



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Het Nederlandse Huisartsen Genootschap  
T.a.v. de heer A.E. Timmermans  
Postbus 3231  
3502 GE UTRECHT

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Geneesmiddelen en  
Medische Technologie

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag  
www.rijksoverheid.nl

**Inlichtingen bij**  
mr. H. Kelder  
Senior Beleidsmedewerker

T 070-3407344  
g.kelder@minvws.nl

**Kenmerk**  
GMT-3102788

**Bijlage(n)**  
2

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

Datum 16 FEB 2012  
Betreft Inzet en gebruik ADHD-medicatie

Geachte heer Timmermans,

Het voorschrijven van ADHD-medicatie en de stijgende trend die hierin al sinds vele jaren te zien is, is met enige regelmaat onderwerp van het politieke debat. Dit heeft er mede toe geleid dat in het voorjaar van 2011 een stand van zaken brief gezonden is naar de Tweede Kamer met betrekking tot het gebruik van ADHD-middelen. In deze brief heb ik aangekondigd in gesprek te willen gaan met de betrokken beroepsgroepen. Voor uw informatie treft u de betreffende brief aan (bijlage 1).

Onlangs kwam het onderwerp opnieuw onder de aandacht, mede naar aanleiding van het verschijnen van een publicatie van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (bijlage 2). Naar aanleiding daarvan zijn er Kamervragen gesteld en is er een motie ingediend (33 000 XVI nr. 126, lid Dibi) o.a. over het ontwikkelen van een aanvalsplan tegen de medicalisering van de jeugd.

Deze gebeurtenissen zijn de aanleiding waarom ik mij, mede namens de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, met betrekking tot dit onderwerp tot u en de andere betrokken beroepsgroepen wend. Deze brief heb ik ook gezonden naar de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Ik heb de Orde van Medisch Specialisten en de KNMG hierover geïnformeerd.

Het onderwerp spitst zich toe op vijf thema's die ik hieronder toelicht.

**Wanneer is ADHD-medicatie geïndiceerd**

Op basis van de aanbevelingen voor farmacotherapie ADHD van het K&J Kenniscentrum kan bij lichte vormen van ADHD na de eerste stap (psycho-educatie) een gedragstherapeutische behandeling via de ouders (mediatietherapie) worden overwogen. Indien dit onvoldoende werkt, is toevoeging van medicatie geïndiceerd. Bij ernstige vormen van ADHD is medicatie als eerste stap geïndiceerd. Mediatetherapie kan in dit geval tegelijk of in tweede instantie worden toegevoegd.



Uit onderzoek van het Nivel <sup>1</sup>blijkt dat in de eerste lijn steeds vaker voor andere diagnoses ADHD-medicatie wordt voorgeschreven. Zo zou in 2008 30% van de ADHD-voorschriften op basis van een andere diagnose zijn voorgeschreven.

Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg  
Directie Geneesmiddelen en  
Medische Technologie

Kenmerk  
GMT-3102788

#### **Voorschrijvers van ADHD-medicatie**

Kinderartsen blijken medicamenteuze behandeling van ADHD het meest te initiëren: in ongeveer 50% van de gevallen. (Kinder)psychiaters blijken rond de 25% voor hun rekening te nemen (CBO-MDR ADHD 2005).

Ook huisartsen zien regelmatig kinderen met psychosociale problemen en gedragsproblemen en worden in toenemende mate geconfronteerd met vragen over ADHD. Zij schrijven inmiddels regelmatig herhaalrecepten voor en zijn voor 25% (SFK 2011) verantwoordelijk voor het initiëren van ADHD-medicatie.

#### **Toename van diagnose ADHD en gebruik van ADHD-medicatie**

De multidisciplinaire richtlijn ADHD van het CBO stelt (al in 2005): "Onderzoek in het buitenland laat de laatste jaren een sterke toename zien van het aantal gestelde diagnoses van ADHD bij kinderen." Sinds circa 1993 stijgt het gebruik van methylfenidaat internationaal en dat is inmiddels in Nederland ook het geval. De laatste jaren is zelfs sprake van een explosieve stijging.

Volgens GIP data 2010 is het aantal voorschriften van 2005-2009 voor centraal werkende sympathicomimetica gestegen van 350.000 naar 850.000. Genoemde stijging lijkt zich onder alle voorschrijvers voor te doen en er is nauwelijks sprake van clustering rond bepaalde praktijken. Recentere cijfers geven aan dat van de 2 miljoen kinderen van 5 tot 14 jaar in Nederland er 60.000-100.000 zouden voldoen aan de criteria voor de diagnose ADHD. Er zijn op dit moment ongeveer 114.080 mensen die ADHD-medicatie gebruiken (Trimbos instituut, 2010, meetjaar 2008). Inmiddels blijkt de grootste stijging van gebruikers te liggen in de leeftijdscategorie tussen 10-12 jaar.

#### **Hoe lang doorgaan met ADHD-medicatie**

Uit de Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA)<sup>2</sup> bleek intensieve medicamenteuze behandeling met methylfenidaat superieur aan andere vormen van behandeling. Ik heb begrepen dat de vervolgstudie echter aanzienlijk minder gunstige uitkomsten bleek op te leveren. In Nederland lijkt de aandacht voor deze aanzienlijk ongunstiger uitkomsten van de tweede MTA follow-up studie achter te blijven bij die voor de eerdere resultaten.

#### **ADHD-medicatie bij leeftijd boven de 18 jaar**

Uit de SFK-gegevens blijkt dat gebruik van ADHD-medicatie bij volwassenen (>18 jaar) nog in opkomst is, maar dat zich hierbij eenzelfde groei voordoet. Ik zou het een goede zaak vinden indien ervaringen met de explosieve groei bij de leeftijdsgroep onder de 18 jaar, tijdig worden ingezet om dezelfde problematiek in (de nabije) toekomst in de volwassengroep, ouder dan 18 jaar, zoveel mogelijk te beperken.

<sup>1</sup> Dijk, C. van, Zuidgeest, Dijk, L. van, Verheij, R. Huisartsenzorg in cijfers: stijging behandeling ADHD bij kinderen. Huisarts en Wetenschap: 2008, 51 (13), 641

<sup>2</sup> E. Nieweg. Tijdschrift voor Psychiatrie 52, 2010, 4, 245-254



Met deze brief aan u wil ik absoluut niet dwars heenlopen door de primaire verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen om ieder afzonderlijk en met elkaar een inhoudelijke discussie te voeren en een gezamenlijke visie uit te dragen over dit onderwerp.

