

Spiegelbijeenkomsten over regionale verschillen in voorschrijven van ADHD-medicatie

Colofon

Auteurs

Marinka van Dalfsen, apotheker, Instituut Verantwoord Medicijngebruik
Marieke van den Berk, apotheker, Instituut Verantwoord Medicijngebruik
Marcel Stroo, apotheker, Instituut Verantwoord Medicijngebruik

februari 2022

Wij hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan deze uitgave. Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. Het Instituut 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 Verantwoord Medicijngebruik
Postbus 3089, 3502 GB Utrecht
Churchilllaan 11, 3527 GV Utrecht
tel 0888 800 400
info@ivm.nl
www.ivm.nl



Inhoud

Inleiding	4
Samenvatting	6
Methode	7
Resultaten	9
Conclusie en discussie	12
Suggesties voor zorgverleners	13
 Bijlagen	
1A Gebruik van amfetaminen en modafinil per 1.000 zvw-verzekerden in 2020	14
1B Aantal gebruikers van methylfenidaat per 1.000 zvw-verzekerden in 2020	15
1C Gemiddelde dagdosering methylfenidaat per leeftijdscategorie in 2020	16
1D Gemiddeld aantal uitgiftes methylfenidaat per gebruiker in 2020	17

Inleiding

Diverse onderzoeken en mediaberichten wijzen op een toename van het oneigenlijk gebruik van psychostimulantia onder scholieren en studenten. Een aantal psychostimulantia zijn recept-plichtige geneesmiddelen die geregistreerd zijn als aanvullende therapie bij de behandeling van de aandachts-deficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis ADHD. De studenten verwachten dat deze middelen ook zonder ADHD de concentratie bevorderen en daarmee de leerprestaties verhogen. Het gaat hierbij vooral om methylfenidaat en in mindere mate om (lis)dexamfetamine en modafinil. Modafinil is geregistreerd voor narcolepsie bij volwassenen (FK, 2022) en heeft daarnaast een kleine plaats (*off label*) bij de behandeling van ADHD bij volwassenen (NVvP, 2015). Methylfenidaat en dexamfetamine zijn, naast recept-plichtig, ook middelen die op lijst I van de Opiumwet staan. Dit betekent dat het onterecht in het bezit hebben of verhandelen van deze middelen strafbaar is. Toch blijken deze middelen beschikbaar voor oneigenlijk gebruik.

Het Instituut Verantwoord Medicijngebruik (IVM) voert, in samenwerking met het Trimbos-instituut, in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een project uit om het oneigenlijk gebruik van ADHD-medicatie terug te dringen. Dit willen we onder andere bereiken door het verminderen van de handel buiten het receptencircuit om, zoals het delen van ADHD-medicatie aan medestudenten.

In een eerdere fase van het project is een analyse uitgevoerd naar het voorschrijven van ADHD-medicatie (methylfenidaat, (lis)dexamfetamine en modafinil). Hieruit blijkt dat er regionale verschillen zijn in het voorschrijven van ADHD-middelen. Zo ligt in sommige regio's het gebruik een factor 2 tot 3 hoger dan in andere regio's. Daarnaast zijn er regionale verschillen in dagdosering methylfenidaat en het gemiddelde aantal uitgiftes methylfenidaat per gebruiker. In een vervolgstap hebben we deze uitkomsten als spiegelinformatie voorgelegd aan diverse zorgverleners om gezamenlijk te zoeken naar mogelijke verklaringen voor deze verschillen.

Dit rapport begint met een samenvatting van de resultaten van de spiegelbijeenkomsten. Vervolgens leggen we de gebruikte methode uit. Daarna volgen de resultaten van de spiegelbijeenkomsten en een discussie met daarbij de conclusies van de projectgroep. Tot slot geeft het IVM suggesties voor zorgverleners die betrokken zijn bij het voorschrijven of afleveren van ADHD-medicatie.

Bij het lezen van dit rapport is het van belang om te realiseren dat de uitkomsten niet wetenschappelijk onderbouwd zijn, maar de meningen en interpretaties van zorgverleners weergeven. Wel biedt de informatie in dit rapport aanknopingspunten om het zorgvuldig gebruik van ADHD-medicatie te bevorderen (i.e. het oneigenlijk gebruik van ADHD-medicatie te verminderen).

Meer weten?

Lees het rapport 'Voorschrijven van ADHD-medicatie in beeld' op de projectpagina van 'Gezonde focus'.

