

NHG-Standaard ADHD (M104)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18

NHG-werkgroep: Van de Geer R, Greving J, Hoekstra P, Koen M, Kurver M, Van
Manen S, Marchal S, Obermann S

Versie 2.0,maand, jaar (*note: vorige versie is van november 2014*)

Leeswijzer:

- geel gearceerd: inhoudelijke herziene of nieuwe tekst
- grijs gearceerd: alleen tekstueel aangepast

19 Belangrijkste wijzigingen

- 20 • De bijlage ‘Aandachtspunten bij patiënten ≥ 18 jaar die ADHD-middelen
21 gebruiken’ van het NHG-Standpunt ‘Herhalen specialistische medicatie’ over is
22 verplaatst naar deze standaard. Daarmee is de scope uitgebreid.
- 23 • Er zijn meer leefstijladviezen voor kinderen met ADHD toegevoegd.
- 24 • De medicamenteuze opties bij kinderen zijn aangepast en uitgebreid.
25 Kortwerkend en langwerkend methylfenidaat zijn nu gelijkwaardige opties als
26 eerste keus. Bij onvoldoende effect of te veel bijwerkingen van methylfenidaat zijn
27 als tweede keus dexamfetamine en lisdexamfetamine toegevoegd.
- 28 • Er is concrete informatie toegevoegd over het stoppen met medicatie bij
29 kinderen.
- 30 • De controles bij volwassenen zijn gewijzigd van halfjaarlijks naar minimaal
31 jaarlijks.
- 32

33 Kernboodschappen

- 34 • De huisarts en de JGZ hebben een rol in het herkennen van symptomen die op
35 ADHD kunnen wijzen. Ook voorlichting, opvoedingsadviezen en leefstijladviezen
36 kunnen plaatsvinden in de huisartsenpraktijk of in de JGZ.
- 37 • Overweeg ADHD bij een kind dat gedurende tenminste 6 maanden overmatig
38 druk, impulsief of onoplettend is wat leidt tot beperkingen in het functioneren in
39 diverse omgevingen (thuis, op school en onder leeftijdsgenoten).
- 40 • Kinderen met een vermoeden van ADHD, maar die niet voldoen aan de criteria
41 voor ADHD, kunnen wel baat hebben bij dezelfde voorlichting,
42 opvoedingsadviezen en leefstijladviezen.
- 43 • Diagnostiek van ADHD, gedragstherapie en medicamenteuze behandeling bij
44 kinderen is geen basisaanbod en vindt plaats in de GGZ of als facultatieve optie in
45 de huisartsenpraktijk.
- 46 • Diagnostiek en behandeling van ADHD bij volwassenen vindt plaats in de GGZ en
47 bestaat uit psychologische (zoals psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie
48 en coaching) en medicamenteuze behandelingen.
- 49 • Overweeg als facultatieve optie de behandeling van ADHD, inclusief controles en
50 het herhalen van ADHD-medicatie, over te nemen voor kinderen en volwassen
51 patiënten na stabiele medicamenteuze instelling in de GGZ .

52 Inleiding

53 Scope

- 54 • Herkenning van gedrag dat past bij aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis
55 (attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD) bij kinderen.
- 56 • Aanbevelingen voor verwijscriteria.

57 Facultatieve opties

- 58 • Diagnostiek en niet-medicamenteuze behandeling van ADHD bij kinderen
- 59 • (Her)starten en wijzigen van ADHD-medicatie bij kinderen
- 60 • Herstarten en van ADHD-medicatie bij volwassenen
- 61 • Controleren van kinderen en volwassenen met ADHD-medicatie na overdracht
62 vanuit tweede lijn

63 Buiten de scope

64 Diagnostiek en niet-medicamenteuze behandeling van volwassenen.

65

66 **Achtergronden**

67 **Begrippen**

68 **ADHD**

- 69 • ADHD is een classificatie van gedragskenmerken die meestal naar voren komt in
70 de kindertijd, maar soms pas op latere leeftijd zodanig op de voorgrond treedt dat
71 ze herkend wordt. De belangrijkste gedragskenmerken zijn onoplettendheid en
72 hyperactiviteit-impulsiviteit (zie het kader [Diagnostische criteria voor ADHD in](#)
73 [DSM-5](#)).
- 74 • De DSM onderscheidt 3 vormen van ADHD:
 - 75 ○ Het gecombineerde beeld, waarbij zowel sprake is van
 - 76 onoplettendheid als van hyperactiviteit-impulsiviteit.
 - 77 ○ Het overwegend onoplettende beeld (ook wel ADD genoemd).
 - 78 ○ Het overwegend hyperactieve-impulsieve beeld.
- 79 • De gedragskenmerken zijn aanwezig in 2 of meer omgevingen (thuis, op school, in
80 de omgang met leeftijdsgenoten of in clubverband).
- 81 • Gedragskenmerken die bij kinderen met ADHD vaak voorkomen, maar die niet tot
82 de DSM-criteria behoren, zijn:
 - 83 ○ prikkelbaarheid
 - 84 ○ opstandigheid
 - 85 ○ agressief gedrag
 - 86 ○ motorische onhandigheid
 - 87 ○ angst- of stemmingsklachten
 - 88 ○ leerproblemen
- 89 • Bovenstaande kenmerken kunnen wijzen op andere (comorbide) psychiatrische
90 aandoeningen (zie Comorbiditeit).

91 Zie ook: Detail Begrippen

92 **Diagnostische criteria voor ADHD in DSM-5**

93 **A** Voor een persisterend patroon van onoplettendheid en hyperactiviteit-impulsiviteit
94 moeten minimaal 6 van de 9 kenmerken aanwezig zijn geweest gedurende minstens 6
95 maanden, in een mate die niet in overeenstemming is met het ontwikkelingsniveau en die
96 een negatieve invloed heeft op sociale, schoolse of beroepsmatige activiteiten.

97 **1 Kenmerken van onoplettendheid**

- 98 • Vaak niet voldoende aandacht geven aan details en achteloos fouten maken.
- 99 • Vaak moeite de aandacht bij het spel of de taak te houden.
- 100 • Lijkt vaak niet te luisteren bij direct aanspreken.
- 101 • Volgt aanwijzingen vaak niet op en slaagt er niet in taken af te maken.
- 102 • Heeft vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten.
- 103 • Vermijdt vaak of heeft een afkeer van zich bezig te houden met taken die
104 langdurige geestelijke inspanning vereisen.
- 105 • Raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of activiteiten.
- 106 • Wordt vaak gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels.
- 107 • Is vaak vergeetachtig tijdens dagelijkse bezigheden.

108

109 **2 Kenmerken van hyperactiviteit en impulsiviteit**

- 110 • Beweegt vaak onrustig met handen of voeten, of draait in zijn stoel.
- 111 • Staat vaak op in situaties waar verwacht wordt dat men op zijn plaats blijft zitten.
- 112 • Rent vaak rond of klimt overal op in situaties waarin dit ongepast is (bij
- 113 adolescenten kan dit beperkt zijn tot gevoelens van rusteloosheid).
- 114 • Kan moeilijk rustig spelen of zich bezighouden met ontspannende activiteiten.
- 115 • Is vaak 'in de weer' of 'draaft maar door'.
- 116 • Praat vaak excessief veel.
- 117 • Gooit het antwoord er vaak al uit voordat de vraag afgemaakt is.
- 118 • Heeft vaak moeite op zijn beurt te wachten.
- 119 • Stoort vaak anderen of dringt zich op.