Ik zou het wel erg op prijs stellen als u, gelet op de politieke aandacht voor dit onderwerp, mij voor eind mei 2012 zou kunnen informeren over de uitkomsten van deze discussie, de visie van uw eigen beroepsgroep en de gezamenlijke visie van de betrokken beroepsgroepen. Het zou mij een goede zaak lijken als u daarbij aandacht kunt besteden aan de volgende punten:

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Geneesmiddelen en  
Medische Technologie


**Kenmerk**  
GMT-3102788

1. Is er een verklaring voor de blijvende toename van het aantal gediagnosticeerde ADHD-gevallen van kinderen jonger dan 18 jaar?
2. Welke beroepsinhoudelijke eisen kunnen worden gesteld aan het indiceren en initiëren van ADHD-medicatie? Voldoen huisartsen, kinderartsen en (kinder)psychiaters aan deze eisen? Moeten er eisen gesteld worden aan de samenwerking en/of afbakening tussen deze voorschrijvers en andere (psychosociale) behandelaars?
3. Is in de vigerende richtlijn voldoende duidelijk afgebakend, meetbaar en toetsbaar wat 'ernstig' is en wat niet? Zijn de criteria voldoende concreet wanneer psychosociale interventies en/of medicamenteuze therapieën gestart moeten worden en hoe ze op elkaar afgestemd moeten worden, dan wel dat er geen behandeling in engere zin nodig is?
4. Uit genoemd onderzoek van het Nivel blijkt dat in de eerste lijn steeds vaker (tot 30%) voor andere diagnoses ADHD-medicatie wordt voorgeschreven. Is dit in lijn met de vigerende richtlijnen? Is het eventueel afwijken van richtlijnen door de eerste lijn in dit geval voldoende kwalitatief geborgd?
5. Kunt u een uitspraak doen over het langer dan 2 jaar gebruiken van ADHD-medicatie bij kinderen jonger dan 18 jaar, in het licht van de recente data van de eerder genoemde tweede MTA follow-up studie?
6. Zijn er nadere criteria te formuleren ten aanzien van het starten, gebruiken en staken van ADHD-medicatie bij volwassenen ouder dan 18 jaar met ADHD-volwassenvorm, op grond van de ervaringen bij de leeftijdsgroep jonger dan 18 jaar?

Ik zie uw visie op deze problematiek met belangstelling tegemoet. Zij zal dienen om de Tweede Kamer te informeren en mogelijk nader beleid te initiëren.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

  
m.w.g. E.I. Schippers



> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Landelijke Huisartsen Vereniging  
T.a.v. dhr. dr. S.R.A. van Eijck  
Postbus 20056  
3502 LB UTRECHT

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Geneesmiddelen en  
Medische Technologie

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag  
www.rijksoverheid.nl

**Inlichtingen bij**  
mr. H. Kelder  
Senior Beleidsmedewerker

T 070-3407344  
g.kelder@minvws.nl

**Kenmerk**  
GMT-3102788

**Bijlage(n)**  
2

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

Datum 16 FEB 2012  
Betreft Inzet en gebruik ADHD-medicatie

Geachte heer Van Eijck,

Het voorschrijven van ADHD-medicatie en de stijgende trend die hierin al sinds vele jaren te zien is, is met enige regelmaat onderwerp van het politieke debat. Dit heeft er mede toe geleid dat in het voorjaar van 2011 een stand van zaken brief gezonden is naar de Tweede Kamer met betrekking tot het gebruik van ADHD-middelen. In deze brief heb ik aangekondigd in gesprek te willen gaan met de betrokken beroepsgroepen. Voor uw informatie treft u de betreffende brief aan (bijlage 1).

Onlangs kwam het onderwerp opnieuw onder de aandacht, mede naar aanleiding van het verschijnen van een publicatie van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (bijlage 2). Naar aanleiding daarvan zijn er Kamervragen gesteld en is er een motie ingediend (33 000 XVI nr. 126, lid Dibi) o.a. over het ontwikkelen van een aanvalsplan tegen de medicalisering van de jeugd.

Deze gebeurtenissen zijn de aanleiding waarom ik mij, mede namens de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, met betrekking tot dit onderwerp tot u en de andere betrokken beroepsgroepen wend. Deze brief heb ik ook gezonden naar de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, het Nederlandse Huisartsen Genootschap en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Ik heb de Orde van Medisch Specialisten en de KNMG hierover geïnformeerd.

Het onderwerp spitst zich toe op vijf thema's die ik hieronder toelicht.

#### **Wanneer is ADHD-medicatie geïndiceerd**

Op basis van de aanbevelingen voor farmacotherapie ADHD van het K&J Kenniscentrum kan bij lichte vormen van ADHD na de eerste stap (psycho-educatie) een gedragstherapeutische behandeling via de ouders (mediatietherapie) worden overwogen. Indien dit onvoldoende werkt, is toevoeging van medicatie geïndiceerd. Bij ernstige vormen van ADHD is medicatie als eerste stap geïndiceerd. Mediatetherapie kan in dit geval tegelijk of in tweede instantie worden toegevoegd.



Uit onderzoek van het Nivel <sup>1</sup>blijkt dat in de eerste lijn steeds vaker voor andere diagnoses ADHD-medicatie wordt voorgeschreven. Zo zou in 2008 30% van de ADHD-voorschriften op basis van een andere diagnose zijn voorgeschreven.

Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg  
Directie Geneesmiddelen en  
Medische Technologie

Kenmerk  
GMT-3102788

### **Voorschrijvers van ADHD-medicatie**

Kinderartsen blijken medicamenteuze behandeling van ADHD het meest te initiëren: in ongeveer 50% van de gevallen. (Kinder)psychiaters blijken rond de 25% voor hun rekening te nemen (CBO-MDR ADHD 2005).

Ook huisartsen zien regelmatig kinderen met psychosociale problemen en gedragsproblemen en worden in toenemende mate geconfronteerd met vragen over ADHD. Zij schrijven inmiddels regelmatig herhaalrecepten voor en zijn voor 25% (SFK 2011) verantwoordelijk voor het initiëren van ADHD-medicatie.

### **Toename van diagnose ADHD en gebruik van ADHD-medicatie**

De multidisciplinaire richtlijn ADHD van het CBO stelt (al in 2005): "Onderzoek in het buitenland laat de laatste jaren een sterke toename zien van het aantal gestelde diagnoses van ADHD bij kinderen." Sinds circa 1993 stijgt het gebruik van methylfenidaat internationaal en dat is inmiddels in Nederland ook het geval. De laatste jaren is zelfs sprake van een explosieve stijging.

