

Rapportage Analyse ADHD-richtlijnen

Colofon

Auteurs

Marieke van den Berk-Bulsink, apotheker, Instituut Verantwoord Medicijngebruik

Marcel Stroo, apotheker, Instituut Verantwoord Medicijngebruik

Marinka van Dalfsen-Slingerland, apotheker, Instituut Verantwoord Medicijngebruik

oktober 2021

Wij hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan deze uitgave. Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. Het Instituut Verantwoord Medicijngebruik is niet aansprakelijk voor directe of indirecte schade die het gevolg is van het gebruik van de informatie die door middel van deze uitgave is verkregen. Niets uit deze uitgave mag worden gebruikt zonder vooraf verkregen toestemming.

Instituut Verantwoord Medicijngebruik
Postbus 3089, 3502 GB Utrecht
Churchilllaan 11, 3527 GV Utrecht
tel 0888 800 400
info@ivm.nl
www.ivm.nl



Inhoud

1. Inleiding	4
2. Methode	5
3. Uitkomsten	7
Diagnostiek	7
Voorschrijven van medicatie	11
Evaluatie van medicatiegebruik	15
Aandacht voor oneigenlijk gebruik	19
4. Conclusies	21
5. Suggesties	23
 Bijlage	
1. Uitkomsten analyse Nederlandse ADHD-richtlijnen	25

1. Inleiding

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

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

Mogelijke oorzaken voor de beschikbaarheid van ADHD-medicatie voor oneigenlijk gebruik zijn overdiagnostiek en/of overprescriptie. Richtlijnen over de behandeling van ADHD ondersteunen zorgprofessionals bij het stellen van de diagnose en het voorschrijven van medicatie. De vraag is of de huidige richtlijnen zorgprofessionals voldoende ondersteunen om overdiagnostiek en overprescriptie te voorkomen. Daarnaast is het de vraag of richtlijnen voorschrijvers attenderen op mogelijk oneigenlijk gebruik of misbruik van ADHD-medicatie.

2. Methode

Om het antwoord op eerder genoemde vragen in kaart te brengen is door het Instituut Verantwoord Medicijngebruik (IVM) een analyse gedaan op Nederlandse richtlijnen over ADHD. Deze vond plaats in oktober 2021. Het overzicht van de geanalyseerde richtlijnen is te vinden in tabel 1. Het betreft zowel richtlijnen voor de eerste als tweede lijn.

Richtlijn	Ontwikkelaar	Jaar van verschijnen	Doelgroep
JGZ-richtlijn ADHD	Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)	2015	Jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en doktersassistenten in de JGZ
Multidisciplinaire Richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen	Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ	2005	Iedereen betrokken bij de professionele zorg voor kinderen en jeugdigen met ADHD
NHG-Standaard ADHD bij kinderen	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	2014	Huisartsen
NHG-Standpunt Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie, aandachtspunten bij patiënten ≥ 18 jaar die ADHD-middelen gebruiken	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	2020	Huisartsen
Richtlijn ADHD en middelengebruik bij adolescenten	Stichting Resultaten Scoren (SRS)	2014	Behandelaren in de jeugdverslavingszorg, de jeugd-GGZ, professionals in de eerste lijn en medewerkers in de jeugdzorg
Richtlijn ADHD bij kinderen en adolescenten	Kenniscentrum Kind- en jeugdpsychiatrie (K-KJP)	2021	Professionals in de jeugd-GGZ
Richtlijn ADHD bij kinderen en jongeren	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	2018	Psychiaters, kinder- en jeugdartsen, psychologen en huisartsen
Richtlijn ADHD bij volwassenen	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	2015	Professionals betrokken bij de zorg voor volwassenen met (mogelijk) ADHD
Richtlijn ADHD voor jeugdhulp en jeugdbescherming	Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen, Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW) en Nederlands Instituut van Psychologen (NVO/BPSW/NIP)	2016	Beroepsgeregistreerde jeugdprofessionals
Zorgstandaard ADHD	Akwa GGZ	2019	Professionals betrokken bij de zorg voor mensen met ADHD, patiënten en naastbetrokkenen