120

121 **B** Verscheidene kenmerken van onoplettendheid of hyperactiviteit-impulsiviteit waren
122 voor het 12e jaar aanwezig.

123 **C** Verscheidene kenmerken zijn aanwezig op 2 of meer terreinen (thuis, school, club,
124 werk).

125 **D** Er zijn duidelijke aanwijzingen dat de kenmerken interfereren met of de kwaliteit
126 verminderen van het sociale, schoolse of beroepsmatige functioneren.

127 **E** De kenmerken treden niet uitsluitend op in het beloop van schizofrenie of een andere
128 psychotische stoornis en kunnen niet beter worden verklaard door een andere psychische
129 stoornis.

130 **Epidemiologie**

- 131 • Van de kinderen < 16 jaar voldoet naar schatting 3 tot 5% aan de criteria voor
- 132 ADHD; bij volwassenen is dit ongeveer 3%.
- 133 • Naar schatting gebruikt 5% van alle kinderen een geneesmiddel vanwege ADHD.
- 134 • ADHD wordt vaker gediagnosticeerd bij jongens dan bij meisjes. Bij meisjes uit
- 135 ADHD zich vaker in onoplettendheid dan in hyperactiviteit-impulsiviteit.
- 136 • ADHD wordt vaker vastgesteld bij jongere ('vroeg') leerlingen dan bij oudere
- 137 ('late') leerlingen.
- 138 • Er is in Nederland geen verschil in prevalentie tussen kinderen met een Turkse,
- 139 Marokkaanse, Surinaamse of Nederlandse achtergrond.

140 Zie ook: Detail Epidemiologie

141 **Etiologie**

- 142 • ADHD wordt beschouwd als een multifactorieel bepaalde aandoening. Mogelijk
- 143 spelen genetische en omgevingsfactoren (zoals prematuriteit, laag
- 144 geboortegewicht, problemen in het gezin, lage sociaaleconomische positie) een
- 145 rol.
- 146 • Er is geen bekend mechanisme dat het gedrag bij ADHD veroorzaakt of verklaart.
- 147 Vanuit het neurodiversiteitsmodel wordt ADHD ook wel gezien als een variatie van
- 148 het menselijke brein. Vanuit deze visie is er ook aandacht voor de positieve
- 149 aspecten van de gedragskenmerken, in plaats van te focussen op de beperkingen.

150 **Comorbiditeit**

- 151 • Gedrag dat voldoet aan de criteria voor ADHD, gaat bij ongeveer 2 op de 3
- 152 kinderen samen met comorbiditeit, zoals:

- slaapproblemen (inslaapmoeilijkheden, onrustig slapen)
- algehele of specifieke leerstoornis (dyslexie, dyscalculie)
- depressie
- oppositionele-opstandige stoornis (oppositional defiant disorder, ODD), gekenmerkt door negatief, driftig en opstandig gedrag
- normoverschrijdend-gedragsstoornis (conduct disorder, CD), met agressie, liegen en vandalisme als kenmerken
- motorische stoornis, zoals developmental coordination disorder (DCD)
- ticstoornis
- angststoornis
- autismespectrumstoornis
- bipolaire stoornis
- Vanaf de puberteit komen vaak problemen voor in combinatie met ADHD, zoals:
 - criminaliteit
 - alcohol- en middelenmisbruik
 - ongeplande zwangerschap
 - voortijdig schoolverlaten
 - fysiek trauma/ ongeval

Zie ook: Detail Etiologie

Beloop

- Ongeveer 70 tot 90% van de kinderen die voldoen aan de criteria voor ADHD, houdt in de volwassenheid kenmerken van ADHD. Meestal verschuiven daarbij de problemen die op de voorgrond staan.
- In de vroege kinderjaren zijn de gedragsproblemen het opvallendst.
- In de basisschoolleeftijd komen de problemen met taakgerichtheid meer naar voren.
- In de adolescentie zal de hyperactiviteit dikwijls plaatsmaken voor:
 - innerlijke rusteloosheid en risicogedrag, wat tot uiting kan komen in een verhoogd risico op drugsgebruik en criminaliteit
 - sociale problemen door onhandigheid in de interactie met leeftijdsgenoten
- Op volwassen leeftijd is een gebrek aan organisatie, planning, beheer van geld en administratie vaak opvallend. Maar ook creativiteit, humor, het snel oplossingen vinden en veel ondernemen komen vaak naar voren. Soms zorgen psychiatrische comorbiditeit, verslaving en kwesties rond scholing, werk, relaties of ouderschap voor grotere problemen dan de ADHD-gedragskenmerken.

Zie ook: Detail Beloop

Richtlijnen diagnostiek

Algemeen

- Neem bij voorkeur de anamnese af met het kind en de ouder(s) samen en observeer de kind-ouderinteractie in de spreekkamer.
- Gedragskenmerken die passen bij ADHD zijn moeilijker te herkennen naarmate het kind jonger is. De gedragskenmerken zijn er vaak al wel op jongere leeftijd, maar passen dan bij het ontwikkelingsniveau zonder dat er sprake is van ADHD. Beoordeel gedragskenmerken daarom altijd in relatie tot de huidige ontwikkelingsfase van het kind.

- 199 • Diagnostiek van ADHD bij volwassenen vindt plaats in de GGZ.

200 Anamnese

201 Vraag naar:

- 202 • De aard van de problemen.
- 203 • Het begin en het beloop van de problemen.
- 204 • Tekenen van onoplettendheid, hyperactiviteit en impulsiviteit (zie het kader
- 205 Diagnostische criteria voor ADHD in DSM-5):
- 206 ○ problemen met organiseren
- 207 ○ vergeetachtigheid
- 208 ○ motorische onrust
- 209 ○ moeite met wachten
- 210 • Invloed die de problemen hebben op het functioneren thuis, met vrienden, op
- 211 clubs en op school (doubleren, onderpresteren, te laat komen, spijbelen). Houd
- 212 hierbij ook rekening met of een kind een vroege of late leerling is.
- 213 • Ontwikkeling van het kind.
- 214 • Motorische problemen.
- 215 • ADHD of psychiatrische aandoeningen in de familie.
- 216 • Eerder onderzoek en/of interventies (bijvoorbeeld door de JGZ)
- 217 • Roken, alcohol- en middelengebruik (ook energiedrankjes).
- 218 • Slaappatroon (onrustig slapen, inslaapproblemen, problemen met wakker
- 219 worden).
- 220 • Andere mogelijke verklaringen voor de problemen:
- 221 ○ Gebruik van bèta-2-sympathicomimetica.
- 222 ○ Gehoor- of visusproblemen.
- 223 ○ Psychosociale omstandigheden (gepest worden, scheiding van de
- 224 ouders, overlijden van een familielid, misbruik).