Volgens GIP data 2010 is het aantal voorschriften van 2005-2009 voor centraal werkende sympathicomimetica gestegen van 350.000 naar 850.000. Genoemde stijging lijkt zich onder alle voorschrijvers voor te doen en er is nauwelijks sprake van clustering rond bepaalde praktijken. Recentere cijfers geven aan dat van de 2 miljoen kinderen van 5 tot 14 jaar in Nederland er 60.000-100.000 zouden voldoen aan de criteria voor de diagnose ADHD. Er zijn op dit moment ongeveer 114.080 mensen die ADHD-medicatie gebruiken (Trimbos instituut, 2010, meetjaar 2008). Inmiddels blijkt de grootste stijging van gebruikers te liggen in de leeftijdscategorie tussen 10-12 jaar.

### **Hoe lang doorgaan met ADHD-medicatie**

Uit de Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA)<sup>2</sup> bleek intensieve medicamenteuze behandeling met methylfenidaat superieur aan andere vormen van behandeling. Ik heb begrepen dat de vervolgstudie echter aanzienlijk minder gunstige uitkomsten bleek op te leveren. In Nederland lijkt de aandacht voor deze aanzienlijk ongunstiger uitkomsten van de tweede MTA follow-up studie achter te blijven bij die voor de eerdere resultaten.

### **ADHD-medicatie bij leeftijd boven de 18 jaar**

Uit de SFK-gegevens blijkt dat gebruik van ADHD-medicatie bij volwassenen (>18 jaar) nog in opkomst is, maar dat zich hierbij eenzelfde groei voordoet. Ik zou het een goede zaak vinden indien ervaringen met de explosieve groei bij de leeftijdsgroep onder de 18 jaar, tijdig worden ingezet om dezelfde problematiek in (de nabije) toekomst in de volwassengroep, ouder dan 18 jaar, zoveel mogelijk te beperken.

<sup>1</sup> Dijk, C. van, Zuidgeest, Dijk, L. van, Verhelj, R. Huisartsenzorg in cijfers: stijging behandeling ADHD bij kinderen. Huisarts en Wetenschap: 2008, 51 (13), 641  
<sup>2</sup> E. Nieweg. Tijdschrift voor Psychiatrie 52, 2010, 4, 245-254



Met deze brief aan u wil ik absoluut niet dwars heenlopen door de primaire verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen om ieder afzonderlijk en met elkaar een inhoudelijke discussie te voeren en een gezamenlijke visie uit te dragen over dit onderwerp.

Ik zou het wel erg op prijs stellen als u, gelet op de politieke aandacht voor dit onderwerp, mij voor eind mei 2012 zou kunnen informeren over de uitkomsten van deze discussie, de visie van uw eigen beroepsgroep en de gezamenlijke visie van de betrokken beroepsgroepen. Het zou mij een goede zaak lijken als u daarbij aandacht kunt besteden aan de volgende punten:

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Geneesmiddelen en  
Medische Technologie

**Kenmerk**  
GMT-3102788

1. Is er een verklaring voor de blijvende toename van het aantal gediagnosticeerde ADHD-gevallen van kinderen jonger dan 18 jaar?
2. Welke beroepsinhoudelijke eisen kunnen worden gesteld aan het indiceren en initiëren van ADHD-medicatie? Voldoen huisartsen, kinderartsen en (kinder)psychiaters aan deze eisen? Moeten er eisen gesteld worden aan de samenwerking en/of afbakening tussen deze voorschrijvers en andere (psychosociale) behandelaars?
3. Is in de vigerende richtlijn voldoende duidelijk afgebakend, meetbaar en toetsbaar wat 'ernstig' is en wat niet? Zijn de criteria voldoende concreet wanneer psychosociale interventies en/of medicamenteuze therapieën gestart moeten worden en hoe ze op elkaar afgestemd moeten worden, dan wel dat er geen behandeling in engere zin nodig is?
4. Uit genoemd onderzoek van het Nivel blijkt dat in de eerste lijn steeds vaker (tot 30%) voor andere diagnoses ADHD-medicatie wordt voorgeschreven. Is dit in lijn met de vigerende richtlijnen? Is het eventueel afwijken van richtlijnen door de eerste lijn in dit geval voldoende kwalitatief geborgd?
5. Kunt u een uitspraak doen over het langer dan 2 jaar gebruiken van ADHD-medicatie bij kinderen jonger dan 18 jaar, in het licht van de recente data van de eerder genoemde tweede MTA follow-up studie?
6. Zijn er nadere criteria te formuleren ten aanzien van het starten, gebruiken en staken van ADHD-medicatie bij volwassenen ouder dan 18 jaar met ADHD-volwassenenvorm, op grond van de ervaringen bij de leeftijdsgroep jonger dan 18 jaar?

Ik zie uw visie op deze problematiek met belangstelling tegemoet. Zij zal dienen om de Tweede Kamer te informeren en mogelijk nader beleid te initiëren.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

  
mw. J.S. E.I. Schippers



> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde  
T.a.v. prof. dr. W.P.F. Fetter  
Postbus 20059  
3502 LB UTRECHT

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Geneesmiddelen en  
Medische Technologie

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag  
www.rijksoverheid.nl

**Inlichtingen bij**  
mr. H. Kelder  
Senior Beleidsmedewerker

T 070-3407344  
g.kelder@minvws.nl

**Kenmerk**  
GMT-3102788

**Bijlage(n)**  
2

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

Datum 16 FEB 2012  
Betreft Inzet en gebruik ADHD-medicatie

Geachte heer Fetter,

Het voorschrijven van ADHD-medicatie en de stijgende trend die hierin al sinds vele jaren te zien is, is met enige regelmaat onderwerp van het politieke debat. Dit heeft er mede toe geleid dat in het voorjaar van 2011 een stand van zaken brief gezonden is naar de Tweede Kamer met betrekking tot het gebruik van ADHD-middelen. In deze brief heb ik aangekondigd in gesprek te willen gaan met de betrokken beroepsgroepen. Voor uw informatie treft u de betreffende brief aan (bijlage 1).

Onlangs kwam het onderwerp opnieuw onder de aandacht, mede naar aanleiding van het verschijnen van een publicatie van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (bijlage 2). Naar aanleiding daarvan zijn er Kamervragen gesteld en is er een motie ingediend (33 000 XVI nr. 126, lid Dibi) o.a. over het ontwikkelen van een aanvalsplan tegen de medicalisering van de jeugd.