Tabel 1 Geanalyseerde Nederlandse ADHD-richtlijnen

De richtlijnen zijn gescreend op aanwijzingen met betrekking tot het stellen van de diagnose ADHD, het voorschrijven en evalueren van medicatie, het signaleren van oneigenlijk gebruik en het beleid daarbij. Deze informatie hebben we vervolgens naar de volgende thema's gecategoriseerd: diagnostiek, het voorschrijven van medicatie, de evaluatie van medicatiegebruik en aandacht voor oneigenlijk gebruik. In de volgende hoofdstukken beschrijven we de uitkomsten van deze analyses.

3. Uitkomsten

Diagnostiek

De afkorting ADHD staat voor aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis. Dit is een ruim begrip, waardoor er nadere informatie nodig is om een diagnose te kunnen stellen. De richtlijn *ADHD voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (2016) van NVO/BPSW/NIP formuleert dit als volgt:

Wanneer een jeugdige zo beweeglijk, impulsief is en/of zo snel is afgeleid dat zijn functioneren er in negatieve zin door wordt beïnvloed in meerdere situaties (gezin, school, werk, verenigingen), is er sprake van overmatigheid. Van ADHD wordt gesproken als deze overmatigheid tot (ernstige) beperkingen van het functioneren leidt. De diagnose ADHD kan dus pas gesteld worden bij aanwezigheid van voldoende symptomen die optreden in meerdere sociale situaties en die leiden tot ernstige beperkingen in het functioneren.

De DSM-V geeft criteria voor het stellen van de diagnose ADHD. De Zorgstandaard *ADHD* (2019) van Akwa GGZ geeft aan dat: “vooraf aan een classificatie een klinische/beschrijvende diagnose dient te worden gesteld, met én een (gestructureerde) anamnese én een gedegen analyse van somatische, sociale, culturele en psychologische factoren die kunnen hebben bijgedragen aan het ontwikkelen van de problemen. Hiervoor wordt bij voorkeur gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Ook diagnostiek naar eventuele comorbide aandoeningen en klachten maakt standaard onderdeel uit van de diagnostiek bij ADHD”.

Vrijwel alle geanalyseerde richtlijnen raden het gebruik van semigestructureerde interviews aan voor het stellen van de diagnose ADHD. De richtlijnen raden aan om gesprekken te hebben met zowel de patiënt als met de omgeving, zoals de ouders, andere naasten en/of school. Daarnaast bevelen richtlijnen soms bepaalde instrumenten aan om de aard en ernst van de klachten in kaart te brengen.

Instrumenten voor diagnosestelling bij kinderen en adolescenten

De richtlijn *ADHD voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (2016) van NVO/BPSW/NIP en de richtlijn *ADHD bij kinderen en adolescenten* (2021) van het K-KJP noemen als aanvullende instrumenten de PICS-4 en de K-DBDS voor het interview met de ouders, de TTI-4 voor het interview met leerkrachten en voor het gesprek met de jeugdige de SCICA, de K-SADS of de ADIS-C. De Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) *ADHD bij kinderen en jeugdigen* (2005) noemt de CBCL, de CBCL-TRF en SDQ voor leerkrachten.

De NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* (2014) noemt geen specifiek instrument om de diagnose te stellen. Zij stelt dat huisartsen voor het stellen van de diagnose onder andere over voldoende kennis en expertise moet beschikken.

De JGZ-richtlijn *ADHD* (2015) van het NCJ doet ook geen uitspraak over de methode van diagnosestelling, aangezien deze richtlijn gaat over signalering, begeleiding en toeleiding naar diagnostiek.