225 Lichamelijk onderzoek

- 226 • Wees alert op dysmorphe trekken die passen bij een congenitaal syndroom.
- 227 • Onderzoek het gehoor of de visus als de anamnese daartoe aanleiding geeft of win
- 228 daarover informatie in bij de JGZ (zie NHG-Standaard Slechthorendheid en NHG-
- 229 Standaard Visusklachten).

230 Zie ook: Detail Lichamelijk onderzoek

231 Aanvullend onderzoek (facultatief)

- 232 • Aanvullend onderzoek is een voorwaarde voor het classificeren van gedrag als
- 233 passend bij ADHD.
- 234 • Aanvullend onderzoek bestaat uit een semigestructureerd interview met de
- 235 ouders en de school (of andere omgeving waar de problemen zich voordoen).
- 236 • Het aanvullend onderzoek naar ADHD bij kinderen is geen basisaanbod en vindt
- 237 plaats in de GGZ of als facultatieve optie in de huisartsenpraktijk.
- 238 • Indien aanvullend onderzoek naar ADHD bij kinderen plaatsvindt in de
- 239 huisartsenpraktijk moet voldaan worden aan de volgende voorwaarden:
- 240 ○ Aanwezigheid van voldoende kennis en expertise over ADHD
- 241 (bijvoorbeeld bij een POH-GGZ Jeugd).
- 242 ○ Aanwezigheid van effectieve begeleidings- en behandel mogelijkheden.

- Samenwerking met een kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist die ADHD als aandachtsgebied heeft, met een kinder- en jeugdpsychiater of een kinderarts die ADHD als aandachtsgebied heeft en met een jeugdarts.
 - Periodieke evaluatie van de zorg en van de samenwerking.
- Zie ook: Detail Aanvullend onderzoek

Evaluatie

- Er is sprake van gedrag passend bij ADHD wanneer wordt voldaan aan de volgende criteria vastgesteld op basis van anamnese en aanvullend onderzoek:
 - tekenen van onoplettendheid, hyperactiviteit en/of impulsiviteit (zie het kader Diagnostische criteria voor ADHD in DSM-5)
 - het gedrag doet zich voor in 2 of meer omgevingen (thuis, school, omgang met leeftijdsgenoten, clubverband)
 - het gedrag leidt tot duidelijke beperkingen in het functioneren (bijvoorbeeld slechte sfeer in het gezin, lagere schoolprestaties dan verwacht, minder sociale contacten)
 - het gedrag is vóór het 12e levensjaar aanwezig
- Indien niet wordt voldaan aan bovenstaande criteria is er sprake van probleemgedrag met lichte beperkingen in het functioneren.

Differentiaal diagnose

Psychische, pedagogische of sociale omstandigheden

- normale leeftijdsgebonden sociaal-emotionele ontwikkeling
- (complexe) psychosociale omstandigheden
- verminderde pedagogische draagkracht van de ouders, verzorgers of school
- leerachterstand (algemene of specifieke beperkingen)
- slaapprobleem (weinig slaap kan druk gedrag en concentratieproblemen veroorzaken)
- verstandelijke beperking

Zie ook: Detail Leerachterstand

Somatische problematiek

- somatische aandoening (bijvoorbeeld gehoor- of visusprobleem)
- bijwerking van een (genees)middel (bijvoorbeeld bèta-2-sympathicomimetica)

Psychiatrische aandoeningen

- autismespectrumstoornis: verhoogde prikkelgevoeligheid, het kind heeft moeite met verbale en non-verbale communicatie, heeft repetitieve patronen in gedrag of interesses, heeft er moeite mee met veranderingen om te gaan
- oppositionele-opstandige stoornis: het kind ruziet met volwassenen en daagt uit, verliest vaak zijn kalmte, heeft grote moeite met gehoorzamen, heeft altijd de neiging tegen te zijn en iets anders te willen en heeft moeite de spelregels van andere kinderen op te volgen
- normoverschrijdend-gedragsstoornis: het kind is gewelddadig of gemeen naar mensen of dieren, vernielt bewust andermans bezittingen, steelt of is betrokken bij delinquent gedrag
- angst- of stemmingsstoornis: het kind maakt zich veel zorgen of huult vaak, heeft terugkerende gedachten aan de dood of suicide, is snel angstig en durft weinig

- ticstoornis: plotselinge, snelle, herhaalde, niet-ritmische motorische bewegingen of vocale uitingen die > 1 jaar aanwezig zijn
- middelenmisbruik

De genoemde situaties of aandoeningen kunnen ook in combinatie voorkomen.

Richtlijnen beleid kinderen tot 18 jaar

Algemeen

- Het beleid bij kinderen met probleemgedrag met lichte beperkingen in het functioneren bestaat uit voorlichting, opvoedingsadviezen en leefstijladviezen (zie ook tabel 1).
- Het beleid bij kinderen met ADHD bestaat uit (zie ook tabel 1):
 - Voorlichting, opvoedingsadviezen en leefstijladviezen
 - Gedragstherapie (facultatief)
 - Behandeling met medicatie (facultatief)

Organisatie van zorg

- Voorlichting, opvoedingsadviezen en leefstijladviezen kunnen plaatsvinden in de huisartsenpraktijk, JGZ of GGZ.
- Gedragstherapie en het starten van medicatie zijn geen basisaanbod en vinden plaats in de GGZ of als facultatieve optie in de huisartsenpraktijk indien:
 - voldaan wordt aan de voorwaarden (conform voorwaarden voor aanvullend onderzoek, zie Organisatie van zorg)
 - het kind ouder is dan 6 jaar
 - er geen sprake is van psychiatrische comorbiditeit
- Ook het overnemen van de medicamenteuze behandeling van ADHD van de kinder- en jeugdpsychiater, inclusief de halfjaarlijkse controles, is geen basisaanbod en een facultatieve optie voor de huisarts indien:
 - de huisarts zich daartoe bekwaam acht
 - het kind stabiel is ingesteld op medicatie
 - de overname vanuit de GGZ vergezeld gaat van duidelijke rapportage en instructies
 - er voldoende consultatiemogelijkheden zijn

Zie ook: detail Organisatie van zorg

Tabel 1 Beleid bij probleemgedrag en ADHD

Classificatie	Aanvankelijk beleid	Vervolgbeleid bij onvoldoende effect
Probleemgedrag met lichte beperkingen in het functioneren	Voorlichting, opvoedingsadviezen, leefstijladviezen	Verwijzing JGZ voor opvoedingsondersteuning.
ADHD zonder psychiatrische comorbiditeit	Voorlichting, opvoedingsadviezen, leefstijladviezen Verwijzing basis GGZ voor diagnostiek en/of gedragstherapie (facultatief in huisartsenpraktijk)	Medicamenteuze behandeling: kinder- en jeugdpsychiater of huisarts (facultatief)

Classificatie	Aanvankelijk beleid	Vervolgbeleid bij onvoldoende effect
- Een vermoeden van ADHD met psychiatrische comorbiditeit - ADHD met ernstige beperkingen in het functioneren - ADHD bij kind < 6 jaar	Verwijzing naar gespecialiseerde GGZ	Behandeling en begeleiding door gespecialiseerde GGZ