Deze gebeurtenissen zijn de aanleiding waarom ik mij, mede namens de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, met betrekking tot dit onderwerp tot u en de andere betrokken beroepsgroepen wend. Deze brief heb ik ook gezonden naar de Landelijke Huisartsen Vereniging, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en het Nederlandse Huisartsen Genootschap. Ik heb de Orde van Medisch Specialisten en de KNMG hierover geïnformeerd.

Het onderwerp spitst zich toe op vijf thema's die ik hieronder toelicht.

#### **Wanneer is ADHD-medicatie geïndiceerd**

Op basis van de aanbevelingen voor farmacotherapie ADHD van het K&J Kenniscentrum kan bij lichte vormen van ADHD na de eerste stap (psycho-educatie) een gedragstherapeutische behandeling via de ouders (mediatietherapie) worden overwogen. Indien dit onvoldoende werkt, is toevoeging van medicatie geïndiceerd. Bij ernstige vormen van ADHD is medicatie als eerste stap geïndiceerd. Mediatetherapie kan in dit geval tegelijk of in tweede instantie worden toegevoegd.



Uit onderzoek van het Nivel <sup>1</sup>blijkt dat in de eerste lijn steeds vaker voor andere diagnoses ADHD-medicatie wordt voorgeschreven. Zo zou in 2008 30% van de ADHD-voorschriften op basis van een andere diagnose zijn voorgeschreven.

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Geneesmiddelen en  
Medische Technologie

**Kenmerk**  
GMT-3102788

### **Voorschrijvers van ADHD-medicatie**

Kinderartsen blijken medicamenteuze behandeling van ADHD het meest te initiëren: in ongeveer 50% van de gevallen. (Kinder)psychiaters blijken rond de 25% voor hun rekening te nemen (CBO-MDR ADHD 2005).

Ook huisartsen zien regelmatig kinderen met psychosociale problemen en gedragsproblemen en worden in toenemende mate geconfronteerd met vragen over ADHD. Zij schrijven inmiddels regelmatig herhaalrecepten voor en zijn voor 25% (SFK 2011) verantwoordelijk voor het initiëren van ADHD-medicatie.

### **Toename van diagnose ADHD en gebruik van ADHD-medicatie**

De multidisciplinaire richtlijn ADHD van het CBO stelt (al in 2005): "Onderzoek in het buitenland laat de laatste jaren een sterke toename zien van het aantal gestelde diagnoses van ADHD bij kinderen." Sinds circa 1993 stijgt het gebruik van methylfenidaat internationaal en dat is inmiddels in Nederland ook het geval. De laatste jaren is zelfs sprake van een explosieve stijging.

Volgens GIP data 2010 is het aantal voorschriften van 2005-2009 voor centraal werkende sympathicomimetica gestegen van 350.000 naar 850.000. Genoemde stijging lijkt zich onder alle voorschrijvers voor te doen en er is nauwelijks sprake van clustering rond bepaalde praktijken. Recentere cijfers geven aan dat van de 2 miljoen kinderen van 5 tot 14 jaar in Nederland er 60.000-100.000 zouden voldoen aan de criteria voor de diagnose ADHD. Er zijn op dit moment ongeveer 114.080 mensen die ADHD-medicatie gebruiken (Trimbos instituut, 2010, meetjaar 2008). Inmiddels blijkt de grootste stijging van gebruikers te liggen in de leeftijdscategorie tussen 10-12 jaar.

### **Hoe lang doorgaan met ADHD-medicatie**

Uit de Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA)<sup>2</sup> bleek intensieve medicamenteuze behandeling met methylfenidaat superieur aan andere vormen van behandeling. Ik heb begrepen dat de vervolgstudie echter aanzienlijk minder gunstige uitkomsten bleek op te leveren. In Nederland lijkt de aandacht voor deze aanzienlijk ongunstiger uitkomsten van de tweede MTA follow-up studie achter te blijven bij die voor de eerdere resultaten.

### **ADHD-medicatie bij leeftijd boven de 18 jaar**

Uit de SFK-gegevens blijkt dat gebruik van ADHD-medicatie bij volwassenen (>18 jaar) nog in opkomst is, maar dat zich hierbij eenzelfde groei voordoet. Ik zou het een goede zaak vinden indien ervaringen met de explosieve groei bij de leeftijdsgroep onder de 18 jaar, tijdig worden ingezet om dezelfde problematiek in (de nabije) toekomst in de volwassengroep, ouder dan 18 jaar, zoveel mogelijk te beperken.

<sup>1</sup> Dijk, C. van, Zuidgeest, Dijk, L. van, Verheij, R. Huisartsenzorg in cijfers: stijging behandeling ADHD bij kinderen. Huisarts en Wetenschap: 2008, 51 (13), 641

<sup>2</sup> E. Nieweg. Tijdschrift voor Psychiatrie 52, 2010, 4, 245-254





Met deze brief aan u wil ik absoluut niet dwars heenlopen door de primaire verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen om ieder afzonderlijk en met elkaar een inhoudelijke discussie te voeren en een gezamenlijke visie uit te dragen over dit onderwerp.

Ik zou het wel erg op prijs stellen als u, gelet op de politieke aandacht voor dit onderwerp, mij voor eind mei 2012 zou kunnen informeren over de uitkomsten van deze discussie, de visie van uw eigen beroepsgroep en de gezamenlijke visie van de betrokken beroepsgroepen. Het zou mij een goede zaak lijken als u daarbij aandacht kunt besteden aan de volgende punten:

1. Is er een verklaring voor de blijvende toename van het aantal gediagnosticeerde ADHD-gevallen van kinderen jonger dan 18 jaar?
2. Welke beroepsinhoudelijke eisen kunnen worden gesteld aan het indiceren en initiëren van ADHD-medicatie? Voldoen huisartsen, kinderartsen en (kinder)psychiaters aan deze eisen? Moeten er eisen gesteld worden aan de samenwerking en/of afbakening tussen deze voorschrijvers en andere (psychosociale) behandelaars?
3. Is in de vigerende richtlijn voldoende duidelijk afgebakend, meetbaar en toetsbaar wat 'ernstig' is en wat niet? Zijn de criteria voldoende concreet wanneer psychosociale interventies en/of medicamenteuze therapieën gestart moeten worden en hoe ze op elkaar afgestemd moeten worden, dan wel dat er geen behandeling in engere zin nodig is?
4. Uit genoemd onderzoek van het Nivel blijkt dat in de eerste lijn steeds vaker (tot 30%) voor andere diagnoses ADHD-medicatie wordt voorgeschreven. Is dit in lijn met de vigerende richtlijnen? Is het eventueel afwijken van richtlijnen door de eerste lijn in dit geval voldoende kwalitatief geborgd?
5. Kunt u een uitspraak doen over het langer dan 2 jaar gebruiken van ADHD-medicatie bij kinderen jonger dan 18 jaar, in het licht van de recente data van de eerder genoemde tweede MTA follow-up studie?
6. Zijn er nadere criteria te formuleren ten aanzien van het starten, gebruiken en staken van ADHD-medicatie bij volwassenen ouder dan 18 jaar met ADHD-volwassenvorm, op grond van de ervaringen bij de leeftijdsgroep jonger dan 18 jaar?

