

**Rapportage discussiebijeenkomsten
met zorgverleners over gebruik van
ADHD-medicatie door jongeren**

Colofon

Auteurs

Marieke van den Berk-Bulsink, apotheker, Instituut Verantwoord Medicijngebruik
Marcel Stroo, apotheker, Instituut Verantwoord Medicijngebruik
Fatima Tarrahi, apotheker, Instituut Verantwoord Medicijngebruik
Marinka van Dalfsen-Slingerland, apotheker, Instituut Verantwoord Medicijngebruik

januari 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
Churchillaan 11, 3527 GV Utrecht
tel 0888 800 400
info@ivm.nl
www.ivm.nl



Inhoud

1. Achtergrond	4
2. Samenvatting, discussie en vervolg	5
Samenvatting	5
Discussie	6
Suggesties deelnemers	6
Vervolg	8
3. Methode	9
4. Uitkomsten	10
Algemeen	10
Bewustzijn van handel en oneigenlijk gebruik	10
Is het een probleem?	11
Richtlijnen volgen	13
Overdracht vanuit tweede lijn	15
Preventieve rol zorgverlener	16
Bijlagen	
1. Wervingstekst	19
2. Onderzoeksvragen	21

1. Achtergrond

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.

Een van de vragen hierbij is hoe de middelen beschikbaar komen voor oneigenlijk gebruik en welke preventieve rol zorgverleners hierbij kunnen spelen. Om hier inzicht in te krijgen is het allereerst belangrijk om na te gaan of zorgverleners zich bewust zijn van de handel en het oneigenlijk gebruik van ADHD-medicatie. En of zij (de omvang van) dit probleem herkennen en erkennen.

Bij het lezen van dit rapport is het van belang om te realiseren dat de uitkomsten niet wetenschappelijk onderbouwd zijn, maar de meningen, ervaringen en interpretaties van zorgverleners weergeven. Ook zijn de uitkomsten slechts gebaseerd op de gesprekken met deze zorgverleners en niet zonder meer generaliseerbaar. 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).

2. Samenvatting, discussie en vervolg

Samenvatting

In de maanden november en december 2021 zijn discussiebijeenkomsten georganiseerd met 54 zorgverleners over oneigenlijk gebruik van ADHD-medicatie door jongeren. Gekoppeld hieraan is gesproken over de behandeling van patiënten met ADHD. Veel gedachten en ervaringen kwamen bij meerdere bijeenkomsten terug. Hierdoor verwachten we een representatief beeld gekregen te hebben over de gedachten over en ervaringen van zorgverleners met dit thema.

De deelnemende zorgverleners zijn over het algemeen bekend met de handel en het oneigenlijk gebruik van ADHD-medicatie. De zorgverleners verschillen behoorlijk van mening of ze het ook een probleem vinden. Een deel vindt het een (maatschappelijk) probleem, terwijl een ander deel de gevaren er niet van ziet en soms zelfs – op verzoek van de patiënt – ADHD-medicatie uitschrijft aan studenten die aangeven dat ze daarmee beter kunnen studeren.

De huidige ADHD-richtlijnen adviseren om alleen de diagnose ADHD te stellen wanneer de voorschrijver hier voldoende kennis en expertise in heeft. Dit advies komt overeen met de reacties van de deelnemende huisartsen. Zij stellen zelden zelf de diagnose, maar verwijzen deze patiënten door naar de tweede lijn. Wel benoemen ze dat ze ook huisartsen kennen die wel zelf de diagnose stellen of medicatie starten zonder juiste indicatiestelling. Meerdere voorschrijvers geven aan dat ze dit beeld ook herkennen bij kinderartsen. Een aantal zorgverleners twijfelt ook over de grondigheid van diagnosestelling bij expertisecentra.

De NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* (2014) adviseert om tweemaal per jaar een controleafspraak te hebben met patiënten die ADHD-medicatie gebruiken. Een deel van de huisartsen doet dat op dit moment niet. Huisartsen vragen zich af of praktijkondersteuners of physician assistants hen zouden kunnen ondersteunen bij deze zorg. Ook het gesprek over een ‘drug holiday’ of helemaal stoppen van medicatie gaan huisartsen niet altijd aan. De ervaring is dat tijdelijk stoppen vaak niet succesvol is en leidt tot voortzetting van de medicamenteuze behandeling. Artsen geven aan dat een deel van de patiënten zelf stopt rond hun achttiende. De meningen over de inzet van niet-medicamenteuze behandelingen zijn wisselend.

De overdracht van patiënten vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn verloopt soms goed, maar huisartsen beschrijven ook situaties waarbij dit niet goed gaat. Een ander kritisch punt hierbij is of er na het verwerken van de overdrachtsbrief ook daadwerkelijk iets met de overdracht gebeurt.

Zorgverleners zien diverse aspecten die zouden kunnen bijdragen aan het terugdringen van het oneigenlijk gebruik van ADHD-medicatie. Punten die ze aandragen zijn het beter invoeren van controleafspraken en de controle op herhaalreceptuur. Daarnaast zouden ze meer aandacht kunnen besteden aan het uitvragen van het werkelijk gebruik en het hierop aanpassen van de voorschrijf-hoeveelheden. Tijdens de controleafspraken willen de voorschrijvers vaker met de patiënten over oneigenlijk gebruik in gesprek gaan. Langwerkende preparaten zijn minder aantrekkelijk voor misbruik en doorverkoop, maar het blind omzetten van alle kortwerkende preparaten naar de langwerkend vorm lijkt niet voor iedere patiënt een passende oplossing. Ten slotte zouden er afspraken gemaakt kunnen worden over overgebleven medicatie.

Discussie

Een kanttekening bij de uitkomsten is dat de deelnemers al enige interesse hadden in dit onderwerp, waardoor er mogelijk sprake is van selectiebias. Een ander aandachtspunt bij de interpretatie van de resultaten is dat de bijeenkomsten allen online waren. Een nadeel hiervan is dat je niet steeds alle deelnemers in beeld hebt én hun lichaamstaal minder goed kunt zien. Mogelijk voelden deelnemers online een hogere drempel om het gesprek te onderbreken. De vraag is dan ook of alle deelnemers hun eigen gedachten en ervaringen hebben gedeeld.