Samenvatting

Het IVM heeft, op basis van cijfers van de GIPdatabank, een analyse gemaakt van regionale verschillen in het voorschrijven van ADHD-medicatie. In de analyse zijn methylfenidaat, (lis)dexamfetamine en modafinil meegenomen, omdat studenten deze middelen noemen voor oneigenlijk gebruik (IVM, 2022). Met zorgverleners is gezocht naar mogelijke verklaringen voor regionale verschillen in het voorschrijven van ADHD-medicatie. Dit rapport beschrijft de belangrijkste bevindingen, conclusies en suggesties naar aanleiding van de spiegelbijeenkomsten.

De regionale verschillen in het voorschrijven van ADHD-medicatie zijn voorafgaand aan de spiegelbijeenkomsten aan 5 experts voorgelegd. Vervolgens heeft het IVM tijdens 3 spiegelbijeenkomsten de zorgverleners inzicht gegeven in de regionale voorschrijfcijfers. Daarna is gezocht naar mogelijke verklaringen voor de regionale verschillen. Ten slotte was er een brainstorm naar manieren om oneigenlijk gebruik te verminderen.

In totaal hebben 15 zorgverleners deelgenomen aan de spiegelbijeenkomsten. De meest genoemde verklaring voor regionale verschillen in voorschrijfgedrag ligt op het vlak van verschillen in specialistische behandelcentra die aanwezig zijn in de regio. Verder kunnen omgevingsfactoren van de patiënt een belangrijke rol spelen. Daarnaast kwamen aanzienlijke verschillen in het beleid tussen individuele huisartsenpraktijken en apotheken naar voren. In hoeverre deze verschillen per huisartsenpraktijk/apotheek bijdragen aan regionale verschillen, is onduidelijk.

De uitkomsten van ons onderzoek zijn geen wetenschappelijk onderbouwde verklaringen, maar meningen en interpretaties van zorgverleners. De genoemde factoren bieden wel een aanknopingspunt om het zorgvuldig voorschrijven van ADHD-medicatie te bevorderen en het oneigenlijk gebruik tegen te gaan. Daarom heeft het IVM op basis van deze resultaten suggesties geformuleerd voor zorgverleners die betrokken zijn bij het voorschrijven of afleveren van ADHD-medicatie.

Methode

Het IVM heeft, op basis van cijfers van de GIPdatabank, een analyse gemaakt van onder andere de regionale verschillen in het voorschrijven van ADHD-medicatie. In de analyse zijn methylfenidaat, (lis)dexamfetamine en modafinil meegenomen, omdat studenten deze middelen noemen voor oneigenlijk gebruik. De uitkomsten van deze analyse zijn beschreven in het rapport 'Voorschrijven van ADHD-medicatie in beeld' dat in te zien is middels de projectpagina van 'Gezonde focus'.

Belangrijkste regionale verschillen in voorschrijven van ADHD-medicatie op rij

- In 2020 ligt het gebruik van methylfenidaat, (lis)dexamfetamine en modafinil per 1.000 zorgverzekeringswet-verzekerden (zvw-verzekerden) het hoogst in de regio Zwolle en het laagst in Noord- en Midden-Limburg. Dit geldt ook voor het gebruik van methylfenidaat.
- Bij uitsplitsing naar leeftijdscategorieën (2 t/m 11 jaar; 12 t/m 17 jaar; 18 t/m 24 jaar; 25 jaar en ouder) zijn verschuivingen zichtbaar in regio's met een relatief hoog gebruik van methylfenidaat. In stedelijke regio's zoals de Haaglanden, Utrecht en Amsterdam zijn relatief veel gebruikers onder (jong)volwassenen. Het gebruik onder kinderen en jongeren ligt vooral hoog in de provincie Brabant.
- Er zijn regionale verschillen in de dagdosering methylfenidaat per gebruiker, uitgedrukt in Defined Daily Doses (DDD) per gebruiker per dag. In de regio Amsterdam ligt de dagdosering per gebruiker in alle leeftijdscategorieën het laagst. In de regio Waardenland ligt dat in alle leeftijdscategorieën relatief hoog. Bij volwassenen ligt de dagdosering het hoogst in regio de Haaglanden.
- Er zijn regionale verschillen in het gemiddelde aantal uitgiftes methylfenidaat per gebruiker per jaar. Het gemiddelde aantal uitgiftes geeft een beeld van de afleverhoeveelheid per recept. Bij chronische gebruikers betekent een herhaalrecept voor 3 maanden 4 uitgiftes per jaar. Het gemiddelde aantal uitgiftes ligt het laagst voor de leeftijdscategorie 18 t/m 24 jaar. Vooral in Amsterdam en omgeving en Utrecht ligt het gemiddeld aantal uitgiftes per gebruiker per jaar relatief laag. In Noord- en Oost-Nederland en Zeeland ligt het gemiddeld aantal uitgiftes juist relatief hoog.