Ik zie uw visie op deze problematiek met belangstelling tegemoet. Zij zal dienen om de Tweede Kamer te informeren en mogelijk nader beleid te initiëren.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

  
m.w.a. E.I. Schippers

Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg  
Directie Geneesmiddelen en  
Medische Technologie

Kenmerk  
GMT-3102788



> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie  
T.a.v. de heer P. Niesink  
Postbus 20062  
3502 LB UTRECHT

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Geneesmiddelen en  
Medische Technologie

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag  
www.rijksoverheid.nl

**Inlichtingen bij**  
mr. H. Kelder  
Senior Beleidsmedewerker

T 070-3407344  
g.kelder@minvws.nl

**Kenmerk**  
GMT-3102788

**Bijlage(n)**  
2

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

Datum 16 FEB 2012  
Betreft Inzet en gebruik ADHD-medicatie

Geachte heer Niesink,

Het voorschrijven van ADHD-medicatie en de stijgende trend die hierin al sinds vele jaren te zien is, is met enige regelmaat onderwerp van het politieke debat. Dit heeft er mede toe geleid dat in het voorjaar van 2011 een stand van zaken brief gezonden is naar de Tweede Kamer met betrekking tot het gebruik van ADHD-middelen. In deze brief heb ik aangekondigd in gesprek te willen gaan met de betrokken beroepsgroepen. Voor uw informatie treft u de betreffende brief aan (bijlage 1).

Onlangs kwam het onderwerp opnieuw onder de aandacht, mede naar aanleiding van het verschijnen van een publicatie van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (bijlage 2). Naar aanleiding daarvan zijn er Kamervragen gesteld en is er een motie ingediend (33 000 XVI nr. 126, lid D1b1) o.a. over het ontwikkelen van een aanvalsplan tegen de medicalisering van de jeugd.

Deze gebeurtenissen zijn de aanleiding waarom ik mij, mede namens de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, met betrekking tot dit onderwerp tot u en de andere betrokken beroepsgroepen wend. Deze brief heb ik ook gezonden naar de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Landelijke Huisartsen Vereniging. Ik heb de Orde van Medisch Specialisten en de KNMG hierover geïnformeerd.

Het onderwerp spitst zich toe op vijf thema's die ik hieronder toelicht.

#### **Wanneer is ADHD-medicatie geïndiceerd**

Op basis van de aanbevelingen voor farmacotherapie ADHD van het K&J Kenniscentrum kan bij lichte vormen van ADHD na de eerste stap (psycho-educatie) een gedragstherapeutische behandeling via de ouders (mediatietherapie) worden overwogen. Indien dit onvoldoende werkt, is toevoeging van medicatie geïndiceerd. Bij ernstige vormen van ADHD is medicatie als eerste stap geïndiceerd. Mediatetherapie kan in dit geval tegelijk of in tweede instantie worden toegevoegd.



Uit onderzoek van het Nivel <sup>1</sup>blijkt dat in de eerste lijn steeds vaker voor andere diagnoses ADHD-medicatie wordt voorgeschreven. Zo zou in 2008 30% van de ADHD-voorschriften op basis van een andere diagnose zijn voorgeschreven.

Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg  
Directie Geneesmiddelen en  
Medische Technologie

Kenmerk  
GMT-3102788

### **Voorschrijvers van ADHD-medicatie**

Kinderartsen blijken medicamenteuze behandeling van ADHD het meest te initiëren: in ongeveer 50% van de gevallen. (Kinder)psychiaters blijken rond de 25% voor hun rekening te nemen (CBO-MDR ADHD 2005).

Ook huisartsen zien regelmatig kinderen met psychosociale problemen en gedragsproblemen en worden in toenemende mate geconfronteerd met vragen over ADHD. Zij schrijven inmiddels regelmatig herhaalrecepten voor en zijn voor 25% (SFK 2011) verantwoordelijk voor het initiëren van ADHD-medicatie.

### **Toename van diagnose ADHD en gebruik van ADHD-medicatie**

De multidisciplinaire richtlijn ADHD van het CBO stelt (al in 2005): "Onderzoek in het buitenland laat de laatste jaren een sterke toename zien van het aantal gestelde diagnoses van ADHD bij kinderen." Sinds circa 1993 stijgt het gebruik van methylfenidaat internationaal en dat is inmiddels in Nederland ook het geval. De laatste jaren is zelfs sprake van een explosieve stijging.

Volgens GIP data 2010 is het aantal voorschriften van 2005-2009 voor centraal werkende sympathicomimetica gestegen van 350.000 naar 850.000. Genoemde stijging lijkt zich onder alle voorschrijvers voor te doen en er is nauwelijks sprake van clustering rond bepaalde praktijken. Recentere cijfers geven aan dat van de 2 miljoen kinderen van 5 tot 14 jaar in Nederland er 60.000-100.000 zouden voldoen aan de criteria voor de diagnose ADHD. Er zijn op dit moment ongeveer 114.080 mensen die ADHD-medicatie gebruiken (Trimbos instituut, 2010, meetjaar 2008). Inmiddels blijkt de grootste stijging van gebruikers te liggen in de leeftijdscategorie tussen 10-12 jaar.

### **Hoe lang doorgaan met ADHD-medicatie**

Uit de Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA)<sup>2</sup> bleek intensieve medicamenteuze behandeling met methylfenidaat superieur aan andere vormen van behandeling. Ik heb begrepen dat de vervolgstudie echter aanzienlijk minder gunstige uitkomsten bleek op te leveren. In Nederland lijkt de aandacht voor deze aanzienlijk ongunstiger uitkomsten van de tweede MTA follow-up studie achter te blijven bij die voor de eerdere resultaten.

### **ADHD-medicatie bij leeftijd boven de 18 jaar**

Uit de SFK-gegevens blijkt dat gebruik van ADHD-medicatie bij volwassenen (>18 jaar) nog in opkomst is, maar dat zich hierbij eenzelfde groei voordoet. Ik zou het een goede zaak vinden indien ervaringen met de explosieve groei bij de leeftijdsgroep onder de 18 jaar, tijdig worden ingezet om dezelfde problematiek in (de nabije) toekomst in de volwassengroep, ouder dan 18 jaar, zoveel mogelijk te beperken.

