.	Over zes maanden is het werkelijke gebruik van de ADHD-medicatie bij minimaal 90 procent van de gebruikers bekend.
De huisarts start niet zelf met de behandeling van dexamfetamine of atomoxetine.	HA - Verwijst bij onvoldoende resultaat met methylfenidaat naar de kinder- en jeugdpsychiater. APO - Neemt contact op met de huisarts bij een eerste voorschrift dexamfetamine of atomoxetine door de huisarts.	Over zes maanden is de huisarts bij geen enkele patiënt zelf gestart met dexamfetamine of atomoxetine.
De apotheek informeert patiënten over de noodzaak van een reisverklaring bij gebruik van methylfenidaat en dexamfetamine.	APO - Geeft alle gebruikers van methylfenidaat of dexamfetamine bij de eerst volgende uitgifte informatie over een reisverklaring bij reizen naar het buitenland. HA - Draagt zorg voor het invullen van de verklaring.	Over zes maanden hebben alle gebruikers van methylfenidaat of dexamfetamine informatie ontvangen over de reisverklaring.

Literatuur

- ▶ Ban van den E. Het gebruik van een stimulantium ooit, verhoogt het risico op drugsgebruik. Pharm Weekbl 2014;149(25):13.
- ▶ Ban van den E. Langwerkende ADHD-medicatie geeft betere compliance. Behandeling van ADHD verlaagt kans op ongelukken. Pharm Weekbl 2014;149(25):10-3.
- ▶ Bijl D. Atomoxetine voor de behandeling van ADHD bij volwassenen. Geneesmiddelenbull 2014;48(7):78. Zie gebu.artsennet.nl.
- ▶ Farmacotherapeutisch Kompas. Zie www.farmacotherapeutisch.kompas.nl.
- ▶ Groenman AP, Oosterman J, Rommelse NN, et al. Behandeling met stimulantia bij ADHD en het effect op middelenmisbruik. Tijdschr Psychiatr 2013;55(12):961. Zie www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl.
- ▶ Holvoet E, Gabriëls L. Verstoorde slaap bij kinderen met ADHD: heeft melatonine een plaats in de behandeling? Overzichtsartikel. Tijdschr Psychiatr 2013;55(5):349-57. Zie www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl.
- ▶ Kans op pijnlijke erectie door methylfenidaat. Nieuwsbericht Pharm Weekbl, 18 december 2013. Zie www.pw.nl.
- ▶ KNMP Kennisbank. Verkeers-deelname. Den Haag: KNMP. Zie www.kennisbank.knmp.nl (alleen voor abonnees).
- ▶ Neven A. Methylfenidaat bij ADHD en amfetamineafhankelijkheid. Tijdschrift voor psychiatrie 2014;56(8):548. Zie www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl.
- ▶ Nieweg EH. ADHD, een 'modeverschijnsel' dat maar niet uit de mode raakt. Een illustratie van de veelzijdigheid van de vroegere psychiatrie. Tijdschr Psychiatr 2006;48(4):303-12. Zie www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl.
- ▶ Opiumwet. Zie wetten.overheid.nl/BWBR0001941.
- ▶ Positief advies dexamfetamine. Nieuwsbericht Pharm Weekbl, 16 juni 2014. Zie www.pw.nl.
- ▶ Postma D. Opiumwetmiddelen mee op reis: verklaring noodzakelijk. (Schengen)verklaring voor methylfenidaat en dexamfetamine. Pharm Weekbl 2014;149(25):17.
- ▶ Regeling eisen geschiktheid 2000. Zie wetten.overheid.nl/BWBR0011362.
- ▶ SFK. ADHD: afnemende groei. Minder gebruikers van ADHD-medicatie onder kinderen tot 10 jaar. Pharm Weekbl 2014;149(25):9.
- ▶ Stijntjes F, Hassink-Franke L, Kruishoop A, et al. NHG-standaard ADHD bij kinderen. Huisarts Wet 2014;57(11):584-94. Zie www.nhg.org.