Het merendeel van de deelnemers was redelijk jong. Verder viel op dat negen van de dertien huisartsen die zich individueel hadden ingeschreven waarnemend huisarts was. Mogelijk hield dit verband met hoge werkdruk in huisartsenpraktijken als gevolg van de pandemie. Een aantal van hen gaf aan niet altijd een goed beeld te hebben van de groep patiënten met een medicamenteuze behandeling voor ADHD in de verschillende praktijken. Hierdoor is het volgen van het advies uit de NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* (2014) rondom evaluaties voor hen niet altijd eenvoudig.

Suggesties deelnemers

De deelnemers hebben tijdens de discussiebijeenkomsten een aantal concrete punten voor verschillende doelgroepen benoemd die zouden kunnen bijdragen tot het terugdringen van het oneigenlijk gebruik van ADHD-medicatie:

Zorgverleners

- Creëer bewustwording bij zorgverleners (voorschrijvers, apothekers, dokters/apothekersassistenten) over het bestaan van oneigenlijk gebruik.
- Creëer bewustwording bij zorgverleners dat oneigenlijk gebruik een probleem is.
- Creëer bewustwording bij voorschrijvers dat slaapproblemen/stress bij studenten niet alleen veroorzaakt kunnen worden door drugs of alcohol, maar ook door oneigenlijk gebruik van ADHD-medicatie.

- Wees alert op fakegedrag van oudere adolescenten en jongvolwassenen die doen alsof ze ADHD hebben en medicatie voorgeschreven willen krijgen.
- Wees alert op passanten en shoppende patiënten in de huisartsenpraktijk en apotheek.
- Voer (half)jaarlijks een evaluatiegesprek met patiënten met ADHD-medicatie.
- Bespreek het delen van medicatie met vrienden of verhandelen tijdens een evaluatiegesprek.
- Geef in elke stap van de ontwikkeling van het kind/de jongere psycho-educatie.
- Wees bewust dat het einddoel van de behandeling is het leren omgaan met de aandoening. Medicatie gebruikt de patiënt hierbij alleen ter ondersteuning.
- Schrijf als huisarts geen herhaalrecepten uit wanneer de patiënt onder behandeling is in de tweede lijn.
- Wees alert bij te vroeg aanvragen van herhaalrecepten. Leg 'smoesjes' vast in het patiëntendossier.
- Bespreek het werkelijk gebruik met de patiënt en noteer dit op het recept en afleveretiket.
- Noteer een attentie (advies) regel op recept of etikettekst: (half)jaarlijkse controle, max 10 stuks per levering.
- Schrijf hoeveelheden voor die passen bij het werkelijk gebruik.
- Schrijf geen ADHD-medicatie voor ter bevordering van leerprestaties.
- Schrijf bij een vermoeden van oneigenlijk gebruik voor een kortere periode voor.
- Stuur als voorschrijver digitale recepten naar de huisapotheek van de patiënt.
- Neem als apotheek alleen digitale recepten aan voor ADHD-medicatie.
- Pas als apotheek het gebruik niet aan op basis van informatie van de patiënt, maar verifieer dit altijd met de voorschrijver.
- Organiseer een FTO over (oneigenlijk) gebruik van ADHD-medicatie, zodat huisartsen inzicht krijgen in hoeveel ADHD-patiënten ze hebben en hoeveel herhaalrecepten deze patiënten aanvragen.
- Ontwikkel een (landelijk) stappenplan voor afbouwen van ADHD-medicatie.
- Maak afspraken met de patiënt over overgebleven medicatie na een switch of stop.
- Zorg dat patiënten goed ingesteld zijn (op een langwerkend preparaat) voor de patiënt wordt overgedragen vanuit de tweede lijn.
- Zorg voor de mogelijkheid tot laagdrempelig overleg/sparren met gespecialiseerde zorgverleners in de GGZ bij patiënten waarbij je twijfelt.
- Verwijs als huisarts patiënten terug bij andere indicaties dan ADHD, comorbiditeiten of twijfel over de inzet van medicatie.
- Bied dokters-/apothekersassistentes een communicatietraining (doorvragen) aan.

Patiënten met ADHD

- Besteed meer aandacht aan voorlichting voor patiënten, om ze meer regie te laten krijgen.
- Bied informatie aan in een aantrekkelijke vorm. Besteed inhoudelijk aandacht aan:
 - algemene informatie over het middel zelf
 - bijwerkingen en verslaving
 - verklaring om medicatie mee te kunnen nemen naar het buitenland
 - consequenties van oneigenlijk gebruik (bijwerkingen en wettelijk)
 - mogelijkheid tot stoppen met de medicatie

Studenten

- Besteed aandacht aan publieksvoorlichting richting studenten op scholen, universiteiten, bibliotheken en tijdens de introductieweek.

Zorginstituut/zorgverzekeraars

- Een volledige vergoeding van langwerkende preparaten kan bijdragen aan het terugdringen van oneigenlijk gebruik van ADHD-middelen
- Motiveer huisartsen om (half)jaarlijks een evaluatie uit te voeren. Het controlebeleid bij cardiovasculair risicomanagement kan daarbij als voorbeeld dienen.

Vervolg

De uitkomsten van de discussiebijeenkomsten geven input voor de herziening van de factsheet Ritalin® van het Trimbos instituut. Daarnaast kunnen de uitkomsten en tips, knel- en verbeterpunten uit dit rapport een aanzet bieden voor mogelijke verdere ontwikkeling van materialen en interventies om het oneigenlijk gebruik van ADHD-medicatie terug te dringen.

3. Methode

Om antwoord op eerdergenoemde vragen te krijgen, zijn voorschrijvers en apothekers uitgenodigd om deel te nemen aan een discussiebijeenkomst over dit onderwerp. Zij zijn benaderd via de IVM-nieuwsbrief en social mediakanalen. Daarnaast is een oproep naar voorschrijvers verspreid via het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de expertgroep ADHD van het Kenniscentrum Kind- en jeugdpsychiatrie, het academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie Karakter, het vakblad Huisartsenservice, een aantal eerstelijns zorggroepen en directe mailing naar studentenartsen. Voor de wervingstekst voor voorschrijvers, zie bijlage 1. Apothekers zijn daarnaast benaderd door middel van berichtgeving via de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) en de Apotheek Kennisbank. De wervingstekst voor apothekers was vergelijkbaar met die voor voorschrijvers. Ook is een oproep gestuurd naar FTO-contactpersonen (FarmacoTherapeutisch Overleg) van het Instituut Verantwoord Medicijngebruik (IVM) met het aanbod een FTO over dit onderwerp te laten begeleiden door het IVM.