<sup>1</sup> Dijk, C. van, Zuidgeest, Dijk, L. van, Verheij, R. Huisartsenzorg in cijfers: stijging behandeling ADHD bij kinderen. Huisarts en Wetenschap: 2008, 51 (13), 641

<sup>2</sup> E. Nieweg. Tijdschrift voor Psychiatrie 52, 2010, 4, 245-254



Met deze brief aan u wil ik absoluut niet dwars heenlopen door de primaire verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen om ieder afzonderlijk en met elkaar een inhoudelijke discussie te voeren en een gezamenlijke visie uit te dragen over dit onderwerp.

Ik zou het wel erg op prijs stellen als u, gelet op de politieke aandacht voor dit onderwerp, mij voor eind mei 2012 zou kunnen informeren over de uitkomsten van deze discussie, de visie van uw eigen beroepsgroep en de gezamenlijke visie van de betrokken beroepsgroepen. Het zou mij een goede zaak lijken als u daarbij aandacht kunt besteden aan de volgende punten:

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Geneesmiddelen en  
Medische Technologie

**Kenmerk**  
GMT-3102788

1. Is er een verklaring voor de blijvende toename van het aantal gediagnosticeerde ADHD-gevallen van kinderen jonger dan 18 jaar?
2. Welke beroepsinhoudelijke eisen kunnen worden gesteld aan het indiceren en initiëren van ADHD-medicatie? Voldoen huisartsen, kinderartsen en (kinder)psychiaters aan deze eisen? Moeten er eisen gesteld worden aan de samenwerking en/of afbakening tussen deze voorschrijvers en andere (psychosociale) behandelaars?
3. Is in de vigerende richtlijn voldoende duidelijk afgebakend, meetbaar en toetsbaar wat 'ernstig' is en wat niet? Zijn de criteria voldoende concreet wanneer psychosociale interventies en/of medicamenteuze therapieën gestart moeten worden en hoe ze op elkaar afgestemd moeten worden, dan wel dat er geen behandeling in engere zin nodig is?
4. Uit genoemd onderzoek van het Nivel blijkt dat in de eerste lijn steeds vaker (tot 30%) voor andere diagnoses ADHD-medicatie wordt voorgeschreven. Is dit in lijn met de vigerende richtlijnen? Is het eventueel afwijken van richtlijnen door de eerste lijn in dit geval voldoende kwalitatief geborgd?
5. Kunt u een uitspraak doen over het langer dan 2 jaar gebruiken van ADHD-medicatie bij kinderen jonger dan 18 jaar, in het licht van de recente data van de eerder genoemde tweede MTA follow-up studie?
6. Zijn er nadere criteria te formuleren ten aanzien van het starten, gebruiken en staken van ADHD-medicatie bij volwassenen ouder dan 18 jaar met ADHD-volwassenvorm, op grond van de ervaringen bij de leeftijdsgroep jonger dan 18 jaar?

Ik zie uw visie op deze problematiek met belangstelling tegemoet. Zij zal dienen om de Tweede Kamer te informeren en mogelijk nader beleid te initiëren.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

  
mrw. drs. E.I. Schippers



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Ons kenmerk  
CZ/CGGZ-3055906

Bijlagen

Uw brief

Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.

Datum 27 APR 2011  
Betreft Verzoek om een Stand van Zaken ADHD

Geachte voorzitter,

Bij brief van 3 maart 2011 (2011Z03078/2011D10527) heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport mij verzocht om een stand van zaken ADHD te geven. Met deze brief geef ik gehoor aan dit verzoek.

Ik wil de stand van zaken op gebied van ADHD graag uiteen zetten aan de hand van een aantal ontwikkelingen: de toename van kennis over ADHD, het groeiende aantal ADHD-diagnosen en de toename van medicatiegebruik.

#### 1. Toename van kennis over ADHD

De afgelopen jaren is de kennis over ADHD enorm gegroeid. Er zijn veel instrumenten op gebied van diagnostiek en behandeling van ADHD. Deze staan o.a. beschreven in mijn antwoorden op de kamervragen van kamerlid Bouwmeester (Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, nr. 740) en in mijn reactie op het rapport van het Trimbos instituut (Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, nr. 25424).

Een samenvatting van de instrumenten en acties vanuit het veld:

- Er is een Multidisciplinaire richtlijn ADHD uitgekomen;
- Het Landelijke Basisprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen;
- Protocollen Diagnostiek en Behandeling bij ADHD;
- Het landelijk kenniscentrum KJP is gestart;
- Er is een groot aantal onderzoeken uitgevoerd naar ADHD<sup>1</sup>;
- Stichting netwerk ADHD opgericht om patiënten te kunnen verwijzen naar behandelaars die op de hoogte zijn van de diagnostiek en behandeling van ADHD bij volwassenen;
- Daarnaast zijn er nog verschillende verenigingen en stichtingen waar mensen met vragen over de stoornis terecht kunnen.

<sup>1</sup> Zie het dossier ADHD op de site van het Nederlands Jeugd Instituut [www.nji.nl](http://www.nji.nl)



De toegenomen kennis leidt ertoe dat er meer kinderen gediagnosticeerd en behandeld worden.

Ons kenmerk  
CZ/CGGZ-3055906

## *2. Groeiend aantal ADHD diagnoses bij kinderen*

Naast toegenomen kennis spelen ook andere ontwikkelingen een rol bij een groeiend aantal diagnoses. Voorbeelden hiervan zijn ontwikkelingen als het verminderen van het taboe op psychiatrische stoornissen, het steeds ingewikkelder worden van de maatschappij, waardoor kinderen eerder tegen problemen aanlopen en medicalisering. Hierbij verwijs ik graag naar het antwoord op kamervragen van kamerlid Bouwmeester over ADHD (Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, nr. 740).

### *Felton over voorkomen van ADHD bij kinderen:*

- Tussen de drie en vijf procent van de kinderen lijdt aan ADHD<sup>2</sup>;
- Van alle 2 miljoen kinderen van 5 tot 14 jaar in Nederland zouden dus ongeveer 60.000-100.000 voldoen aan de criteria voor de diagnose ADHD;
- Het aantal kinderen met ADHD is de afgelopen 20 jaar nauwelijks toegenomen. Het aantal kinderen dat wordt behandeld is echter wel gestegen;
- Door de toegenomen kennis over ADHD wordt deze stoornis steeds beter en eerder herkend. Meer kinderen worden dus gediagnosticeerd en behandeld voor hun ADHD.

