

# NHG: ADHD-medicatie is nooit de enige behandeling

Huisartsen met voldoende expertise en samenwerkingsverbanden met andere hulpverleners kunnen voortaan kinderen met ADHD zonder andere psychiatrische aandoeningen zelf behandelen. Volgens apotheker Karen de Leest geeft de nieuwe standaard “duidelijke handvatten: eerst leefregels, en bij onvoldoende effect eventueel methylfenidaat.”

Auteur **Cindy Reinders**

Voor kinderen met ‘simpele’ ADHD zonder complicaties, zou de huisarts de aangewezen zorgverlener zijn voor goede zorg. Door diens expertise, en door de wachtlijsten in de overbelaste jeugdzorg. Dat stellen de auteurs van het artikel ‘ADHD in de eerste lijn’ in *Huisarts & Wetenschap* uit 2011. Het NHG zou hieraan volgens hen kunnen bijdragen door een richtlijn over ADHD te ontwikkelen.

Nu is die er dan: de NHG-Standaard *ADHD bij kinderen*. “Die legt veel nadruk op leefregels”, valt Karen de Leest op. Zij werkt als apotheker bij apotheek de Roerdomp in Nieuwegein, bij het Geneesmiddel Informatie Centrum van de KNMP en is lid van de Werkgroep voor Farmacotherapie en Geneesmiddelinformatie.

Tot de leefregels en opvoedadviezen behoren: duidelijk grenzen stellen, consequent met gedrag omgaan, time-outs en beloningen geven. “Een goede zaak dat hiervoor aandacht is. Ook omdat regelmatig voorkomt dat een van de ouders ADHD heeft en het bieden van structuur voor hen soms lastig kan zijn.”

## Handvatten

De Leest hoort regelmatig van huisartsen dat ouders al binnenkomen met de vraag: mogen wij methylfenidaat voor ons kind? “Tot voor kort konden huisartsen nergens op terugvallen bij een dergelijke hulpvraag.” De nieuwe richtlijn biedt hun volgens haar duidelijke handvatten, zoals wanneer en bij wie ze medicatie – zo veilig mogelijk – kunnen

starten. En wanneer ze het kind moeten doorverwijzen. Als eerste moet de huisarts vaststellen of daadwerkelijk sprake is van ADHD. De belangrijkste gedragskenmerken – hyperreactiviteit en impulsiviteit, en onoplettendheid – moeten een duidelijk negatieve invloed hebben op het functioneren in twee of meer omgevingen (thuis, op school, in clubverband of in de omgang met leeftijdsgenoten). Heeft een kind ADHD zonder psychiatrische comorbiditeit – in ongeveer een derde van de gevallen – dan kan de huisarts zelf de behandeling starten. Die moet wel beschikken over voldoende expertise en samenwerkingsverbanden met andere hulpverleners zoals jeugdartsen en kinderpsychiaters. En moet die zorg en samenwerking periodiek evalueren. Is het kind met ADHD jonger dan 6 jaar, is er psychiatrische comorbiditeit of zijn er ernstige beperkingen in het functioneren, dan behoort de huisarts te verwijzen naar een gespecialiseerde GGZ-instelling.

## Terughoudend

“De standaard is terughoudend met medicatie”, zegt De Leest. “Ouders die bij het eerste consult om methylfenidaat vragen, krijgen dat niet zomaar.” Dat komt pas in beeld als voorlichting, ouder- en leerkrachtbegeleiding, en gedragstherapie voor het kind tot onvoldoende verbetering leiden. Volgens het NHG kan medicatie ondersteunend zijn, maar is het nooit de enige vorm van behandeling.

Als de huisarts samen met de ouders en het kind besluit om methylfenidaat te starten, beschrijft de standaard uitgebreid hoe het middel veilig kan worden gebruikt. Vooraf moet de huisarts:

- controleren op de contra-indicaties: hypertensie, convulsies in de anamnese, glaucoom, (aangeboren) cardiale aandoeningen of plotse hartdood in de familie;
- de ouders en het kind informeren over mogelijke bijwer-

---

**VAAK IS HET ZOEKEN NAAR  
HET JUISTE INNAMETIJDSTIP  
BIJ METHYLFENIDAAT**



Foto Cindy Reinders

START BIJ EEN INDICATIE VOOR METHYLFENIDAAT MET EEN KORTWERKEND PREPARAAT TWEE- OF DRIEMAAL DAAGS.

kingen: verminderd reactievermogen, verminderde eetlust, slaapproblemen (vooral na inname later op de middag of aan het begin van de avond), invloed op de stemming, veranderingen in bloeddruk en hartfrequentie, en groei-vertraging;

- lengte, gewicht, bloeddruk en hartfrequentie bepalen en vastleggen.