326 Voorlichting

- Besteed het gehele behandeltraject aandacht aan voorlichting, opvoedingsadviezen en leefstijladviezen.
- Houd er rekening mee dat voorlichting over ADHD aan een (jong) kind onnodig stigmatiserend kan werken. Stem de voorlichting af op de behoefte van het kind en besteed aandacht aan de sterke kanten van het kind.
- Leg uit dat probleemgedrag met lichte beperkingen in het functioneren kan passen bij:
 - een normale leeftijdsgebonden sociaal-emotionele ontwikkeling
 - complexe psychosociale omstandigheden
 - opvoedingsmoeilijkheden
 - stressvolle gebeurtenissen (bijvoorbeeld een overgangperiode op school, scheiding van ouders)
- Leg uit dat bij ADHD:
 - meerdere factoren (zoals familiale factoren en omgevingsfactoren) een rol kunnen spelen bij het ontstaan.
 - het gedrag niet voortkomt uit onwil of desinteresse, maar uit onvermogen.
 - de omgeving een grote invloed kan hebben op het kind (bijvoorbeeld sociaal-economische omstandigheden, ouders die zelf ADHD of psychische problemen hebben).
 - het grootste deel van de kinderen gedragskenmerken van ADHD blijft houden op volwassen leeftijd, maar dat de problemen kunnen veranderen.

Zie ook: Detail Voorlichting

349 Opvoedingsadviezen

- Bespreek algemene opvoedadviezen:
 - duidelijke grenzen stellen
 - consequent met gedrag omgaan
 - time-outs toepassen of geven
 - positieve aandacht geven
- Aanvullend kunnen de volgende adviezen en tips worden gegeven:
 - Maak een duidelijke dagindeling (eventueel gevisualiseerd op een planbord, agenda of in een app).
 - Bied zoveel mogelijk structuur (bijvoorbeeld vaste bedtijd, aan tafel eten, alles op een vaste plaats leggen).
 - Werk aan een positief en realistisch zelfbeeld voor het kind. Bespreek ook de positieve kanten van ADHD, zoals creativiteit en vindingrijkheid.
 - Betrek het kind bij de aanpak en bij mogelijke oplossingen. Zet de afspraken eventueel samen op papier.

- Stel niet te hoge eisen aan het kind, maar zorg tegelijkertijd voor voldoende uitdaging.
- Heb geduld, kinderen met probleemgedrag of gedrag passend bij ADHD hebben vaker uitleg en meer herhaling nodig dan anderen.
- Verwijs voor opvoedingsondersteuning naar de JGZ, de POH-GGZ Jeugd of een orthopedagoog indien de ouders en/of het kind dit wenselijk vinden.

Zie ook: Detail Opvoedingsadviezen

Leefstijladviezen

Bewegen

- Bespreek het belang van voldoende beweging, zoals dat voor alle kinderen gezond is:
 - Adviseer minstens elke dag een uur aan matig intensieve inspanning, zoals fietsen, wandelen of zwemmen. Langer, vaker of intensiever bewegen is nog gezonder.
 - Adviseer minstens driemaal per week spier- en botversterkende activiteiten, zoals springen, dansen of krachtoefeningen.
 - Geef het advies om veel en lang stilzitten te voorkomen.
- We bevelen geen specifieke vorm van bewegen aan. Het belangrijkste is dat het kind een sport beoefent die bij hem past.

Zie ook: Detail Bewegen

Dieet en voedingssupplementen

- Bespreek het belang van een gezond eetpatroon conform de Schijf van Vijf van het Voedingscentrum zoals dat voor alle kinderen gezond is ([Gezond en duurzaam eten met de Schijf van Vijf | Voedingscentrum](#)).
- We bevelen geen dieet of voedingssupplementen aan, vanwege het gebrek aan bewijs hiervoor.

Zie ook: Detail Dieet en voedingssupplementen

Patiënteninformatie

- Verwijs naar de informatie over ADHD op [Thuisarts.nl](#), die is gebaseerd op deze NHG-Standaard.
- Verwijs voor aanvullende informatie naar de volgende websites:
 - Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie ([www.kenniscentrum-kjp.nl](#))
 - Brainwiki voor kinderen ([www.brainwiki.nl](#))
- Verwijs de ouders en eventueel het kind voor informatie en lotgenotencontact naar de patiëntenvereniging (Impuls en Woortblind) en oudervereniging (Balans).
- Pharos biedt eenvoudig voorlichtingsmateriaal aan in verschillende talen.

Medicamenteuze behandeling (facultatief)

- Als voorlichting en gedragstherapie tot onvoldoende verbetering leiden, kan in samenspraak met de ouders en het kind medicatie worden overwogen als aanvullende behandeling.
- Medicatie lijkt vooral op korte termijn te leiden tot:
 - vermindering van de hyperactiviteit
 - verbetering van het concentratievermogen
 - een beter functioneren

- De werkzaamheid en veiligheid van medicatie op lange termijn zijn beperkt onderzocht. Voor het functioneren en de (school)resultaten op de langere termijn lijkt het weinig uit te maken of het kind al dan niet medicatie heeft gebruikt; de ernst van de gedragskenmerken en de mate van beperking op het moment van de diagnose hebben daarop een veel grotere invloed.

Zie ook: Detail Medicamenteuze behandeling

Praktische toepassing ADHD-medicatie

Contra-indicaties en bijwerkingen

- Controleer vóórdat ADHD-medicatie wordt voorgeschreven of er contra-indicaties zijn (zie tabel 2). Verwijs bij aanwezigheid van contra-indicaties naar een kinderarts met ADHD als aandachtsgebied.
- Stel samen met de ouders en het kind de te bereiken doelen vast en informeer hen over de verwachte bijwerkingen (zie ook tabel 4), zoals:
 - verminderd reactievermogen
 - verminderde eetlust, misselijkheid en droge mond
 - buikpijn en hoofdpijn
 - slaapproblemen, vooral na inname later op de middag of aan het begin van de avond
 - nervositeit
 - invloed op de stemming
 - stijging van bloeddruk en hartfrequentie, hartkloppingen
 - groeivertraging (eerst in gewicht, later in lengte)
- Bepaal voor de start de bloeddruk (juiste manchetmaat) en hartfrequentie.
- Leg de lengte en het gewicht vast in een groeidiagram (www.tno.nl/groei).

Zie ook: Detail Contra-indicaties en bijwerkingen

Overzicht medicamenteuze behandeling

- Methylfenidaat (kortwerkend of langwerkend) is eerste keus indien medicamenteuze behandeling geïndiceerd is.
- Dexamfetamine of lisdexamfetamine zijn tweede keus en komen in aanmerking wanneer een behandeling met methylfenidaat onvoldoende effect heeft of te veel hinderlijke bijwerkingen geeft.
- Atomoxetine en guanfacine zijn derde keus en behandeling (inclusief controles) hiermee vindt plaats bij een kinder- en jeugdpsychiater of een kinderarts met expertise in ADHD.
- Methylfenidaat en dexamfetamine vallen onder de Opiumwet. Lisdexamfetamine, atomoxetine en guanfacine vallen niet onder deze wet.