### *Het kenniscentrum Kinder- en Jeugd psychiatrie geeft de belangrijkste oorzaken van ADHD:*

- Het zijn de genen die voor het belangrijkste deel bepalen of ADHD zich bij een kind zal ontwikkelen of niet;
- Kinderen van ouders met ADHD krijgen het in de helft van de gevallen ook;
- Kinderen hebben meer risico op ADHD als hun moeder tijdens de zwangerschap een hoge bloeddruk had, rookte of veel dronk;
- Kinderen die te vroeg zijn geboren en kinderen met een te laag geboortegewicht lopen meer risico op ADHD.

De mogelijkheid tot onterechte diagnoses is de laatste tijd een aantal keer aan de orde geweest in Kamervragen (Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, nr. 740, 741 en 742). Er is in Nederland een diagnostiekprotocol beschikbaar voor professionals, met gestandaardiseerde instrumenten. Hierdoor worden de kansen op een onjuiste diagnose geminimaliseerd.

## *3. Toename van gebruik van ADHD-medicatie*

Er zijn op dit moment ongeveer 114.080 mensen die ADHD-medicatie gebruiken (Trimbos instituut, 2010, meetjaar 2008).

Het aantal gebruikers en het aantal voorschriften van methylfenidaat is de laatste jaren gegroeid. Dit laten cijfers van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) zien.

<sup>2</sup> [http://www.kenniscentrum-kjp.nl/nl/clienten/thema\\_s/adhd](http://www.kenniscentrum-kjp.nl/nl/clienten/thema_s/adhd)



#### Gebruikers:

- In de leeftijdsgroep 0-10 jaar is het gebruik tussen 2005 en 2009 jaarlijks met zo'n 16% gegroeid. Behalve in de periode tussen 2006 en 2007, toen is er een uitschieter geweest van 25%.
- In de leeftijdsgroep 11-20 jaar is het gebruik tussen 2005 en 2009 jaarlijks met zo'n 17% gegroeid. Behalve in de periode tussen 2006 en 2007, toen is er een uitschieter geweest van 20%.

Ons kenmerk  
CZ/CGGZ-3055906

#### Medicijngebruik:

- Met betrekking tot het gebruik van methylfenidaat bij kinderen van 0-10 jaar is het gebruik in 2009 in vergelijking met 2005 meer dan verdubbeld. In 2005 was het gebruik 2,5 miljoen DDD's<sup>3</sup> in 2009 is dat gestegen naar 5,4 miljoen DDD's.
- Met betrekking tot het gebruik van methylfenidaat bij kinderen van 11-20 jaar is het gebruik in 2009 in vergelijking met 2005 meer dan verdubbeld. In 2005 was het gebruik 6,3 miljoen DDD's in 2009 is dat gestegen naar 14,1 miljoen DDD's.
- Bij volwassenen (21 jaar en ouder) is het gebruik ook meer dan verdubbeld, namelijk van een gebruik van 4 miljoen DDD's in 2005 naar een gebruik van 10,5 miljoen DDD's in 2009<sup>4</sup>.

De laatste jaren wordt in toenemende mate het signaal afgegeven dat er teveel met medicatie wordt behandeld (zie o.a. Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, nr. 741 en 742). Gelet op de aanhoudende signalen ben ik benieuwd naar de mening en ervaringen van de beroepsgroepen, in dit geval kinder- en jeugdpsychiaters, die deze medicatie voorschrijven. Ik ben daarom voornemens om in gesprek te gaan met deze beroepsgroepen om de signalen over ADHD te bespreken. Ook heb ik met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) afspraken gemaakt over haar betrokkenheid bij een te verrichten onderzoek naar het voorschrijfgedrag van ADHD-medicatie.

Er is meerdere keren gesuggereerd dat de farmaceutische industrie oneigenlijke methoden hanteert om het gebruik van ADHD-medicatie te bevorderen. Dit kwam onder andere afgelopen najaar aan de orde in kamervragen (Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, nr. 741 en 742).

De IGZ houdt toezicht op geneesmiddelenreclame; zowel op publieksreclame als op reclame die zich richt op beroepsbeoefenaren. Ook is er sprake van zelfregulering via de Stichting Code Geneesmiddelenreclame (CGR). Daar kunnen klachten over geneesmiddelenreclame worden ingediend. Wanneer zich dus oneigenlijke praktijken voordoen dan kunnen die gemeld worden of kunnen klachten worden ingediend. Tussen artsen en farmaceutische industrie wordt op verschillende manieren samengewerkt, bijvoorbeeld doordat artsen deelnemen aan wetenschappelijk onderzoek. Sinds 2006 zijn er drie klachten bij de CGR binnen gekomen waarvan er twee gegrond zijn verklaard. De CGR is op dit moment bezig met een regeling om tot transparantie te komen over dergelijke banden tussen artsen en de farmaceutische industrie.

<sup>3</sup> DDD staat voor Defined Daily Dosis. (standaard dagdosering)

<sup>4</sup> Zie ook beantwoording kamervragen van Koolman, Van Gerven en Smits (Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, nr. 741).



Ik vertrouw erop u met deze brief voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,  
de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

  
mr. drs. E.I. Schippers

Ons kenmerk  
CZ/CGGZ-3055906



[Ga naar inhoud](#) | [Ga naar navigatie](#)

- [Nieuws & publicaties](#)
- [Informatie aanvragen](#)
- [Data warehouse](#)
- [Webrapportages](#)

## Meer dan 1 miljoen ADHD-voorschriften

8 december 2011, Pharmaceutisch Weekblad, Jaargang 146 Nr 49

Het gebruik van geneesmiddelen bij ADHD overstijgt in 2011 de 1 miljoen voorschriften. Het zijn hoofdzakelijk jonge tieners van 10 tot 12 jaar die deze middelen gebruiken. Van de € 42,5 miljoen omzet komt 60% in beginsel voor rekening van de patiënt.

Recentelijk meldde de staatssecretaris van VWS dat de overheid wil dat kinderen minder medicijnen slikken tegen aandoeningen als ADHD en PDD-NOS. Hoewel ze van mening is dat kinderen niet ten onrechte de diagnose ADHD krijgen en niet ten onrechte behandeld worden met geneesmiddelen, vindt ze wel dat deze jongeren sneller dan nodig specialistische hulp of medicijnen krijgen. Het meest ingezette geneesmiddel bij ADHD is methylfenidaat (Ritalin, Concerta, Medikinet en Equasym), op afstand gevolgd door atomoxetine (Strattera). Ook bij PDD-NOS, een term die wordt gebruikt voor kinderen met kenmerken van autisme, maar niet genoeg kenmerken om ze de diagnose autisme te geven, kunnen ADHD-middelen worden voorgeschreven om de aandacht en concentratie te verbeteren. Het door de staatssecretaris geuite standpunt aangaande de medicalisering van kinderen met gedrags- en concentratieproblemen kan worden gezien als een proefballon over dit onderwerp.