In de richtlijn *ADHD bij kinderen en jongeren* (2018) van de NVvP benoemt de werkgroep specifiek om geen vragenlijsten te gebruiken, vanwege het grote risico op zowel onder- als overdiagnostiek bij het gebruik van een vragenlijst. De inzet van een (semi)gestructureerd interview vereist volgens de werkgroep ervaring en deskundigheid op het gebied van de diagnostiek van ADHD, comorbiditeit, differentiaal diagnostische overwegingen en kennis van en ervaring met de gebruikte instrumenten. De werkgroep vindt daarom dat alleen zorgprofessionals die bevoegd en bekwaam zijn op het gebied van ADHD en die getraind zijn in de toepassing van de instrumenten deze zouden mogen gebruiken. De werkgroep geeft ook een verklaring voor de onder- en overdiagnostiek die zij bij ADHD anno 2018 ziet:

“De diagnose ADHD op de kinderleeftijd wordt op dit moment in Nederland gesteld door veel verschillende disciplines in verschillende typen instellingen waar zorg voor jeugdigen wordt geboden. Hoewel er geen onderzoek bekend is waarin de diagnostische praktijk in Nederland systematisch in kaart is gebracht, is het algemene beeld van de werkgroep dat er een zeer grote verscheidenheid is in de manier waarop diagnostiek en classificatie binnen Nederland plaats vinden. Daarnaast signaleert de werkgroep dat er bij ADHD enerzijds soms sprake is van onderdiagnostiek, waarbij de diagnose ADHD niet wordt herkend of een verkeerde diagnose wordt gesteld, maar anderzijds soms ook van overdiagnostiek, waarbij de diagnose ADHD ten onrechte wordt gesteld op basis van, bijvoorbeeld, uitslagen op vragenlijsten, intelligentieprofiel, neuropsychologisch onderzoek, observaties in de spreek- of spelkamer, of al dan niet responderen op methylfenidaat”.

De richtlijn *ADHD en middelengebruik bij adolescenten* (2014) geeft aan dat op basis van de toen beschikbare literatuur niet kon worden vastgesteld of de betrouwbaarheid van gestructureerde diagnostische interviews onderling verschilt.

Instrumenten voor diagnosestelling bij volwassenen

De richtlijn *ADHD bij volwassenen* (2015) van de NVvP raadt gebruik van de DIVA 2.0 aan bij de diagnostiek van ADHD en de Zorgstandaard *ADHD* (2019) van Akwa GGZ de – inmiddels beschikbare opvolger – DIVA 5. Het NHG-Standpunt *Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie, aandachtspunten bij patiënten ≥ 18 jaar die ADHD-middelen gebruiken* (2020) vermeldt geen methode, aangezien de huisarts niet de diagnosestelling bij volwassenen doet.

Instrument	Toelichting
ADIS-C	Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV-Child version
CBCL	Child Behavior Checklist
CBCL-TRF	Child Behavior Checklist Teacher Report Form
DIVA 2.0	Diagnostisch Interview voor ADHD bij volwassenen, versie 2
DIVA 5	Deze editie van de DIVA 2.0 bevat de aanpassingen naar aanleiding van de veranderingen in de DSM-5 criteria voor ADHD
K-DBDS	Kiddie-Disruptive Behavior Disorder Schedule
K-SADS	Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
PICS-4	Parent Interview for Child Symptoms: DSM-IV version
SCICA	Semigestructureerd Klinisch Interview voor Kinderen en Adolescenten
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
TTI-4	Teacher Telephone Interview for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and related disorders: DSM-IV version (TTI-IV)

Tabel 2 Overzicht aanvullende instrumenten voor diagnosestelling

Diagnosesteller

De richtlijnen noemen diverse zorgprofessionals die betrokken kunnen zijn bij de diagnosestelling. Alle richtlijnen geven daarbij aan dat de betrokken hulpverleners voldoende kennis en expertise moeten hebben op het gebied van ADHD.