Zie ook: Detail Overzicht medicamenteuze behandeling (kinderen)

Overwegingen bij de keuze van kortwerkend of langwerkend methylfenidaat

- Start methylfenidaat (kort- of langwerkend), afhankelijk van de voorkeuren van het kind en de ouders.
- De dosering van kortwerkend methylfenidaat kan worden aangepast aan wisselende dagelijkse behoeften (bijvoorbeeld alleen 's ochtends op schooldagen; bij basisschoolleerlingen kan een dosering eenmaal daags soms voldoende zijn). Bij een dosering van 3 keer per dag is de laatste dosis vaak lager (bijvoorbeeld de helft) dan de twee voorgaande doses.
- Stem de dosering kortwerkend methylfenidaat af op het gedrag dat het kind en de ouders rapporteren en op de eventuele bijwerkingen. Er zijn aanwijzingen dat

- 455 sommige adolescenten genoeg hebben aan een relatief lagere dosering (ten
456 opzichte van het lichaamsgewicht) in vergelijking met jongere kinderen.
- 457 • Langwerkend methylfenidaat heeft de voorkeur bij problemen met therapietrouw,
458 bij plots terugkeren van symptomen wanneer het middel is uitgewerkt (met
459 negatieve gevolgen voor bijvoorbeeld het welbevinden van het kind, het gedrag in
460 de klas, het huiswerk en avondactiviteiten), of vanwege gebruiksgemak
461 (bijvoorbeeld bij jongeren op de middelbare school).
 - 462 • Door kinetische verschillen zijn de langwerkende preparaten onderling niet
463 zonder meer uitwisselbaar.
- 464 Zie ook: Detail Overwegingen bij de keuze van kortwerkend of langwerkend methylfenidaat

465 *Duur van de medicamenteuze behandeling*
466 Bespreek bij het starten van ADHD-medicatie dat het in principe tijdelijk wordt
467 voorgeschreven voor 6-12 maanden.

468 *Rijvaardigheid*
469 Houd bij adolescenten rekening met de invloed van ADHD en ADHD-medicatie op de
470 rijgeschiktheid en het rijgedrag. Het CBR eist op dit moment bij de diagnose ADHD en/of
471 gebruik van ADHD-medicatie een keuring bij de 1e aanvraag van het rijbewijs.
472 Zie ook: Detail Rijvaardigheid

Stroomschema medicamenteuze behandeling bij kinderen ≥ 6 jaar



- Zie voor doseringen en contra-indicaties Tabel 2
- Zie voor het omzetten van kort- naar langwerkend methylfenidaat Tabel 3
- Let bij het voorschrijven van methylfenidaat goed op de toedieningsvorm: sommige fabrikanten leveren onder hetzelfde merk zowel kort- als langwerkende preparaten. Ook kan het tijdstip van inname per preparaat verschillen.

Tabel 2 ADHD-medicatie bij kinderen

Geneesmiddel	Start- en opbouwdosering	Maximale dosering	Werkingsduur +/-
Kortwerkend methylfenidaat	0,3 mg/kg/dag in 2-3 doses* Verhoog z.n. wekelijks met 5-10 mg/dag Onderhoudsdosering: 0,3-2 mg/kg/dag in 2-4 doses Geef de laatste dosis uiterlijk 4 uur voor bedtijd.	2 mg/kg/dag tot max. 60 mg/dag	3-5 uur
Langwerkend methylfenidaat	5-10 mg/ dag in 1 dosis Verhoog z.n. wekelijks met 10 mg/ dag Onderhoudsdosering: 20-60 mg/ dag in 1 dosis	60 mg/ dag	8 uur

	18 mg 1dd 's ochtends Verhoog z.n. wekelijks met 18 mg/dag Onderhoudsdosering: 6-12 jaar: 36-54 mg/dag 12-18 jaar: 36-72 mg/dag	6-12 jaar: 54 mg/dag 12-18 jaar: 72 mg/dag	12 uur
Dexamfetamine	0,15 mg/kg/dag in 2 doses* Verhoog z.n. wekelijks met 2,5-5 mg/dag Onderhoudsdosering: 0,15-0,5 mg/kg/dag in 2 doses	1 mg/kg/dag tot max. 40 mg/dag	4-8 uur
Lisdexamfetamine	20-30 mg 1dd 's ochtends Verhoog z.n. wekelijks met stappen van 10-20 mg Onderhoudsdosering: tot 20-70 mg 1dd	70 mg/dag	14 uur
Contra-indicaties ADHD-medicatie • Cardio- en cerebrovasculaire aandoeningen • Hyperthyreoïdie/thyreotoxicose • Psychische klachten (anorexia nervosa, suïcidale neigingen, schizofrenie en psychotische- of bipolaire stoornissen) • Feochromocytoom • Voorzichtigheid geboden bij fenomeen van Raynaud, drugs/alcoholverslaving, nier/leverinsufficiëntie en epilepsie (bij (lis)dexamfetamine)			

* Soms is een dosering eenmaal daags voldoende.

Tabel 3 Schema voor omzetten van kortwerkend naar langwerkend methylfenidaat

Kortwerkend (4 uur)	Langwerkend (8 uur)	Langwerkend (12 uur)
2 dd 5 mg	1 dd 10 mg	
2 dd 10 mg	1 dd 20 mg	
2 dd 15 mg	1 dd 30 mg	
2 dd 20 mg	1 dd 40 mg	
3 dd 5 mg		1 dd 18 mg
3 dd 7,5 mg		1 dd 27 mg
3 dd 10 mg		1 dd 36 mg
3 dd 15 mg		1 dd 54 mg
3 dd 20 mg		1 dd 72 mg (vanaf 12 jaar)

Proefstop

Overweeg een jaarlijkse proefstop bij kinderen met ADHD die langdurig ADHD-medicatie gebruiken.

Zie ook: Detail Proefstop

Praktische informatie

- Door rijping van het brein, het aanleren van copingstrategieën, een aangepaste omgeving of overgang naar (ander) werk of opleiding kan het zijn dat medicatie na verloop van tijd niet meer nodig is. Naarmate kinderen ouder worden, kan het makkelijker worden om te stoppen met medicatie of medicatie alleen zo nodig te gaan gebruiken.
- ADHD-medicatie kan in principe in 1 keer gestopt worden. Indien de medicatie weer herstart wordt is het bij hogere doseringen vaak nodig stapsgewijs op te hogen vanwege bijwerkingen.
- Kies in samenspraak met de ouders en het kind een goed moment voor een proefstop, in een representatieve periode, zoals een normale schoolweek. Plan een proefstop niet in tijdens grote veranderingen op school of thuis.
- Een proefstop zou op korte termijn kunnen leiden tot terugkerende ADHD-symptomen. Het is van belang om voldoende tijd te nemen voor een proefstop, bijvoorbeeld één tot twee weken.
- Vraag, in plaats van proefstops, desgewenst aan de patiënt of die de medicatie weleens een paar dagen achtereen ‘vergeten’ is en wat hiervan dan de effecten waren.
- Als het bij een 18-jarige nog niet lukt te stoppen omdat de ongewenste gedragskenmerken terugkeren, kan langdurige voortzetting van de behandeling nodig zijn. De veiligheid en werkzaamheid van ADHD-medicatie bij langdurig gebruik zijn echter beperkt onderzocht.