Vanwege de coronamaatregelen zijn de bijeenkomsten online, via Teams, georganiseerd. De discussiebijeenkomsten hadden de vorm van een focusgroep. Hiervoor is vooraf een programma opgesteld met relevante aspecten die we tijdens de discussiebijeenkomsten aan de orde wilden laten komen, zie bijlage 2. De deelnemers kregen eerst een korte introductie in het onderwerp aan de hand van een aantal quotes van studenten over hun ervaringen met oneigenlijk gebruik. Daarna is de deelnemers gevraagd toestemming te geven voor de beeld- en geluidsopname. Hierna vond de discussie plaats, waarbij we zoveel mogelijk een spontane discussie wilden laten plaatsvinden. De moderator stuurde zo nodig bij om alle relevante aspecten de revue te laten passeren. Op basis van de beeld- en geluidsopnames zijn letterlijke verslagen gemaakt, waarbij de deelnemers geanonimiseerd zijn. De opnames en verslagen zijn opgeslagen in een beveiligde map. De verslagen zijn de input geweest voor dit uiteindelijke rapport.

4. Uitkomsten

Algemeen

Het werven van zorgverleners verliep in eerste instantie niet eenvoudig. De eerste geplande data hebben we hierdoor moeten laten vervallen. Na meerdere berichten is het toch gelukt een aantal bijeenkomsten te organiseren. In vier bijeenkomsten met voorschrijvers is met in totaal 13 huisartsen, 8 kinder- en jeugdpsychiaters, 1 jeugdarts, 1 volwassenen psychiater en 1 kaderhuisarts GGZ gesproken. In drie andere bijeenkomsten is in totaal met 18 apothekers gesproken. Op de oproep richting FTO-contactpersonen heeft één FTO-groep gereageerd. Met deze groep is een gecombineerde bijeenkomst georganiseerd, waarbij zowel kennis is overgedragen als een discussie is gevoerd over het thema. Bij deze bijeenkomst waren 9 huisartsen en 3 apothekers aanwezig.

Vanwege de anonimiteit schrijven we in het stuk over de uitkomsten in dit rapport in de hij-vorm, onafhankelijk of de uitspraak door een mannelijke of vrouwelijke zorgverlener is gedaan.

Bewustzijn van handel en oneigenlijk gebruik

De deelnemende zorgverleners zijn veelal bekend met het oneigenlijk gebruik van ADHD-medicatie.

Zo zijn er patiënten die smoesjes gebruiken om extra medicatie van de arts voorgeschreven te krijgen. Apothekers geven aan dat het opletten is bij het verstrekken van ADHD-medicatie: sommige patiënten komen te vroeg voor hun herhaalrecept of krijgen grote hoeveelheden voorgeschreven.

Zowel bij studenten, coassistenten als bij artsen zien zorgverleners oneigenlijk gebruik. Een aantal herkent het ook nog uit de eigen studententijd. Meerdere apothekers vertellen dat ze het ook (een keer) gebruikt hebben in hun studententijd en er toen een lange tijd op konden studeren. Daarnaast weten zorgverleners dat moeders het ook van hun kinderen gebruiken om alle ballen in de lucht te kunnen houden. Meisjes/vrouwen met een eetstoornis gebruiken het ook om af te vallen. Daarnaast is er nog een groep gebruikers in de jeugdzorg plus. Zij hebben echter geen belang bij prestatieverhoging. Zij proberen dit te snuiven, gebruiken het meestal een paar keer en zijn er dan op uitgekeken. Dan gaan ze andere dingen proberen óf het verhandelen om geld te verdienen.

Een huisarts met studerende kinderen weet van zijn kinderen dat er geen taboe heerst op recreatief/incidenteel gebruik.

Studentenvereniging Vindicat heeft er zelfs een nummer over geschreven. Ook op de middelbare school worden deze middelen verhandeld weten meerdere zorgverleners te vertellen.

Huisartsen zien patiënten op het spreekuur die aangeven dat ze methylfenidaat (van iemand anders) gebruikt hebben. Aangezien dit goed werkte, vragen ze de huisarts dan om ook bij hen de diagnose ADHD te stellen en medicatie voor te schrijven. Een andere voorschrijver heeft meegemaakt dat een patiënt een recept had nagemaakt van een collega. Die patiënt bleek onder druk gezet te zijn door medestudenten om het middel weer af te geven.

Is het een probleem?

De meningen onder zorgverleners zijn verdeeld over het feit of het oneigenlijk gebruik een probleem is. Een deel van de zorgverleners vindt het een probleem, omdat het iets zegt over de maatschappij. De druk die jongeren ervaren om te presteren, en daardoor gevaarlijk gedrag gaan vertonen, is een groot probleem. Meerdere zorgverleners benoemen de 'maakbaarheid'. Door te medicaliseren creëer je irreële realiteiten. Ook kan het oneigenlijk gebruik andere problemen maskeren. Verder vinden ze het een probleem doordat jongeren heel makkelijk denken over het gebruik. Het wordt gezien als een paracetamol, terwijl zorgverleners vinden dat het een medicament is dat je niet recreatief moet gebruiken. Zij vinden het zorgelijk dat mensen dit zonder controle gebruiken. Bij middelen die via internet worden gekocht is daarnaast vaak niet duidelijk wat erin zit.

Een arts vertelt ook dat studenten soms hoge doseringen gebruiken. De vraag is dus of dit gebruik te vergelijken is met gebruik op voorschrift met betrekking tot bloedspiegels en bijwerkingen. Meerdere zorgverleners zien daarmee ook dat er risico's aan het gebruik zitten die schade kunnen geven, zoals bijwerkingen en hart- en vaatziekten. Studenten die de middelen oneigenlijk gebruiken beseffen mogelijk niet dat ook zij bijwerkingen kunnen krijgen. Daarnaast geven de artsen aan dat er weinig data bekend zijn over het gebruik bij volwassenen.