Experts

Deze regionale verschillen vormden een aanleiding om het gesprek met zorgverleners aan te gaan over de achtergrond en mogelijke onderliggende verklaringen. Voorafgaand aan de spiegelbijeenkomsten zijn de belangrijkste bevindingen uit de analyse voorgelegd aan een aantal experts. Dit betrof drie psychiaters en één kaderhuisarts GGZ met specifieke belangstelling en deskundigheid op het gebied van ADHD. Ook leverde één psychiater schriftelijke input. Hieruit kwam het beeld naar voren dat het voorschrijven van ADHD-medicatie afhankelijk is van veel verschillende factoren.

Regionale verschillen in de visie op ADHD en de behandeling kwam als meest verklarende factor uit de gesprekken. Hieronder valt bijvoorbeeld de tolerantie van ADHD-symptomen door de omgeving en de plaats van medicatie in de behandeling. Daarnaast speelt volgens de experts ook de organisatie van de zorg voor patiënten met ADHD een rol. Bijvoorbeeld de aanwezigheid en toegankelijkheid van specialistische behandelcentra in de regio en de samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Ten slotte noemden experts omgevingsfactoren van de patiënt als mogelijke verklaring voor regionale verschillen. Bijvoorbeeld de prestatiedruk vanuit de omgeving.

Spiegelbijeenkomsten

Na de eerste inventarisatie van mogelijke verklaringen met de experts zijn vervolgens 3 groepen zorgverleners bevroegd tijdens een online-bijeenkomst. De zorgverleners kregen inzicht in de regionale verschillen in het voorschrijven van ADHD-medicatie (zie bijlage) waarna we tijdens een brainstorm zochten naar mogelijke verklaringen. Als afsluiting is gevraagd wat het voorschrijfgedrag betekent voor het zorgvuldig gebruik van deze medicatie en daarmee voor het oneigenlijk gebruik van deze middelen.

Resultaten

In januari en februari 2022 vonden 3 online spiegelbijeenkomsten plaats. Aan de spiegelbijeenkomst hebben in totaal 15 zorgverleners deelgenomen, waarvan 9 openbaar apothekers, 1 kaderhuisarts GGZ, 1 huisarts, 1 kinderarts, 1 psychiater, 1 arts/apotheker en 1 verpleegkundig specialist. De zorgverleners werkten in de regio's de Haaglanden (5), Twente (3), Noord-Holland Noord (2), Zuid-Holland Noord (2), Noord-Brabant (1), Zuid-Oost Brabant (1) en Nijmegen (1).

Reacties

De meeste deelnemers hadden in het eigen informatiesysteem vooraf al gekeken naar het beleid, maar een vergelijking met het landelijke beleid konden zij niet maken. De deelnemers waren geïnteresseerd in de voorschrijfcijfers in de eigen regio en landelijk. Sommige deelnemers hadden in de eigen regio hogere of juist lagere cijfers verwacht, omdat zij de indruk hadden dat er veel ADHD-medicatie wordt voorgeschreven of omdat er lokale initiatieven zijn geweest om het gebruik te minderen.

Mogelijke verklaringen voor verschillen

Door de deelnemers aan de spiegelbijeenkomsten zijn verschillende oorzaken voor de regionale verschillen genoemd. Aan de deelnemers is niet gevraagd aan te geven welke factoren de belangrijkste zijn. Het IVM vermeldt in tabel 1 de factoren die op basis van de verschillende bijeenkomsten als belangrijkst kunnen worden gezien.

Tabel 1: Verschillen in specialistische behandelcentra voor patiënten met ADHD.

Beschikbaarheid	De beschikbaarheid van organisaties met expertise op het gebied van ADHD varieert. Organisaties zijn vaak vertegenwoordigd in één of meerdere regio's. In sommige regio's zijn meer specialistische behandelcentra aanwezig dan in andere regio's.
Toegankelijkheid	Door wachtlijsten in de tweede lijn voelen huisartsen in sommige regio's zich gedrongen om alvast te starten met medicatie bij duidelijke ADHD-symptomen, soms zonder uitgebreide diagnostiek.
Visie	Er zijn signalen dat er verschillen zijn in visie van behandelcentra over de plaats van medicatie in de behandeling van ADHD. Bijvoorbeeld het moment van starten, behandelduur en plaats ten opzichte van niet-medicamenteuze interventies.
Samenwerking	In sommige regio's zijn er afspraken over de overdracht van patiënten met ADHD van de tweede naar de eerste lijn, zodat de overdracht zorgvuldig kan plaatsvinden. In andere regio's zijn deze afspraken er niet of minder duidelijk. Verder is er in sommige regio's een laagdrempelige adviesfunctie voor de eerste lijn beschikbaar voor vragen over indicatiestelling en behandeling, maar in andere regio's niet.