Controles

- Vraag bij de controles naar:
 - het beloop van de klachten.
 - het functioneren thuis, op school, bij vrienden en op clubs.
 - roken, alcohol- en middelengebruik.
 - het slaappatroon.
- Wees bedacht op bijkomende gedragsmatige en psychische problemen die nadere diagnostiek of behandeling behoeven.

Aandachtspunten bij ADHD-medicatie

- Bij onvoldoende effect en/ of bijwerkingen van de medicatie: overweeg een medicatiewijziging (zie het Stroomschema) of behandeling van de bijwerkingen (zie tabel 4). Controleer 1 tot 2 weken na de aanpassing opnieuw.
- Bij voldoende effect en stabiele instelling op medicatie, zijn de volgende controles elke 6 maanden noodzakelijk:
 - evalueer het effect van de medicatie, de dosering, de therapietrouw, het effect van gemiste doses, eventuele bijwerkingen en andere psychische klachten.
 - bij bijwerkingen: zie tabel 4. Controleer 1 of 2 weken na de aanpassing opnieuw.
 - bepaal de lengte en het gewicht en leg deze vast in een groeidiagram (www.tno.nl/groei).

- meet de bloeddruk (denk aan kindermanchet) en de hartfrequentie; vergelijk ze met de vorige meting(en).
 - bespreek eventueel misbruik van (genees)middelen, vooral bij pubers en adolescenten.
 - Schrijf alleen herhaalmedicatie voor als het kind op de halfjaarlijkse controleafspraken verschijnt. **Indien dit niet is gebeurd, schrijf voor maximaal twee weken voor en laat tegelijkertijd de controleafspraak inplannen.**
 - Evalueer na 6-12 maanden gebruik van ADHD-medicatie of voortzetting nog nodig is.
- Zie ook: Detail Aandachtspunten bij ADHD-medicatie

Tabel 4 Behandelopties bijwerkingen psychostimulantia (kinderen)

Bijwerking	Behandelopties
Slaapproblemen	Bespreek de slaaphygiëne. Bij inslaapproblemen bij kortwerkend preparaat: verlaag de laatste dosering van de dag of vervroeg de laatste inname naar laat in de middag. Verwijs zo nodig naar de JGZ voor een gedragsmatige aanpak. Overweeg melatonine alleen bij hardnekkige klachten met een ernstige impact wanneer gedragsmatige interventies niet toereikend zijn. Startdosering: melatonine (zonder gereguleerde afgifte) 1 mg/dag in 1 dosis bij het naar bed gaan. Onderhoudsdosering: 1-3 mg/ dag in 1 dosis bij het naar bed gaan. Adviseer te stoppen met het middel bij ontbreken van effect.
Duizeligheid en hoofdpijn	Treden meestal vooral in de eerste dagen op. Informeer naar het moment van optreden op de dag. Hoofdpijn en duizeligheid kunnen optreden wanneer de medicatie is uitgewerkt (overweeg dan een langwerkend preparaat) of juist door het middel zelf worden opgewekt (overweeg dosisverlaging). Controleer de bloeddruk en adviseer inname van de medicatie tijdens de maaltijd.
Hyperactiviteit	Informeer naar het moment van optreden, omdat dit kan optreden wanneer de medicatie is uitgewerkt (overweeg een langwerkend preparaat of verhoog doseringfrequentie van 2dd naar 3 dd). Stimulantia kunnen averechts werken en kunnen dus een toename van onrust en hyperactiviteit veroorzaken, staak dan de medicatie.
Anorexia, misselijkheid, gewichtsafname	Treden meestal vooral in de eerste dagen op. Adviseer de medicatie tijdens of net na de maaltijd in te nemen. Adviseer bij gewichtsafname tussendoortjes te nemen en voor het slapengaan extra te eten. Overweeg dosisverlaging of de medicatie te stoppen in het weekend en in vakanties.
Groeiproblemen	Verwijs naar de kinderarts bij een afbuigende lengtegroei (> 1 SDS) , onafhankelijk van de lengte op dat moment en onafhankelijk van de tijdsduur (afbuiging kan dus verlopen over minder dan een jaar of meerdere jaren). (zie ook: JGZ-richtlijn Lengtegroei - Nederlands Centrum Jeugdgezondheid)
Verhoogde hartfrequentie en/ of bloeddruk	Zie details voor normaalwaarden. Overleg met een kinder- en jeugdpsychiater of kinderarts met aandachtsgebied ADHD of de medicatie gewijzigd moet worden.
Onwillekeurige bewegingen, tics	Verminder of stop de medicatie. Overweeg a het syndroom van Gilles de la Tourette en verwijs naar de gespecialiseerde ggz.
Spontaniteitverlies	Overweeg dosisverlaging of switch naar (lis)dexamfetamine.
Dysforie, agitatie, angst	Overweeg een dosisverlaging en sluit comorbiditeit uit. Stop de medicatie bij vermoeden psychose of een bipolaire stoornis en verwijs naar de gespecialiseerde ggz op korte termijn.

Bijwerking	Behandelopties
Terugkerende klachten na laatste dosis	Verminder de laatste dosis van de dag of spreid de middagdoserings over 2 doses of switch naar langwerkend methylfenidaat.

Zie ook: Detail Behandelopties bijwerkingen psychostimulantia

Verwijzing

- Verwijs naar de jeugdgezondheidszorg of de generalistische basis-GGZ:
 - voor diagnostiek bij een vermoeden van gedrag passend bij ADHD, tenzij dit wordt aangeboden in de huisartsenpraktijk
 - bij vermoeden van een leerstoornis of twijfel aan de verstandelijke vermogens
 - voor opvoedingsondersteuning, indien de ouders dit wensen
 - voor begeleiding van ouder en/ of leerkracht, gedragstherapie voor het kind en medicamenteuze behandeling, tenzij dit wordt aangeboden in de huisartsenpraktijk
- Verwijs naar de gespecialiseerde GGZ (kinder- en jeugdpsychiater):
 - indien het kind < 6 jaar is
 - bij ernstige beperkingen in het functioneren (bijvoorbeeld blijvend uit schoolvermijding of schorsing)
 - bij ernstige opvoedingsproblematiek of weinig draagkracht van het gezin (bijvoorbeeld ouders, broers of zussen met psychiatrische problematiek)
 - bij vermoeden van een comorbide psychiatrische aandoening (zie [Evaluatie](#))
 - bij vermoeden van (kleine) criminaliteit
 - bij onvoldoende effect van voorlichting, gedragsmatige interventies en medicatie of als medicatie niet goed verdragen wordt
- Verwijs naar een kinderarts die ADHD als aandachtsgebied heeft bij (het vermoeden van) een onderliggende somatische aandoening (zoals een gehoorprobleem)
- Overweeg een kinder- en jeugdpsychiater te consulteren bij wijzigingen in medicatie die buiten het stroomschema vallen (facultatief).