Voorschrijvers geven aan dat groepsdruk en placebo-effect een grote rol spelen. Het is een probleem doordat jongeren het idee hebben dat ze het nodig hebben. Een voorschrijver vraagt zich af wat er gebeurt als methylfenidaat niet helpt. 'Wat gaan ze dan nog meer gebruiken?' Een apotheker denkt ook dat het drempelverlagend werkt voor het grijpen naar andere drugs.

Een kinder- en jeugdpsychiater vertelt dat de grote meerderheid er geen lichamelijke problemen van ondervindt. Maar er zijn altijd mensen die steeds meer gaan gebruiken. Voor die enkeling is het wel een probleem. Als extra kwetsbare groepen noemt hij jongeren met een psychotische kwetsbaarheid of eetstoornis. 'Wat als jij de voorschrijver bent en niet oplet hoe het gebruikt is?'

Voorschrijvers, maar vooral apothekers benadrukken dat de middelen onder de Opiumwet vallen en dat er daarom niet door patiënten mee rondgestrooid mag worden.

Een kinder- en jeugdarts benoemt daarnaast dat het ook een gatewaydrug kan zijn om meer te gaan dealen. Het dealen begint dan met methylfenidaat, waarmee ze zelf begonnen zijn. Als ze ouder zijn is het coke. Het is daarmee ook een maatschappelijk probleem; geld verdienen op een criminele manier.

Een apotheker vindt het ook een probleem doordat degene die het voorgeschreven heeft gekregen er verantwoordelijk mee om moet gaan en dit dus niet doet.

Een groep van huisartsen vindt het vooral een probleem dat hun herhaalreceptuur, en daarmee de gezondheidszorg, misbruikt wordt voor oneigenlijk gebruik. Dit probleem vinden ze groter dan het experimenteel gebruik van methylfenidaat.

'Waarom zou je op blote voeten lopen als je ook Nikes kunt gebruiken.'

Anderen vragen zich af of het wel een probleem is en of er gevaren zijn. 'De nadelen zijn niet dusdanig ernstig. Voordelen zijn er veel meer voor ze.' Bijwerkingen lijken mee te vallen, cardiale bijwerkingen zien ze nauwelijks voorbijkomen. Incidenteel gebruik tijdens examenperiodes lijkt hen minder schadelijk dan gebruik van drugs of alcohol. 'Van Ritalin® weet je in ieder geval nog wat erin zit'. Een apotheker vertelt dat hij hoort dat de studenten een beetje rondvragen voordat ze het gaan proberen. Hij heeft nog nooit gehoord dat iemand zichzelf heeft overgedoseerd. 'Criminaliteit is niet hoog, opnames zijn niet hoog, dus wat is het probleem als je kijkt naar harde eindpunten?'

Meerdere huisartsen vragen zich wel af hoe vaak dit incidentele gebruik uitmondt in dagelijks gebruik. Dan vinden ze namelijk wel dat er sprake is van een probleem. Een huisarts, die onderwijs aan geneeskundestudenten geeft, zegt: 'De prestatiedruk op geneeskundestudenten is erg hoog, dus ik kan me echt wel voorstellen dat het tijdens de opleiding vaak wordt gebruikt.' Een ander benoemt: 'Ik kan me echt wel voorstellen dat je het steeds meer wil gaan gebruiken, omdat het je zo erg helpt.' Een apotheker die zelf methylfenidaat oneigenlijk heeft gebruikt, vertelt dat hij het gebruik naar vond. 'Je slaapt niet, eet niet, krijgt maagdarmlachten. Maar ik deed het niet voor mijn lol. Ik merkte wel dat ik echt veel langer door kon met leren, dus of dat een gegarandeerd beter cijfer oplevert, ja dat weet je niet maar de pay-off was het op dat moment waard. Die slaapproblemen kunnen ook echt nog wel vijf dagen aanhouden.'

Een aantal artsen realiseert zich dat zij wel eens - op verzoek van de patiënt - tijdens examenperiodes een aantal tabletten methylfenidaat voorschrijven, als prestatieverhogend middel. Zij zien dit als gecontroleerd oneigenlijk gebruik en doen dit omdat zij denken dat de patiënt het anders via andere, niet gecontroleerde kanalen, gaat betrekken. Sommige apothekers bevestigen dat ze deze recepten in de apotheek voorbij zien komen. Andere voorschrijvers zijn hier streng op tegen. Meerdere voorschrijvers waarschuwen dat voorschrijvers een effect bij kortdurend gebruik voor tentamens, mogelijk als gevolg van placebo-effect, niet moeten bekrachtigen.

Volgens hen zou het gebruik beperkt moeten blijven tot patiënten met ADHD, waarvoor het middel ook is geregistreerd. Een apotheker ziet juist een belangrijke rol voor een voorschrijver om uit te leggen dat het niet verstandig is om deze middelen oneigenlijk te gebruiken, in plaats van ze voor een tentamenperiode voor te schrijven. Een andere apotheker vindt dat een arts integer te werk hoort te gaan. Hij vindt het dus een groter probleem dat huisartsen de middelen voor oneigenlijk gebruik voorschrijven dan dat een student het zelf online koopt.

Binnen de groepen zijn er discussies over het effect van methylfenidaat bij mensen zonder ADHD. Een aantal voorschrijvers is van mening dat het bij mensen zonder ADHD misschien wel iets verbetering kan geven, maar dat dit effect nauwelijks meetbaar is in de leerprestaties. Anderen verwachten zowel bij mensen mét als zónder ADHD-effect op het concentratievermogen en daarmee op de leerprestaties.

Richtlijnen volgen

Diagnostiek en starten met medicatie

De meeste deelnemende huisartsen geven aan dat de richtlijnen helder zijn, maar dat ze liever niet zelf de diagnose stellen. Ze geven aan dat ze de diagnostiek te complex vinden. Ze sturen hun patiënten door naar een expertisecentrum. Een huisarts benoemt als voordeel van het expertisecentrum dat zij ook begeleiding en leefstijladviezen geven. Als huisarts kan hij dit niet geven. Stelt een deelnemende huisarts wel zelf de diagnose, dan heeft dit meestal te maken met de lange wachttijden in de tweede lijn. Dan nog stellen zij alleen de diagnose bij een zeer duidelijk beeld van ADHD.

De ervaringen van huisartsen met expertisecentra zijn wisselend. De ene huisarts geeft aan dat de diagnosestelling zeer nauwkeurig gedaan werd. Anderen hebben juist de ervaring dat er maar magere diagnostiek plaatsvindt en veel patiënten al na één dag met een voorschrift voor medicatie terugkomen.