Naast verschillen in specialistische behandelcentra in de regio, kunnen omgevingsfactoren van de patiënt een belangrijke rol spelen. Relevante omgevingsfactoren zijn vermeld in tabel 2.

Tabel 2. Verschillen in omgevingsfactoren van de patiënt.

Visie op ADHD	Het kan per regio en per cultuur verschillen hoe patiënten, ouders/verzorgers en school naar symptomen van ADHD kijken. Bijvoorbeeld in hoeverre men druk gedrag lastig of ongewenst vindt.
Visie op ADHD-medicatie	Er kunnen regionale verschillen zijn hoe de patiënt en diens omgeving (ouders/verzorgers, school) aankijken tegen behandeling met ADHD-medicatie.
ADHD-medicatie in de omgeving	In regio's met relatief veel gebruikers van ADHD-medicatie en op universiteiten kan het gebruik door de omgeving mogelijk door meer mensen als 'normaal' worden gezien. Dit kan de drempel voor het vragen naar ADHD-medicatie, al dan niet via de huisarts, verlagen.
Verwachtingen	Er zijn mogelijk regionale verschillen in prestatiedruk en de verwachtingen die de omgeving van de patiënt heeft. Dit kan de drempel om al dan niet ADHD-medicatie te gebruiken, beïnvloeden.
Type werk/studie	Het type werk of studie waarvoor al dan geen (langdurige) concentratie vereist is, kan bijdragen aan het continueren of starten van ADHD-medicatie. In plattelandsgebieden zullen relatief minder HBO en WO-studenten wonen dan in stedelijke gebieden.

Naast de verschillen tussen specialistische behandelcentra en verschillen in de omgevingsfactoren van de patiënt, kwam tijdens de spiegelbijeenkomsten duidelijke variatie in het beleid tussen individuele huisartsenpraktijken en apotheken naar voren. Deze verschillen staan vermeld in tabel 3 (huisartsen) en tabel 4 (apothekers). Het is echter onduidelijk in hoeverre deze apotheek-/praktijkvariatie bijdraagt aan regionale verschillen in het voorschrijven van ADHD-medicatie. Omdat deze factoren tijdens de spiegelbijeenkomsten aan bod zijn gekomen, zijn de factoren wel opgenomen in dit rapport. Bovendien zijn dit mogelijke aangrijpingspunten om zorgvuldig gebruik van ADHD-medicatie te bevorderen.

Tabel 3. Verschillen in voorschrijfbeleid huisartsen.

Kennisniveau	In sommige regio's krijgen huisartsen actief scholing aangeboden over de diagnose en behandeling van ADHD, maar in andere regio's niet. Voldoende kennis kan bijdragen aan zorgvuldig voorschrijven van ADHD-medicatie.
Diagnostiek	Mogelijk verschilt per regio het aantal huisartsen dat zelf de diagnose stelt. De NHG-Standaard <i>ADHD bij kinderen</i> (NHG, 2014) adviseert huisartsen alleen de diagnose te stellen wanneer deze over voldoende ervaring en kennis beschikken. Zelf diagnosticeren (soms door ADHD-medicatie op proef te starten) gebeurt soms noodgedwongen vanwege lange wachtlijsten voor specialistische behandelcentra.
Evaluatie	Evaluatie van de behandeling dient volgens de NHG-Standaard <i>ADHD bij kinderen</i> (NHG, 2014) ten minste eens per 6 maanden plaats te vinden en bij volwassenen jaarlijks (NVvP, 2015). In de praktijk blijken deze controles niet altijd plaats te vinden. Redenen die genoemd zijn, zijn onder andere onvoldoende handvatten en expertise, onvoldoende zicht op ADHD-patiënten en tijdsdruk.
Herhaalreceptuur	Huisartsen verschillen in zorgvuldigheid bij het uitschrijven van herhaalreceptuur. Zo controleren sommige huisartsen de aangevraagde hoeveelheid met het werkelijke gebruik, maar andere huisartsen niet.

Tabel 4. Verschillen in afleverbeleid apotheken.

Aanspreken patiënten	Sommige apothekers geven aan in gesprek te gaan met de patiënten bij het vermoeden van overgebruik of oneigenlijk gebruik. Andere apothekers vinden het lastig(er) om dit gesprek te voeren.
Samenwerking met voorschrijvers	Sommige apothekers geven aan het gesprek aan te gaan met de voorschrijver bij het vermoeden van overgebruik of oneigenlijk gebruik. Een goede samenwerkingsstructuur en korte lijntjes met voorschrijvers verlagen de drempel om dat te doen.
Controle receptuur	Sommige apothekers geven aan te vragen naar het daadwerkelijk gebruik en vergelijken dit met de voorgeschreven hoeveelheid, en vergelijken het afhaalmoment met het te verwachten afhaalmoment op basis van voorgeschreven en werkelijk gebruik.