### Stijgend gebruik

In 2011 zullen de openbare apotheken naar verwachting zo'n 1,1 miljoen keer een geneesmiddel verstrekken dat wordt toegepast bij ADHD. Ten opzichte van eerdere jaren zet de sterke groei in het gebruik van deze middelen hiermee door. Sinds enkele jaren stijgt het aantal verstrekkingen van deze geneesmiddelen bovengemiddeld met zo'n 10 tot 12% per jaar. Methylfenidaat zal in 2011 1,07 keer worden afgeleverd, 10% meer dan in 2010. De toename in het gebruik van methylfenidaat zit zowel bij de varianten zonder gereguleerde afgifte (Ritalin) als bij de varianten met gereguleerde afgifte (Concerta, Medikinet, Equasym). Het grote voordeel van de tabletten en capsules met gereguleerde afgifte is dat met een eenmaaldaagse dosis kan worden volstaan, in tegenstelling tot de gewone tablet van methylfenidaat die tot 4 keer per dag moet worden ingenomen. Atomoxetine zal dit jaar 47.500 keer worden verstrekt, een afname van 5%. In de eerste helft van dit jaar gebruiken 145.000 personen methylfenidaat en 5.600 personen atomoxetine.

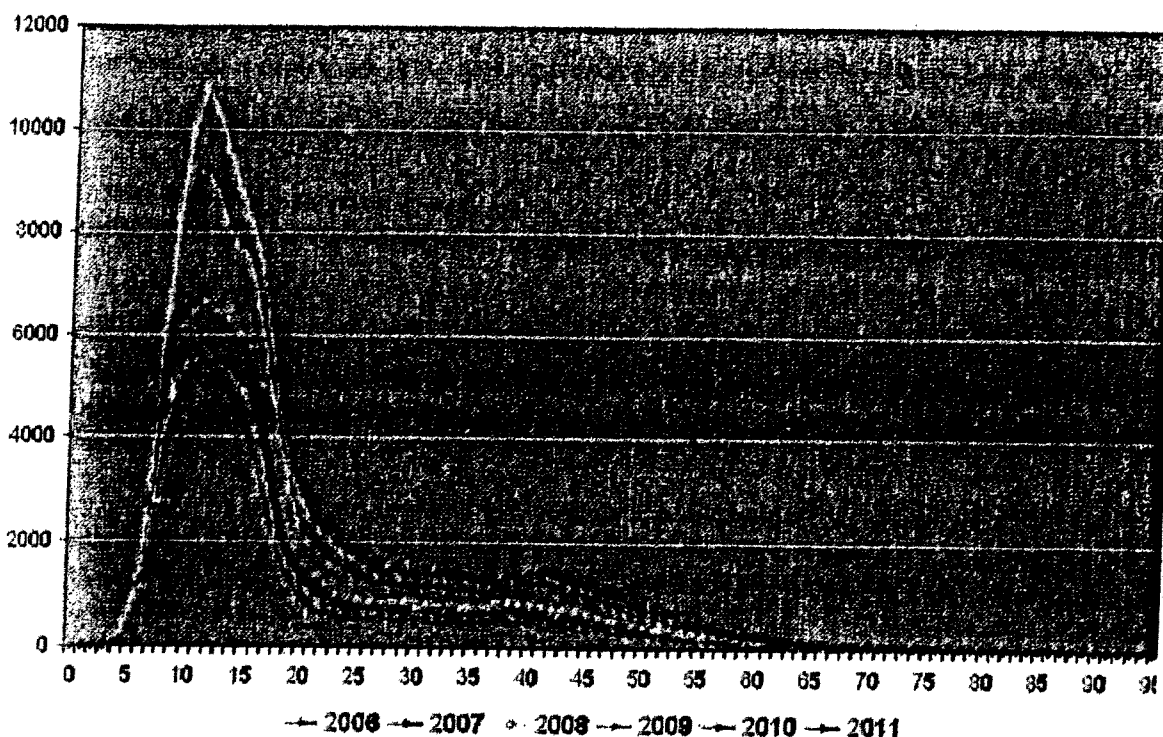
### Kinderen

Van alle verstrekkingen aan ADHD-middelen is het merendeel bestemd voor jongeren tot 20 jaar. Tweederde van de gebruikers van methylfenidaat valt in deze leeftijdscategorie; bij atomoxetine is dit zelfs ruim driekwart. De meeste gebruikers van ADHD-middelen vallen in de leeftijdsgroep 10 - tot 12 -jarigen. Behalve dat het gebruik van middelen bij ADHD over alle leeftijden een stijgende lijn laat zien, starten er naar verhouding meer jongeren dan ouderen met deze middelen.

## Uit eigen portemonnee

De totale uitgaven aan de ADHD-middelen methylfenidaat en atomoxetine zijn beperkt gestegen van € 40 miljoen in 2010 tot € 42,5 miljoen in 2011. Hiervan werd slechts € 17,8 miljoen vergoed uit de basisverzekering. De rest, € 24,7 miljoen, moest als GVS-bijdrage door de verzekerden zelf worden opgebracht of werd vanuit aanvullende verzekeringen vergoed. Het is de SFK niet bekend in welke mate de bijbetaling vanuit een aanvullende verzekering wordt vergoed. Bijbetaling is van toepassing op alle varianten van methylfenidaat en atomoxetine die bedoeld zijn voor eenmaal daags gebruik. Deze vormen precies de helft van het aantal verstrekkingen van beide middelen. Fabrikanten wijzen de gebruikers van hun producten gedetailleerd op de mogelijkheden die de aanvullende verzekeringen bieden voor de vergoeding van de bijbetalingen van ADHD-middelen.

**figuur 1: Aantal gebruikers van methylfenidaat en atomoxetine in de periode 2006–2011 (eerste 6 maanden van ieder jaar)**



Het gebruik van ADHD-middelen stijgt al jaren, waarbij de groep tieners de grootste groei laat zien.

**Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen**

Mijn Apotheek

Dit is een publicatie van de Stichting Farmaceutische Kengetallen.

Overname van tekst, gegevens, tabellen of grafieken is toegestaan mits onder volledige bronvermelding.

Wachtwoord

Inloggen

[Wachtwoord aanvragen](#)

[Deelnemer worden](#)