Zie ook: Detail Verwijzing

Richtlijnen Beleid volwassenen

Algemeen

- Dit onderdeel van de standaard betreft zowel patiënten die tijdens hun jeugd de diagnose ADHD hebben gekregen en na het bereiken van de 18-jarige leeftijd nog steeds klachten en/of disfunctioneren ervaren als nieuw gediagnosticeerde volwassen patiënten.
- Het is voor alle huisartsen belangrijk kennis te hebben over ADHD-middelen om de patiënten die deze geneesmiddelen gebruiken goed te kunnen begeleiden als deze de huisarts bezoeken voor andere klachten.

Organisatie van zorg

- Behandeling van ADHD bij volwassenen hoort primair thuis in de GGZ en bestaat uit psychologische (zoals psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie en coaching) en medicamenteuze behandelingen. Deze standaard bevat aanbevelingen voor de huisarts die op het spreekuur volwassen patiënten ziet die medicamenteus behandeld worden voor de indicatie ADHD.
- Starten van medicatie bij volwassenen vindt plaats in de GGZ.
- Het overnemen van de medicamenteuze behandeling van ADHD bij volwassenen die na instelling door de gespecialiseerde GGZ stabiel zijn (afhankelijk van de complexiteit) is geen basisaanbod en een facultatieve optie voor de huisarts indien de huisarts:
 - zich daartoe bekwaam acht
 - een overdracht met (controle)instructie van de behandelend psychiater heeft ontvangen
 - de mogelijkheid heeft om op korte termijn laagdrempelig te overleggen en terug te verwijzen naar de GGZ. Hierover moeten heldere afspraken zijn gemaakt.
- De huisarts is niet verplicht om ADHD-medicatie te herhalen.
- Indien de huisarts besluit over te gaan tot het herhalen van de medicatie, is de huisarts ook verantwoordelijk voor de jaarlijkse controle van de patiënt op (cardiovasculaire) bijwerkingen en het risico op verslaving.
- De huisarts kan overwegen om een deel van de zorg aan of controles van de patiënt met ADHD via de praktijkondersteuner te laten verlopen. Hieraan kan per praktijk eigen invulling worden gegeven.

Medicamenteuze behandeling (facultatief)

Overzicht medicamenteuze behandeling

- Methyfenidaat en dexamfetamine zijn eerste keus, indien medicamenteuze behandeling geïndiceerd is.
- Atomoxetine is tweede keus.
- Dexamfetamine is niet geregistreerd voor de behandeling van ADHD bij volwassenen gediagnosticeerd op volwassen leeftijd. Voorschrijven van medicatie aan volwassenen met ADHD is daardoor soms offlabel. Zie ook het NHG-Standpunt Offlabel voorschrijven in de huisartsenpraktijk ([18-02uit-stol_nhg-standpunt_off_label_gebruik.pdf](#)).

Zie ook: Detail Overzicht medicamenteuze behandeling (volwassenen)

Beleid bij volwassenen die ADHD-medicatie gebruiken

Patiëntenvoorlichting

- Voorlichting vindt primair plaats bij het starten van medicatie in de GGZ. De voorlichting kan ook aan bod komen wanneer de huisarts het herhalen van ADHD-medicatie als facultatieve optie overneemt vanuit de GGZ.
- Wijs patiënten op de noodzaak van periodieke (preventieve) controle van bloeddruk, pols, gewicht, eetlust, stemming en slaap.
- Laat patiënten direct contact opnemen als er bijwerkingen ontstaan zoals persisterende gewichtsafname, ernstige hoofdpijn, wanen, hallucinaties, tics of angstgevoelens.
- Wijs de patiënt erop dat de voorgeschreven middelen nooit aan anderen gegeven mogen worden.
- Wijs de patiënt erop dat het gebruik van ADHD-medicatie in combinatie met centraal dempende middelen, zoals alcohol en drugs (bijvoorbeeld cannabis), wordt afgeraden.

Beleid bij bijwerkingen

- Bijwerkingen die voorkomen bij ADHD-medicatie:
 - zeer vaak (> 10%): verminderde eetlust, (verergering van) slaapproblemen of inslaapproblemen, gewichtsafname, hoofdpijn, droge mond;
 - vaak (1-10%): prikkelbaarheid, nervositeit, angst, depressie, verminderd libido, bruxisme, hart- kloppingen, hypertensie;
 - soms (0,1-1%) kunnen tics ontstaan.
- Treden bijwerkingen op, pas dan de medicatie aan (overleg laagdrempelig met een psychiater) (zie tabel 5).
- Zie voor verdere informatie over bijwerkingen en interacties het Farmacotherapeutisch Kompas of de bijsluitertekst in de Geneesmiddeleninformatiebank van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. Bij de bijsluiterteksten zijn ook controlekaarten te downloaden.

Tabel 5 Behandelopties van bijwerkingen psychostimulantia (volwassenen)

Bijwerking	Behandelopties
Slaapproblemen	Bij inslaapproblemen bij kortwerkend preparaat: verlaag de laatste dosering van de dag of vervroeg de laatste inname naar laat in de middag. Voor meer informatie over slaapproblemen: zie NHG-standaard Slaapproblemen.
Ongewenste gewichtsafname	Adviseer de medicatie tijdens of na de maaltijd in te nemen in plaats van daarvoor. Adviseer meerdere kleine maaltijden te gebruiken (bijvoorbeeld 6-8 per dag) of (extra) te eten wanneer het stimulerende effect van de medicatie uitgewerkt is. Adviseer eventueel hoogcalorische of verrijkte voeding (bij voorkeur door extra onverzadigde vetten, niet met extra koolhydraten), consulteer eventueel een diëtist.
Verhoogde bloeddruk	Behandel een door de ADHD-medicatie veroorzaakte verhoogde bloeddruk mee, indien deze medicatie een positief effect heeft.
Onwillekeurige bewegingen, tics	Beoordeel of de tics gerelateerd kunnen zijn aan het gebruik van ADHD- medicatie (tics kunnen zowel toe- of afnemen onder ADHD-medicatie). Weeg samen met de patiënt voor- en nadelen van het voortzetten van de ADHD-behandeling af tegen de last van de tics. Verminder eventueel de dosering van de stimulantia.