Conclusie en discussie

Deelnemers aan de spiegelbijeenkomsten konden geen eenduidige verklaring vinden voor de regionale verschillen in het voorschrijven van ADHD-medicatie. Wel noemden de deelnemers verschillende factoren die van invloed kunnen zijn op het voorschrijven ADHD-medicatie en de verschillen die zij hierin zien tussen regio's.

Op basis van de uitkomsten van de spiegelbijeenkomsten, lijken de regionale verschillen in het voorschrijven van ADHD-medicatie vooral te verklaren door regionale verschillen tussen specialistische behandelcentra. Daarnaast spelen naar verwachting verschillen in houding en visie van patiënten en hun omgeving ten opzichte van ADHD en het gebruik van ADHD-medicatie een rol. Uit de spiegelbijeenkomsten blijkt tevens dat er aanzienlijke verschillen bestaan tussen het beleid van individuele huisartsenpraktijken en apotheken. Het is echter niet duidelijk of deze apotheek-/praktijkvariatie ook bijdragen aan regionale variatie en daardoor verklarend zijn voor verschillen in het voorschrijven van ADHD-medicatie.

Een belangrijk aandachtspunt bij de interpretatie van de resultaten is het feit dat het gaat om meningen en interpretaties. De spiegelbijeenkomsten geven daarmee geen wetenschappelijk onderbouwde verklaring voor de regionale verschillen en tonen geen causaal verband aan. Daarvoor zou verder onderzoek nodig zijn. De genoemde factoren geven wel een richting voor mogelijke verklaringen van regionale verschillen in ADHD-medicatie. Daarmee kunnen ze een aanknopingspunt zijn om het zorgvuldig voorschrijven van ADHD-medicatie te bevorderen en het oneigenlijk gebruik tegen te gaan.

Suggesties voor zorgverleners

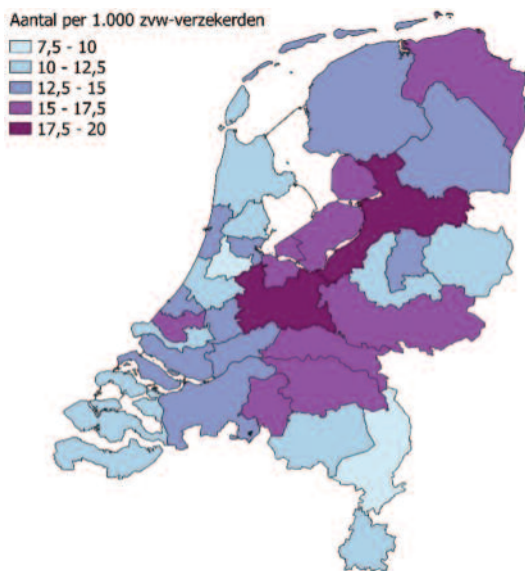
Aan de hand van de uitkomsten van de spiegelbijeenkomsten zijn de volgende suggesties voor zorgverleners die betrokken zijn bij het voorschrijven of afleveren van ADHD-medicatie gegeven:

- Volg voor de behandeling van ADHD-patiënten wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen.
- Zorg voor toegankelijke tweedelijns behandelcentra met expertise (minimale wachtlijsten), voor zorgvuldige diagnosestelling en daarmee voor rationeel voorschrijven van ADHD-medicatie.
- Versterk de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn, zodat huisartsen voldoende handvatten hebben om de behandeling van ADHD-patiënten zorgvuldig te kunnen continueren.
- Bespreek de ADHD-behandeling en oneigenlijk gebruik in het FTO, waarbij ook de tweede lijn deelneemt. Maak hierbij afspraken over medicatieoverdracht en de mogelijkheden om advies aan te vragen.
- Bied voorschrijvers en apothekers inzicht in het eigen beleid en aflevercijfers van ADHD-medicatie en een vergelijking met het landelijke beleid.
- Maak lokale afspraken over het herhaalbeleid bij ADHD-medicatie, met aandacht voor aflevertermijnen en -hoeveelheden en het delen van medicatie met mensen uit de omgeving.
- Schep reële verwachtingen van het effect en de bijwerkingen van ADHD-medicatie voor de patiënt en diens omgeving (ouders/verzorgers, school).
- Geef zorgverleners handvatten om het gesprek aan te gaan bij vermoeden van overgebruik en/of oneigenlijk gebruik.