De deelnemende huisartsen geven aan dat ze ook heel wat huisartsen kennen die wel zelf de diagnose stellen. Ze beschrijven verhalen vanuit andere praktijken waarbij de huisarts methylfenidaat voorschrijft zonder correcte diagnosestelling. Vaak wordt methylfenidaat dan experimenteel gestart. Ook ouders starten vaak experimenteel met medicatie van een ander kind wanneer een broertje of zusje ook symptomen van ADHD laat zien. Een kinder- en jeugdpsychiater geeft aan dat in zijn regio veel kinderartsen starten met het voorschrijven van medicatie zonder goede diagnosestelling. Ook zij starten de medicatie experimenteel. Worden deze kinderen overgenomen door de kinder- en jeugdpsychiatrie, dan is het heel lastig om de medicatie weer te stoppen. Mensen kiezen mogelijk voor de kinderarts, omdat ze niet willen dat hun kind een stempel krijgt over het feit dat het kind bij de kinderpsychiatrie loopt. Daarnaast zijn wachtlijsten voor kinderpsychiatrie lang.

Het merendeel van de deelnemende huisartsen was redelijk jong. Ze geven aan dat ze vanuit de opleiding steeds geleerd te hebben om volgens de NHG-richtlijnen te werken en door te verwijzen wanneer dat nodig is. Ze vermoeden dat de oudere generatie dit (veel) minder doet.

Meerdere voorschrijvers ervaren druk vanuit scholen om diagnoses te stellen of medicatie voor te schrijven. Vaak als gevolg van de overvolle klassen. Ook zien huisartsen dat ouders aandringen op medicatie wanneer belangrijke prestaties moeten worden geleverd. Een apotheker ervaart soms ook druk om de middelen af te leveren, maar dan vanuit de patiënt zelf. Deze geeft dan aan dat hij doosjes kwijt is of ergens anders heeft laten liggen. Andere apothekers geven aan dat dit wel speelt bij opioïden en benzodiazepinen, maar niet bij ADHD-medicatie.

Meerdere zorgverleners geven echter ook aan dat er soms sprake is van onderdiagnostiek.

Niet-medicamenteuze behandelingen

Een groep voorschrijvers (eerste en tweede lijn) gelooft niet dat niet-medicamenteuze behandelingen equivalent zijn aan pillen. Huiswerkbegeleiding, koptelefoons op school of een wiebelstoel kunnen mogelijk wel helpen, maar zijn niet equivalent. Een andere huisarts is juist zeer streng in het voorschrijven van medicatie. Hij ziet medicatie als ondersteuning in de totale behandeling. Educatie vindt hij juist ook heel erg belangrijk. Een ander noemt gedragstherapie de hoeksteen van de behandeling. 'Methylfenidaat doet iets met de symptomen, maar verandert je leefwijze niet.' Helaas ziet hij zelden een patiënt terugkomen uit de tweede lijn mét diagnose maar zónder medicatie.

Meerdere deelnemers geven aan dat het voor een deel een maatschappelijk probleem is. Waar vroeger een kind gewoon druk was, moet er nu, vanuit onmacht van de ouders of school, een pil in. De verwachting van het effect van pillen bij ouders en school is groot. Voorschrijvers geven aan dat het vaststellen van een diagnose mogelijk ook wel beïnvloedbaar is. Willen ouders dat het kind ADHD-medicatie krijgt, dan zijn de vragenlijsten zo in te vullen dat die uitkomst - ADHD - eruit rolt.

Evaluatie

Een kinder- en jeugdpsychiater beschrijft een concrete procedure van controles tijdens instel- en onderhoudsperiode. Door gesprekken met huisartsen in de regio weet hij ook dat niet alle patiënten in de eerste lijn langskomen voor de halfjaarlijkse controles. Huisartsen geven aan dat de controles erg reactief beschreven staan in de NHG-Standaard ADHD bij kinderen (2014). Dit terwijl juist bij deze behandeling evaluatie belangrijk is, geeft een kinder- en jeugdpsychiater aan. Huisartsen geven aan dat bij bijvoorbeeld cardiovasculair risicomangement de controles veel proactiever geregeld zijn. Zou er voor psychofarmaca een vergelijkbaar zorgpad zijn vanuit de zorgverzekeraar, dan zou hier mogelijk meer tijd voor gemaakt worden om dit goed in te richten.

Huisartsen bespreken tijdelijk stoppen (drug holiday) met hun patiënten, maar horen vaak terug dat dat niet goed ging. De ouders geven aan dat de klachten terugkeren na het stoppen met de medicatie. Hierop wordt het middel dan weer gestart. Ander deel van de patiënten wil überhaupt niet tijdelijk stoppen. Ook het motiveren van patiënten/ouders voor het inlassen van een 'drug holiday' vinden sommige huisartsen lastig. Artsen geven aan dat er ook een subtielere manier is om te kijken naar de effectiviteit van het middel. Zij doen expliciet navraag naar de momenten waarop de patiënt het gebruikt en nodig heeft. Hiermee zijn niet medicamenteuze dagen/momenten in te bouwen. Een advies van een arts is: 'Gebruik het alleen als je het nodig hebt en niet als je het niet nodig hebt.'

Huisartsen brengen het onderwerp stoppen niet vaak ter sprake met hun patiënten. Huisartsen hebben niet altijd ten doel om de medicatie uiteindelijk te stoppen. Een huisarts geeft aan te gaan voor zo laag mogelijk en zo min mogelijk. Een andere huisarts geeft aan het juist in te steken op 'Het kan gestopt worden, dus laten we kijken of je zonder kunt.' Hij geeft aan dat het belangrijk is om de patiënt hierin steeds te blijven motiveren en hem niet in één keer voor het blok te zetten. Meerdere huisartsen vertellen ook dat ze zien dat jongeren zelf stoppen met medicatie rond hun achttiende. De keuring die anders nodig is voor het rijbewijs kan een reden zijn. Maar ook willen pubers liever impulsiever en excentrieker zijn dan afgevlakt.