Is hier allemaal aan voldaan, dan kan de huisarts volgens het stappenplan (zie kader) kortwerkend methylfenidaat gaan opbouwen. Langwerkende preparaten kunnen worden overwogen bij problemen met de therapietrouw of bij sterke reboundverschijnselen (de symptomen keren direct terug wanneer het middel is uitgewerkt). Over de plek van de overige geneesmiddelen is de standaard volgens De Leest “erg stellig”: initieer geen dexamfetamine en atomoxetine.

### Bijwerkingen

De huisarts controleert kinderen met ADHD periodiek. Tijdens de consulten informeert die naar de aanwezigheid van klachten, het effect van de niet-medicamenteuze behandeling en van de medicatie (indien van toepassing), en naar de bijwerkingen. Die treden vaak aan het begin van de behandeling op, maar verminderen meestal ook weer na een tot twee weken. “Wijs hierop bij de eerste uitgifte”, adviseert De Leest.

Blijft een bijwerking bestaan, dan kan de tabel wellicht uitkomst bieden. Hierin staan de behandelopties per bijwerking weergegeven. De Leest: “Die kan voor ons ook nuttig zijn bij de tweede uitgifte. Bijvoorbeeld als een moeder vraagt of haar zoon duizelig kan zijn door de methylfenidaat. Dan is het goed te weten dat duizeligheid en

## BIJWERKINGEN ADHD-MEDICATIE VERMINDEREN MEESTAL NA EEN TOT TWEE WEKEN

hoofdpijn kunnen duiden op een te hoge dosering, maar ook op een te lage dosering als het middel snel is uitgewerkt (rebound). Vraag wanneer de klachten optreden.” De Leest vindt het terecht dat de standaard melatonine – weliswaar off-label – oppert bij inslaapproblemen. Maar alleen bij hardnekkige klachten die grote impact hebben waarbij gedragsmatige interventies onvoldoende effect geven. De standaard adviseert, conform het Kinderformularium, 1 tot 2 mg voor het slapen gaan en tot maximaal 3 mg te verhogen. “Terwijl de studies die zijn gedaan 3 tot 6 mg gebruikten,” merkt zij op.

### Innametijdstip

Tijdens de controles monitort de huisarts lengte, gewicht, bloeddruk en hartfrequentie van het kind. Eet het minder en is het een tot twee kilo afgevallen, dan kan de huisarts

### Laatste dosis om 16.00 uur

Als er een indicatie voor methylfenidaat bestaat bij kinderen van 6 jaar of ouder, volgt de huisarts het volgende stappenplan:

- stap 1: start met twee- of driemaal daags (afhankelijk van de gewenste behandelduur: acht of twaalf uur) kortwerkend methylfenidaat, uitgaande van 0,3 mg per kg lichaamsgewicht per dag. Overweeg (bij driemaal daags) een lagere laatste dagdosis om slaapproblemen te voorkomen. Geef de laatste dosis uiterlijk vier uur voor bedtijd (meestal rond 16.00 uur);
- stap 2a: verhoog op geleide van effect en/of bijwerkingen de dosering kortwerkend methylfenidaat wekelijks met 2,5-5 mg per dosis. De maximale dosis is 2 mg/kg lichaamsgewicht per dag tot maximaal 60 mg. De gebruikelijke onderhoudsdosering is 0,6-0,8 mg/kg lichaamsgewicht per dag in twee of drie doses;
- stap 2b: vervang bij sterke reboundverschijnselen of problemen met therapietrouw de kortwerkende tablet door langwerkend methylfenidaat. Een preparaat met een werkingsduur van acht uur kan even hoog worden gedoseerd als de kortwerkende tweemaal-daagse dosis. Een preparaat met een werkingsduur van twaalf uur moet iets hoger gedoseerd worden: eenmaal daags 18 mg komt overeen met driemaal daags 5 mg.

adviseren om voor het slapen gaan wat extra te eten. De Leest: “Of vermijd de piekspiegel rond de maaltijd door methylfenidaat tijdens of na het eten in te nemen. Maar er zijn ook ouders die het toch liever geven bij het wakker worden, anders krijgen ze de jas en de schoenen moeilijk aan als het kind naar school moet. En er zijn ouders die

## FTO-module snel beschikbaar

Hoe zet ik een kind over van kortwerkend methylfenidaat op een langwerkend preparaat? En is melatonine een optie bij inslaapproblemen? De FTO-module *ADHD bij kinderen* van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, dat huisartsen en apothekers helpt bij de beantwoording van deze vragen, is gebaseerd op de nieuwe gelijknamige NHG-Standaard.