Bijwerking	Behandelopties
Spontaniteitverlies/ anhedonie	Overweeg aanpassing van de dosis, het tijdstip van inname of het middel als patiënt klaagt zo rustig te zijn dat de creativiteit te veel afneemt. Bij lichte toename van klachten na dosisaanpassing kan het voldoende zijn dagelijkse routines aan te passen en stressoren te reduceren (evalueer dit na een paar weken). Als dit niet tot voldoende verbetering leidt, kan het nodig zijn de dosering tijdelijk weer te verhogen. Wanneer de externe stressfactoren zijn afgenomen, kan de dosering weer verlaagd worden.
Angst- of panieklachten	Stimulantia kunnen angst- of panieklachten opwekken door een versnelde hartslag, vooral bij volwassenen met zulke klachten in de voorgeschiedenis. Weeg voor- en nadelen af en combineer, in overleg met de psychiater, zo nodig de stimulantia met een antidepressivum (bij voorkeur een SSRI). Verlaag eventueel de dosering van de stimulantia.
Terugkerende klachten na uitwerken medicatie	Maak onderscheid tussen bijwerkingen en terugkerende klachten: bijwerkingen treden kort na inname op, terugkerende klachten als het middel zijn werking verliest. Langwerkende stimulantia hebben de voorkeur boven kortwerkende in verband met het vaker optreden van terugkerende klachten bij het uitwerken van kortwerkende medicatie, waardoor de ADHD-klachten tijdelijk kunnen toenemen. De werkingsduur van een kortwerkende tablet methylfenidaat is doorgaans 3-5 uur; van een langwerkend preparaat 8-12 uur, maar individuele variatie komt voor. De werkingsduur van dexamfetamine is 4-8 uur, en van atomoxetine 24 uur.
Psychotische symptomen	Staak de medicatie bij het ontstaan van psychotische symptomen (zoals wanen en hallucinaties) en overleg met of verwijs naar de psychiater. Overweeg in overleg met de psychiater eventueel een antipsychoticum ter overbrugging tot het verwijfsconsult.
Cerebrale vasculitis	Cerebrale vasculitis lijkt een zeer zeldzame bijwerking van methylfenidaat te zijn. Symptomen zijn onder andere ernstige hoofdpijn, doof gevoel, zwakte, paralyse en verstoring van coördinatie, gezichtsvermogen, spraakvermogen, taalgebruik of geheugen. Vroege diagnose, onmiddellijk stoppen met methylfenidaat en snelle behandeling kunnen een gunstiger beloop bewerkstelligen. Overweeg cerebrale vasculitis bij elke patiënt die nieuwe neurologische symptomen ontwikkelt.

Verandering van preparaat

- Preparaten met gereguleerde afgifte zijn vaak niet onderling uitwisselbaar vanwege verschillen in kinetiek.
- Indien om welke reden dan ook moet worden overgestapt op een ander preparaat, kan dit gebeuren in overleg met de primaire voorschrijver of apotheker, of onder begeleiding van de huisarts zelf indien deze beschikt over voldoende bekwaamheid en kennis van deze middelen.

Zie ook: Detail Verandering van preparaat

Staken van ADHD-medicatie

- Staak de medicatie bij voorkeur na zorgvuldige afweging van voor- en nadelen van de behandeling in verband met het risico op terugval.
- Methylfenidaat, dexamfetamine en atomoxetine kunnen zo nodig (bijvoorbeeld bij ernstige bijwerkingen) direct gestopt worden, maar bij langdurig gebruik, vooral van hogere doses, is het verstandig in enkele dagen af te bouwen en te kijken hoe de patiënt hierop reageert.

Verslaving

- De prevalentie van ADHD is hoger dan gemiddeld bij verslaafde personen. Daarbij komt dat ADHD- medicatie, met name methylfenidaat en dexamfetamine, tot misbruik en verslaving kan leiden. Die kans is het grootst bij kortwerkende preparaten.
Bij de keuze van behandeling moet men rekening houden met deze aspecten en zal daarom bij voorkeur gekozen worden voor langwerkende preparaten.
- De huisarts die ADHD-medicatie herhaalt, moet alert zijn op signalen van verslaving, zoals het vroegtijdig indienen van verzoeken om herhaalmedicatie of het veelvuldig aandragen van redenen waarom de middelen op of kwijt zijn. In overleg met de apotheek kan gekozen worden voor een korte afleverperiode, bijvoorbeeld 1 week.
- Signalen van verslaving zijn aanleiding voor overleg met of terugverwijzing naar de GGZ.

Intoxicatieverschijnselen

- De toxische dosis van stimulantia is erg variabel en hangt af van de duur en frequentie van het gebruik.
- Het klinische beeld van een overdosis wordt met name bepaald door symptomen van het centraal zenuwstelsel en het cardiovasculaire systeem. Braken, agitatie, tremor, hyperreflexie, spiertrekkingen, convulsies, euforie, verwardheid, hallucinaties, delirium en tachycardie zijn gemeld bij overstimulatie van het centrale en sympathische zenuwstelsel door ADHD-medicatie.

Rijvaardigheid

- Patiënten met ADHD mogen rijden tijdens het gebruik van psychostimulantia.
- Aan mensen met een bekende diagnose 'ADHD' kunnen aanvullende eisen worden gesteld bij het rijexamen, ongeacht of zij medicatie gebruiken.
- Dexamfetamine valt onder de drugswet en kan worden gedetecteerd in een speekseltest. Gebruik in het verkeer is in principe verboden. Voor dexamfetamine (indicatie ADHD) geldt een uitzondering (zie de website van het CBR en rijksoverheid.nl/medicijnenverkeer).

Reizen naar het buitenland

Bij reizen binnen het Schengengebied moeten patiënten een medische verklaring omtrent het gebruik van ADHD-medicatie kunnen overleggen (zie de website van het CAK). Buiten het Schengengebied verschillen de regels per land; verwijs de patiënt hiervoor naar de ambassade van het desbetreffende land.

Controles

In principe is de behandeling van volwassenen met ADHD langdurig. De medicamenteuze behandeling kan voortgezet worden zolang deze klinisch effectief is. Daarbij zijn de volgende controles noodzakelijk.

- **Minimaal jaarlijks:**
 - controleer pols, bloeddruk en gewicht, en bespreek de eetlust;
 - beoordeel het ontstaan van comorbide psychiatrische en/of somatische problematiek en evalueer de noodzaak van aanvullende psychologische, sociale en beroepsmatige ondersteuning van de patiënt, consulteer of verwijs hiervoor zo nodig naar de ggz;
 - evalueer het effect van de medicatie, de dosering, de therapietrouw, het effect van gemiste doses, eventuele bijwerkingen en bijkomende klachten (bijvoorbeeld slaap- of stemmingswisselingen);

- Nota bene: het algehele risico op cardiovasculaire bijwerkingen is laag, eventuele risicofactoren en contra-indicaties zijn in de tweede lijn al in kaart gebracht bij de start van de medicatie.

- Bij patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico (bijvoorbeeld risicofactoren voor of voorgeschiedenis van cardiovasculaire ziekte, gelijktijdig gebruik van bloeddrukverhogende medicatie): controleer bij elk consult op cardiovasculaire symptomen (en meet de polsfrequentie en bloeddruk) **en overweeg halfjaarlijkse (in plaats van jaarlijkse) controles.**
- Bij patiënten > 55 jaar en (aanwijzingen voor) ritmestoornissen of cardiomyopathie is een periodiek ecg geïndiceerd: overleg met de cardioloog over frequentie en follow-up.

Verwijzing en consultatie

Verwijs naar de GGZ:

- voor diagnostiek bij een vermoeden van ADHD.
- voor niet-medicamenteuze behandeling en/ of het starten van medicatie bij ADHD.
- voor het herhalen van ADHD-medicatie (inclusief controles), tenzij dit wordt aangeboden in de huisartsenpraktijk.

Verwijs terug naar of consulteer de GGZ:

- bij onvoldoende effectiviteit of te veel bijwerkingen van ADHD-medicatie.
- indien om welke reden dan ook moet worden overgestapt op een ander preparaat.
- bij het ontstaan van comorbide psychiatrische problematiek.
- bij een vermoeden van een verslaving.