Overdracht vanuit tweede lijn

De deelnemende huisartsen ervaren over het algemeen geen problemen met het overnemen van de medicamenteuze behandeling van stabiel ingestelde patiënten met een overdrachtsbrief vanuit de tweede lijn. Kinder- en jeugdpsychiaters staan hier ook achter. Iedereen is het erover eens dat de behandeling van meer complexe patiënten in de tweede lijn plaats hoort te vinden. Een kinder- en jeugdpsychiater geeft aan dat hij probeert patiënten zoveel mogelijk weer over te dragen aan eerste lijn, maar dat er ook huisartsen zijn die weigeren om hun patiënten weer terug te nemen. Door een tekort aan psychiaters lijken huisartsen hier echter niet aan te kunnen ontkomen.

Huisartsen hebben wisselende ervaringen met de overdracht. Een aantal centra hebben een handig overzicht van aandachtspunten bij de behandeling en een hulplijn voor laagdrempelig overleg. Een huisarts heeft de ervaring dat de overdracht (van controles) vanuit de kinderarts vaak mist. Ook de overdracht vanuit de GGZ is soms summier en het moment van overdracht lijkt niet altijd logisch voor de huisarts. Een andere huisarts geeft aan dat hij patiënten terugverwezen kreeg waarbij de diagnose gesteld was met het verzoek om medicatie te starten. Hij had verwacht dat dit in de tweede lijn gestart zou zijn. Bij andere patiënten is er wel een duidelijke overdracht en dan verloopt het prima. Een kinder- en jeugdpsychiater realiseert zich dat door deze bijeenkomst dat hij ook bij de overdracht meer alert moet zijn op oneigenlijk gebruik bij kinderen.

Huisartsen geven toe dat soms de overdrachtsbrief wel verwerkt is, maar dat er daarna niets mee gebeurt. Daarmee raakt de patiënt dan uit beeld. Afhankelijk van de tijd die de huisarts heeft, krijgt hij hier wel of geen zicht op.

Een kinder- en jeugdpsychiater had zich niet gerealiseerd hoe moeilijk het voor huisartsen kan zijn om de zorg over te nemen. 'Iemand zou zo maar 40 jaar ADHD-medicatie kunnen gebruiken als je niet oppast.'

Preventieve rol zorgverlener

Controlemomenten

Meerdere huisartsen concluderen dat ze op dit moment onvoldoende controle hebben op het gebruik van psychofarmaca in het algemeen en ADHD-medicatie specifiek. Ze hebben hier geen goed oproepsysteem voor, waardoor de verantwoordelijkheid nu voor een groot deel bij de patiënt ligt. De NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* (2014) adviseert om tweemaal per jaar een evaluatieconsult te hebben met patiënten met ADHD-medicatie. Meerdere artsen geven aan dat ze dit nu niet doen. Meerdere huisartsen vragen zich af of een deel van de controles door een praktijkondersteuner GGZ/jeugd of door een physician assistent gedaan zou kunnen worden. Samen concluderen ze dat de praktijkondersteuners op dit moment onvoldoende geschoold zijn op dit onderwerp. Een huisarts vertelt over de inzet van gespecialiseerde kinder- en jeugdpsychologen in huisartsenpraktijken. Zij worden ingezet vanuit de gemeente. Hierdoor is er in zijn praktijk goede controle op patiënten met ADHD. Ze hebben ook de afspraak gemaakt dat er altijd twee consulten per jaar moeten zijn. Ze gebruiken hiervoor verschillende vormen, zoals bellen, appen, fysieke afspraken of een e-consult.

Herhaalreceptuur

Zorgverleners zien een rol bij het terugdringen van oneigenlijk gebruik door alerter te zijn bij herhaalreceptuur. Hier lijkt op dit moment wel verschil in te zitten tussen de deelnemende artsen. Soms is er bij het aanvragen van herhaalreceptuur twijfel over het werkelijke gebruik. Afhankelijk van de tijd die er is, gaat een huisarts hier dan achteraan of niet. Andere voorschrijvers hebben de ervaring dat recepten voor ADHD-medicatie verdwijnen in een herhaalservice of medicijnrol zonder accordering of controle van een arts. Apothekers benoemen juist de voordelen van een herhaalservice, zoals een toegenomen therapietrouw. Daarnaast zijn uitgedrukte pillen minder interessant voor doorverkoop.

Een huisarts vertelt dat hij de verantwoordelijkheid voor herhaalreceptuur heeft overgedragen aan zijn assistentes. Bij het aanvragen van herhaalrecepten kijken zij of het recept niet te vroeg is aangevraagd en of een controle nodig is. Andere artsen kijken hier zelf heel kritisch naar bij elk herhaalrecept. Óf schrijven alleen medicatie voor na een controleafspraak. Een andere kinder- en jeugdpsychiater vertelt dat bij hen de afspraak is gemaakt dat een waarnemer slechts voor maximaal dertig dagen mag voorschrijven.

Eenvoudig onderschept

Een huisarts vertelt over een casus waarbij hij er bij de controle van de buffer achter kwam dat een patiënt opvallend vaak herhalingen voor methylfenidaat aanvraagde. Hij belde de patiënt op. De patiënt vertelde openhartig dat hij het middel doorverkocht. Hij was zeer verbaasd dat dit niet de bedoeling was. Daarnaast was hij nog meer verbaasd dat de huisarts het recept niet meer wilde uitschrijven.

Werkelijk gebruik

Inzicht krijgen in het werkelijk gebruik blijkt voor meerdere voorschrijvers lastig te zijn. Kinderen/jongeren hebben soms op meerdere plekken een voorraad medicatie liggen. Zoals op school, bij de meester/juf als noodvoorraad. Of wanneer ouders gescheiden zijn en er dus bij beide ouders voorraad ligt. Er zijn ook gezinnen waarbij meerdere gezinsleden ADHD-medicatie krijgen voorgeschreven. Wanneer gezinsleden van elkaars voorraad gebruiken, raakt het overzicht op werkelijk gebruik kwijt. Daarnaast gebruiken patiënten de middelen niet altijd volgens een vast schema. Een aantal voorschrijvers vraagt het werkelijk gebruik exact uit en schrijft op basis hiervan een hoeveelheid voor tot de volgende afspraak. Een kinder- en jeugdpsychiater vraagt vervolgens bij het volgende consult altijd na of de patiënt nog voorraad thuis heeft, om hiermee het werkelijke gebruik nogmaals te checken. Een deel van hen noteert het werkelijk gebruik ook op het recept, zodat ook de apotheker hiervan op de hoogte is. Andere voorschrijvers vermelden alleen de dagdosering en niet hoe vaak per week de patiënt het middel gaat gebruiken.