De module gaat in op het beleid van de huisarts. Dat die methylfenidaat mag starten en moet doseren op effect, maar dat het voorschrijven van dexamfetamine en atomoxetine is voorbehouden aan een specialist. En met welke bijwerkingen de huisarts rekening moet houden, zoals het effect op de stemming en de groei. Verder is er aandacht voor de Schengenverklaring die nodig is om methylfenidaat en atomoxetine, die vallen onder de Opiumwet, te kunnen meenemen naar het buitenland. Vanaf begin december is de module te downloaden op de website [www.medicijngebruik.nl](http://www.medicijngebruik.nl).

## LAS JAARLIJKS EEN MEDICATIE-VRIJE PERIODE IN OM HET EFFECT TE BEOORDELEN

ervoor kiezen om methylfenidaat zo laat mogelijk te geven, zodat het effect op school zo lang mogelijk aanhoudt. Kortom: het is vaak zoeken naar het juiste innametijdstip.”

Verkeert een kind dat door een gespecialiseerde GGZ is ingesteld op methylfenidaat of dexamfetamine in een stabiele fase, dan kan de huisarts de controles en de herhaalrecepten overnemen. Dat geldt niet voor kinderen die atomoxetine krijgen. Laat hen onder controle bij de jeugd- of kinderpsychiater, zo adviseert de standaard. Hoe lang ADHD-medicatie moet worden voortgezet, staat niet vast. Bewijs van werkzaamheid en veiligheid van methylfenidaat op de lange termijn ontbreekt. In het algemeen stelt het NHG dat de medicatie tijdens of kort na de puberteit kan worden gestopt.

Daarnaast adviseert de standaard om bijvoorbeeld jaarlijks een medicatievrije periode van een tot twee weken in te lassen terwijl het kind naar school gaat, om het effect van de medicatie te beoordelen. Gedurende de eerste dagen moeten de ouders en het kind rekening houden met reboundverschijnselen. De Leest: “Ik ben benieuwd of huisartsen dit nu ook al doen en wil hier graag afspraken over maken in het FTO.” ■

## Verwijs naar een kinderarts als een kind zes maanden niet groeit

bijwerking methylfenidaat	behandelopties
inslaapproblemen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verlaag de laatste dosering van de dag of vervroeg die</li> <li>• overweeg melatonine bij hardnekkige klachten</li> </ul>
duizeligheid en hoofdpijn	<ul style="list-style-type: none"> <li>• controleer de bloeddruk en adviseer middel tijdens maaltijd in te nemen</li> <li>• overweeg een langwerkend preparaat als klachten optreden als tablet is uitgewerkt</li> <li>• overweeg dosisverlaging als klachten door het middel komen</li> </ul>
hyperactiviteit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• overweeg de doseerfrequentie te verhogen als klachten optreden als tablet is uitgewerkt</li> <li>• overweeg stoppen als het door middel zelf lijkt te komen</li> </ul>
anorexia, misselijkheid en gewichtsafname	<ul style="list-style-type: none"> <li>• controleer lengte en gewicht</li> <li>• adviseer medicatie tijdens of net na maaltijd in te nemen en extra tussendoortjes of eten voor het slapen gaan bij gewichtsafname</li> <li>• overweeg dosisverlaging of stoppen van de medicatie in weekend en vakanties</li> </ul>
groei problemen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verwijs naar kinderarts als het kind zes maanden niet is gegroeid en gewicht heeft verloren</li> </ul>
onwillekeurige bewegingen, tics	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verminder of stop de medicatie en verwijs naar een gespecialiseerde GGZ als Gilles de la Tourette wordt vermoed</li> </ul>
spontaniteitsverlies	<ul style="list-style-type: none"> <li>• overweeg dosisverlaging</li> </ul>
dysforie, agitatie, angst	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verminder of stop de medicatie; verwijs naar een gespecialiseerde GGZ bij een mogelijke psychose of bipolaire stoornis</li> </ul>
gedragsrebound na laatste dosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verminder de laatste dosis van de dag of verdeel de middagdosering over twee doses</li> <li>• overweeg een langwerkend preparaat</li> </ul>
verhoogde bloeddruk of hartfrequentie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• overleg met een specialist of medicatie mogelijk gewijzigd moet worden</li> </ul>

BEHANDELOPTIES VOOR BIJWERKINGEN VAN METHYLFENIDAAT. Bewerkte versie van tabel uit NHG-Standaard *ADHD bij kinderen*.