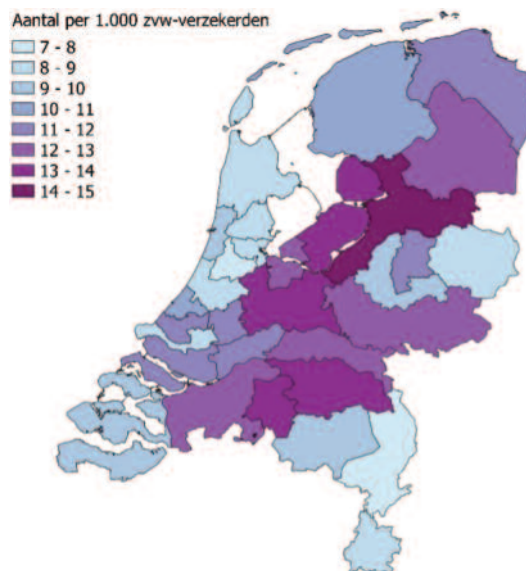
Bijlage 1A

Gebruik van amfetaminen en modafinil per 1.000 zvw-verzekerden in 2020

Figuur 1. Aantal gebruikers van amfetaminen en modafinil per 1.000 zvw-verzekerden in 2020.



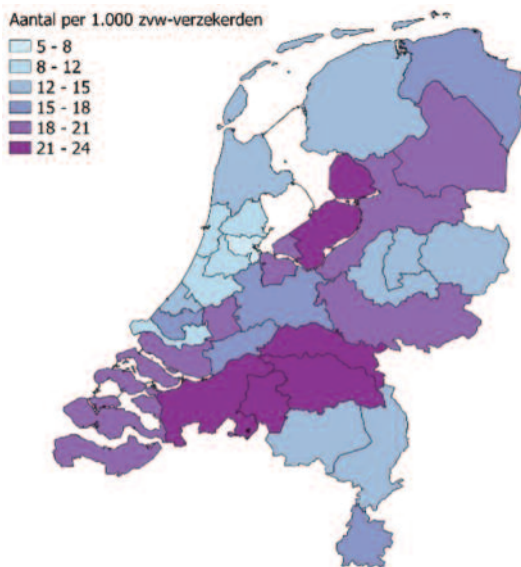
Figuur 2. Aantal gebruikers van methylfenidaat per 1.000 zvw-verzekerden in 2020.



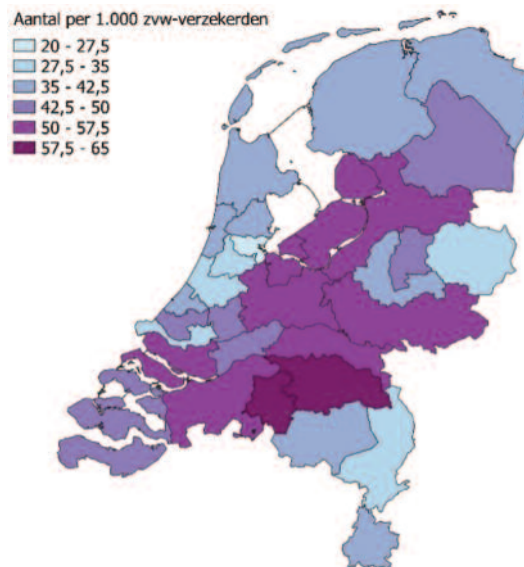
Bijlage 1B

Aantal gebruikers van methylfenidaat per 1.000 zvw-verzekerden in 2020

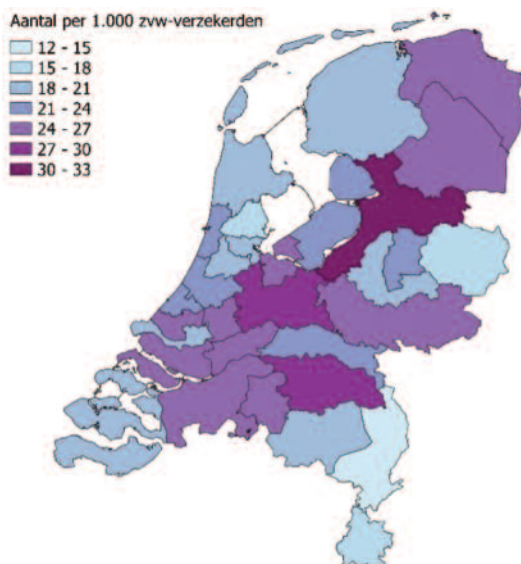
Figuur 3. Aantal gebruikers van methylfenidaat per 1.000 zvw-verzekerden in 2020 (2 t/m 11 jaar).