Apothekers geven aan dat ze het lastig vinden 'overgebruik' te signaleren. Wanneer ADHD-medicatie per drie maanden geleverd wordt en de patiënt dan tien dagen te vroeg een herhaalrecept aanvraagt, gaat er nu bij de meeste apothekers geen alarmbel af dat er sprake zou kunnen zijn van misbruik. Verder is voor hen ook niet na te gaan of de patiënt de pillen zelf inneemt of verkoopt. Een apotheker vertelt wel dat hij alerter is op herhaalrecepten met dexamfetamine. Dit middel wordt vaker bij volwassenen voorgeschreven en hij verwacht bij die patiëntengroep meer problemen.

Apothekers geven aan dat ze nooit het gebruik op een recept aanpassen op verzoek van een patiënt. Geeft de patiënt aan dat het gebruik verhoogd is, dan verifiëren de apothekers dit altijd bij de voorschrijver.

Bespreken oneigenlijk gebruik

Huisartsen geven aan dat ze het oneigenlijk gebruik van middelen vaker willen bespreken tijdens de halfjaarlijkse controle, maar vinden het soms ook lastig hoe ze dit moeten verwoorden. Een kinder- en jeugdpsychiater geeft als tip om het suggestiever te vragen: 'Wanneer gebruik je het niet?' Hiermee kun je het werkelijk gebruik inzichtelijk krijgen. Een huisarts vertelt over zijn methode van vragen: 'We weten dat studenten wel eens ADHD-medicatie vragen aan studenten met ADHD. Krijg jij die vraag ook?' Of: 'Hoe vaak deel jij je pillen uit aan vrienden?'

Hoeveelheden

Zorgverleners noemen alertheid op voorschrijf- en afleverhoeveelheden als aandachtspunt. Heeft een patiënt een grote voorraad thuis, dan is verkoop aantrekkelijk. Bij de start van een langwerkend middel levert de apotheker soms een grotere hoeveelheid af dan de voorschrijver bedoeld had. Dit gebeurt doordat de pillen in een potje met droogpatroon zitten en deze verpakking niet aangebroken mag worden. Een aantal apothekers informeert de voorschrijver hierover, een aantal ook niet. Zowel huisartsen als apothekers vragen zich wel af of recepten voor een korte termijn het probleem oplossen of alleen verschuiven. Het belangrijkste in dit geheel is dat de voorgeschreven hoeveelheid overeenkomt met het besproken werkelijke gebruik.

Apothekers gaan wisselend om met de aflevertermijn. De één geeft aan ADHD-medicatie grotendeels per maand af te leveren, terwijl de ander per drie maanden aflevert. Gaat het om hele hoge doseringen – en dus hoeveelheden –, dan gaan apothekers vaker over op maandlevering. Bij deze recepten vragen zij zich ook wel eens af of het gebruik op het recept wel klopt met het werkelijke gebruik.

Toedieningsvorm

Langwerkende preparaten zijn minder geliefd voor verkoop, misbruik en verslaving. Kinder- en jeugdpsychiaters schrijven bij voorkeur dus geen kortwerkende preparaten voor en zetten de medicatie bij patiënten zo snel mogelijk om naar een langwerkend preparaat. In verband met therapietrouw wordt de medicatie bij jongeren die naar de middelbare school gaan vaak al omgezet naar een langwerkend preparaat. Huisartsen geven aan dat de NHG-Standaard ADHD bij kinderen (2014) de voorkeur geeft aan kortwerkende preparaten. De meeste huisartsen nemen de receptuur over van de tweede lijn en passen de dosering of toedieningsvorm alleen aan bij klachten en in overleg met de tweede lijn. De huisartsen van de FTO-groep geven dan ook unaniem aan dat ze er niet achter kunnen staan om preventief alle gebruikers om te zetten naar een langwerkend preparaat.

Overgebleven medicatie

Tijdens de behandeling kunnen patiënten overstappen op een andere dosering, toedieningsvorm of helemaal stoppen. De vraag is wat er gebeurt met de overgebleven medicatie. Een kinder- en jeugdpsychiater kan zich voorstellen dat een (bijstands)moeder of jongere de middelen dan doorverkoopt. Een apotheker benoemt het feit dat de kosten van de medicatie niet altijd van het eigen risico afgaan, waardoor het ook lucratief kan zijn om de middelen te verkopen. Geen van de deelnemers geeft aan afspraken te hebben gemaakt over overgebleven medicatie.

Voorlichting

De zorgverleners concluderen wel unaniem dat een goede controle niet uitsluit dat een patiënt het middel oneigenlijk gebruikt of doorverkoopt. Het is dus belangrijk voorlichting te geven richting jongeren over oneigenlijk gebruik.

Bijlage 1

Wervingstekst

Korte tekst

Het IVM zoekt huisartsen, studentenartsen en psychiaters die tijdens een digitale bijeenkomst in oktober of november mee willen discussiëren over gebruik van ADHD-medicatie door jongeren. Er is per deelnemer een vergoeding van € 150,- beschikbaar. Het aantal plaatsen is beperkt, dus reageer snel! Opgeven kan via deze link [<link naar webshop IVM>](#).

Achtergrond

Het IVM voert een inventarisatie uit naar het gebruik van ADHD-medicatie door jongeren. Uit eerder onderzoek blijkt dat sommige jongeren zonder ADHD-middelen zoals methylfenidaat gebruiken. Bijvoorbeeld tijdens examenperiodes. Dit brengt risico's met zich mee voor de gebruiker. De vraag is hoe de jongeren aan deze middelen komen en welke preventieve rol voorschrijvers hierbij kunnen spelen. We willen dit verder onderzoeken door met huisartsen, studentenartsen en psychiaters in gesprek te gaan.

Hoe gaat de bijeenkomst in zijn werk?

Met een groep van maximaal 8 deelnemers zullen we via Microsoft Teams ongeveer 1,5 uur discussiëren over het gebruik van ADHD-medicatie door jongeren. Een moderator zal deze discussie begeleiden.

Voorafgaand aan de bijeenkomst ontvang je via de mail een uitnodiging met de link naar Microsoft Teams. Via Teams nemen we de bijeenkomst op. Uiteraard gaan we vertrouwelijk om met alles wat besproken wordt en verwerken we alle resultaten anoniem.

Er is per deelnemer een vergoeding van € 150,- beschikbaar. In de mail die we voorafgaand sturen vind je een declaratieformulier als bijlage en verdere instructies voor de afhandeling.

Is de bijeenkomst voor mij bedoeld?

Ben je huisarts, studentenarts of psychiater? En ben je betrokken bij de behandeling van kinderen en jongeren tot 25 jaar met ADHD? Dan is deze bijeenkomst voor jou bedoeld!

Op welke momenten vinden de bijeenkomsten plaats?

De bijeenkomsten vinden plaats op de volgende data:

- Donderdag 28 oktober van 18.30 tot 20.00 uur
- Maandag 1 november van 18.30 tot 20.00 uur
- Dinsdag 9 november van 18.30 tot 20.00 uur
- Donderdag 11 november van 18.30 tot 20.00 uur

Bij het aanmelden kun je aangeven op welke dag je wilt deelnemen. Je kunt maar 1 keer meedoen.

Wat gebeurt er met mijn gegevens?

De resultaten van de bijeenkomsten gebruiken we als input voor het optimaliseren van de zorg rondom ADHD-medicatie. We maken een geluids- en beeldopname van de bijeenkomst. Deze gebruiken we alleen voor de uitwerking van de bijeenkomsten.

Hoe kan ik mij opgeven?

Opgeven kan via de webshop van het IVM. Klik [hier](#) om je datum te kiezen.

Bij wie kan ik aanvullende vragen stellen?

Voor meer informatie kun je contact opnemen met Marieke van den Berk-Bulsink (m.berk@ivm.nl).

Bijlage 2

Onderzoeksvragen

Vragen voor voorschrijvers

1. Zijn jullie bekend met de handel en het oneigenlijk gebruik van prestatieverhogende middelen?
Zorg dat aan bod komt
 - Hebben voorschrijvers hier zicht op?
 - Via welke kanalen hebben voorschrijvers hier zicht op?
2. In hoeverre vinden jullie de handel en het oneigenlijk gebruik een probleem?
Zorg dat aan bod komt
 - Vinden voorschrijvers het een probleem?
 - Voelen zij zich verantwoordelijk voor dit probleem?
3. Vinden jullie dat er te makkelijk ADHD-medicatie wordt voorgeschreven?
Zorg dat aan bod komt
 - Waaraan merken de voorschrijvers dat er te makkelijk wordt voorgeschreven?
 - Vinden voorschrijvers dat de diagnose te makkelijk gesteld wordt?
 - Zo ja, hoe komt het dat er sprake is van overdiagnostiek?
 - Wordt de behandeling geëvalueerd? En hoe dan, welke richtlijnen of lokale/regionale werkafspraken gebruiken zij hierbij?
 - Vragen zij na hoe het daadwerkelijke gebruik is?
 - Hoe gaan ze om met aflevertermijnen/hoeveelheden?
4. Ervaren jullie druk vanuit jongeren en/of hun ouders om prestatieverhogende middelen voor te schrijven?
Zorg dat aan bod komt
 - In hoeverre speelt druk vanuit de jongeren en/of ouders een rol bij het voorschrijven van prestatie bevorderende middelen?
 - Zo ja, zijn er verschillen tussen voorschrijvers in hoe zij hiermee omgaan?
 - Hoe kijken jullie naar niet-medicamenteuze behandelingen bij ADHD?
 - Hoe kijken jongeren en hun ouders naar niet-medicamenteuze behandelingen bij ADHD?

5. Hoe kunnen voorschrijvers de handel en het oneigenlijk gebruik helpen verminderen?

Zorg dat aan bod komt

- Zouden ze als voorschrijver een bijdrage willen leveren om het probleem te verminderen? Zo ja, hoe?
- Laat nadenken over de genoemde knelpunten. Denk bijvoorbeeld aan:
 - Onduidelijkheid in diagnostiek
 - Onduidelijkheid in starten, herhalen en evalueren van medicatie
 - Beperkte beschikbaarheid (wachtlijsten) alternatieve niet-medicamenteuze behandelingen
 - Bespreekbaar maken van vermoeden verhandelen

Vragen voor apothekers

1. Zijn jullie bekend met de handel en het oneigenlijk gebruik van prestatieverhogende middelen?

Zorg dat aan bod komt

- Hebben apothekers hier zicht op?
- Via welke kanalen hebben apotheker hier zicht op?

2. In hoeverre vinden jullie de handel en het oneigenlijk gebruik een probleem?

Zorg dat aan bod komt

- Vinden apothekers het een probleem?
- Voelen zij zich verantwoordelijk voor dit probleem?

3. Welke acties ondernemen jullie op dit moment als apothekers om afwijkend gebruik te signaleren?

Zorg dat aan bod komt

- Bespreken jullie het met de patiënt of arts als jullie afwijkend gebruik signaleren?
- Hoe wordt hierop gereageerd vanuit de patiënt en arts?
- Welke controles voeren apothekers uit?
- Vragen zij na hoe het daadwerkelijke gebruik is?
- Hoe gaan ze om met aflevertermijnen/hoeveelheden?
- Hoe handel je als je het signaleert?

4. Ervaren jullie druk vanuit jongeren en/of hun ouders om prestatieverhogende middelen af te leveren?

Zorg dat aan bod komt

- In hoeverre speelt druk vanuit jongeren en/of ouders een rol bij het afleveren van prestatie bevorderende middelen?
- Zo ja, zijn er verschillen tussen apothekers in hoe zij hiermee omgaan?

5. Wat doen jullie nu al om oneigenlijk gebruik te voorkomen?

6. Wat zouden jullie als apotheker nog meer kunnen doen om de handel en het oneigenlijk helpen te verminderen?

Zorg dat aan bod komt

- Zouden ze als apotheker een bijdrage willen leveren om het probleem te verminderen? Zo ja, hoe?
- Laat nadenken over de genoemde knelpunten. Denk bijvoorbeeld aan:
 - Onduidelijkheid in diagnostiek
 - Onduidelijkheid in starten, herhalen en evalueren van medicatie
 - Beperkte beschikbaarheid (wachtlijsten) alternatieve niet-medicamenteuze behandelingen
 - Bespreekbaar maken van vermoeden verhandelen