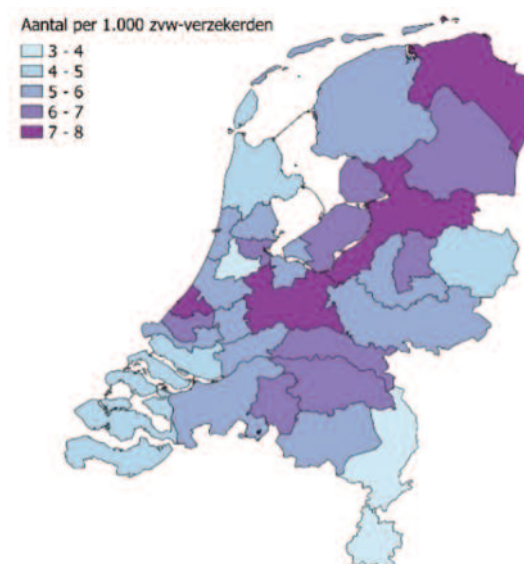
Figuur 4. Aantal gebruikers van methylfenidaat per 1.000 zvw-verzekerden in 2020 (12 t/m 17 jaar).



Figuur 5. Aantal gebruikers van methylfenidaat per 1.000 zvw-verzekerden in 2020 (18 t/m 24 jaar).



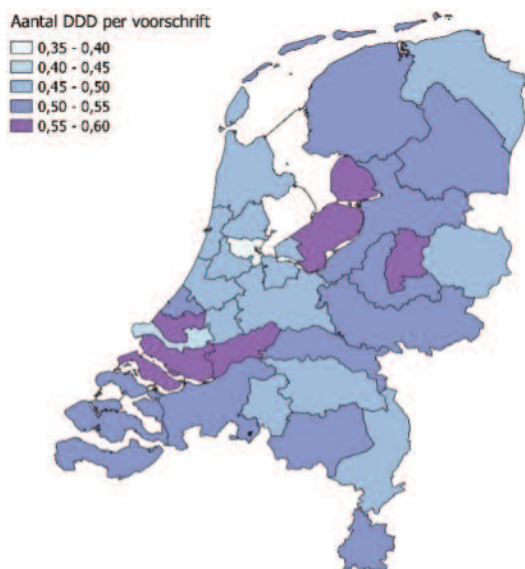
Figuur 6. Aantal gebruikers van methylfenidaat per 1.000 zvw-verzekerden in 2020 (25 jaar en ouder).



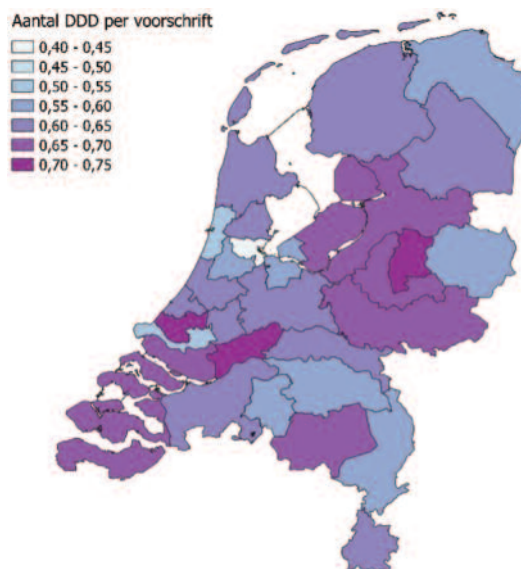
Bijlage 1C

Gemiddelde dagdosering methylfenidaat per leeftijdscategorie in 2020

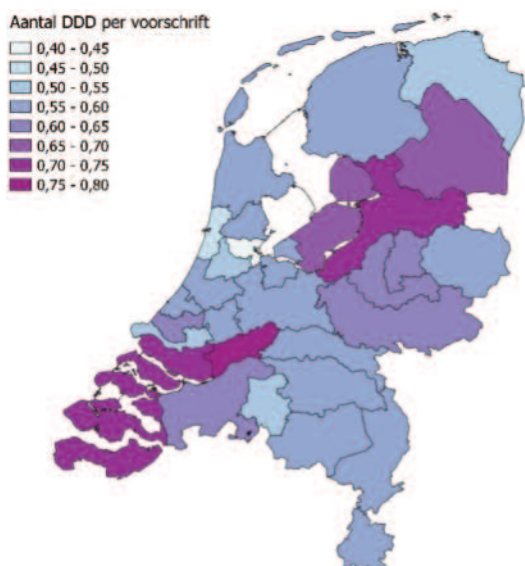
Figuur 7. Gemiddeld aantal DDD methylfenidaat per gebruiker per dag in 2020 (2 t/m 11 jaar)



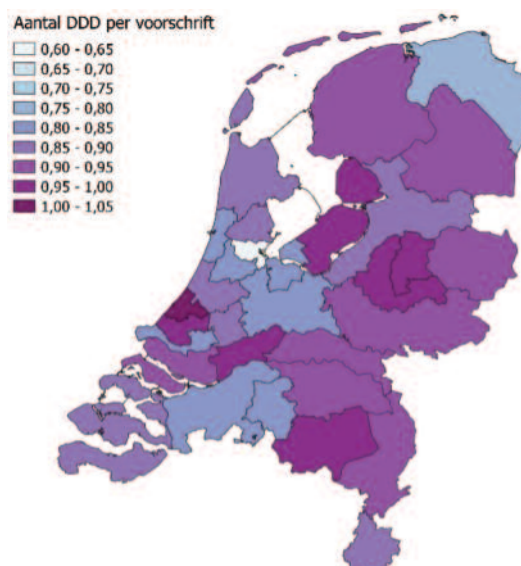
Figuur 8. Gemiddeld aantal DDD methylfenidaat per gebruiker per dag in 2020 (12 t/m 17 jaar)



Figuur 9. Gemiddeld aantal DDD methylfenidaat per gebruiker per dag in 2020 (18 t/m 24 jaar)



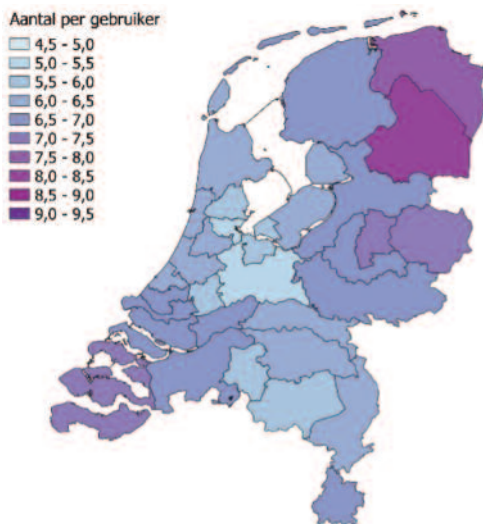
Figuur 10. Gemiddeld aantal DDD methylfenidaat per gebruiker per dag in 2020 (25 jaar en ouder)



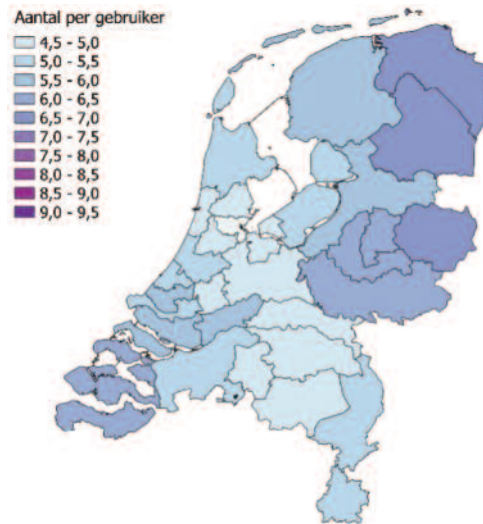
Bijlage 1D

Gemiddeld aantal uitgiftes methyfenidaat per gebruiker in 2020

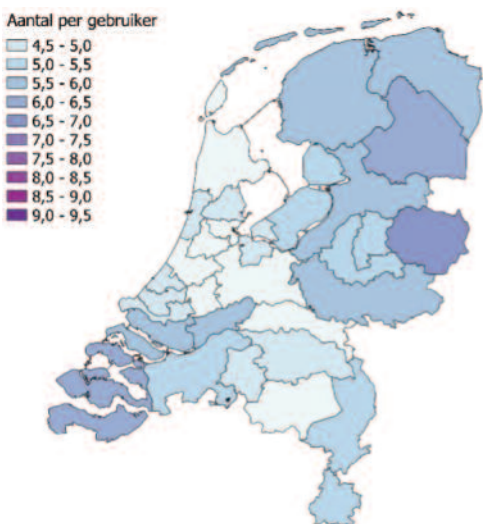
Figuur 11. Gemiddeld aantal uitgiftes methyfenidaat per gebruiker in 2020 (2 t/m 11 jaar)



Figuur 12. Gemiddeld aantal uitgiftes methyfenidaat per gebruiker in 2020 (12 t/m 17 jaar)



Figuur 13. Gemiddeld aantal uitgiftes methyfenidaat per gebruiker in 2020 (18 t/m 24 jaar)



Figuur 14. Gemiddeld aantal uitgiftes methyfenidaat per gebruiker in 2020 (25 jaar en ouder)