Kinderen en adolescenten

De NHG-*Standaard ADHD bij kinderen* (2014) geeft aan dat de huisarts, bij voldoende kennis en expertise, zelf – bij kinderen met lichte vormen van ADHD – de diagnose kan stellen. Bij ADHD met psychiatrische comorbiditeit, ernstige beperkingen in het functioneren en kinderen jonger dan 6 jaar moet hij doorverwijzen naar de specialistische GGZ. Dit is in lijn met het advies uit de JGZ-richtlijn *ADHD* (2015) van het NCJ. De richtlijn *ADHD bij kinderen en jongeren* (2018) van de NVvP en de Zorgstandaard ADHD (2019) van Akwa GGZ benoemen ook de huisarts als diagnosesteller, maar gaan niet in op de verschillende categorieën kinderen.

De MDR *ADHD bij kinderen en jeugdigen* (2005), de richtlijn *ADHD voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (2016) van NVO/BPSW/NIP en de richtlijn *ADHD en middelengebruik bij adolescenten* (2014) van de SRS noemen de huisarts niet als zorgprofessional die de diagnose kan stellen. Deze richtlijnen geven aan dat GZ-psychologen en/of kinder- en jeugdpsychiaters de diagnose stellen.

Ze voegen daar aan toe dat dit doorgaans in een multidisciplinair verband plaatsvindt en met een arts die een somatische beoordeling kan doen.

Volwassenen

Het NHG-Standpunt *Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie, aandachtspunten bij patiënten ≥ 18 jaar die ADHD-middelen gebruiken* (2020) geeft aan dat de diagnostiek van ADHD bij volwassenen altijd in de GGZ moet plaatsvinden. De richtlijn *ADHD bij volwassenen* (2015) van de NVvP noemt als zorgprofessional voor de diagnosestelling 'een professional met kennis van zaken'. De Zorgstandaard *ADHD* (2019) van Akwa GGZ geeft niet duidelijk aan wie de diagnose stelt bij volwassenen. Wel geeft deze richtlijn specifiek aan dat zorgprofessionals bij twijfel een beroep kunnen doen op gespecialiseerde ADHD-behandelcentra.

Voorschrijven van medicatie

De plaats van medicatie in het behandelplan

Richtlijnen benoemen dat medicatie een onderdeel moet zijn van een uitgebreid behandelprogramma bij ADHD.

Kinderen en adolescenten

De NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* (2014) geeft aan dat huisartsen medicatie bij kinderen met ADHD, ouder dan 6 jaar en zonder psychiatrische comorbiditeit kunnen starten. Voorwaarde is dat het initiële beleid, bestaande uit voorlichting, ouder- en leerkrachtbegeleiding en gedragstherapie, onvoldoende effect geeft. De huisarts kan dan – in samenspraak met de ouders en het kind – de beslissing nemen. Dit is in lijn met het advies van de MDR *ADHD bij kinderen en jeugdigen* (2005) en de richtlijn *ADHD bij kinderen en jongeren* (2018) van de NVvP. De richtlijnen ontraden het voorschrijven van ADHD-medicatie bij kinderen jonger dan 6 jaar.

De ernst van de symptomen en comorbiditeit bepalen wanneer de behandelaar de medicatie inzet. De MDR *ADHD bij kinderen en jeugdigen* (2005) verwijst hiervoor naar de stroomschema's in de Zorgstandaard *ADHD* (2019) van Akwa GGZ. Ook in de richtlijn *ADHD bij kinderen en jongeren* (2018) van de NVvP staat een duidelijk stappenplan voor de inzet van verschillende behandelingen bij diverse leeftijds- en patiëntengroepen. Hierbij maakt de medicamenteuze behandeling onderdeel uit van een uitgebreid behandelprogramma gericht op psychologische, gedragsmatige en educatieve problemen.

De werkgroep van de richtlijn *ADHD en middelengebruik bij adolescenten* (2014) van de SRS adviseert bij adolescenten met ADHD en verslaving of problematisch middelengebruik een selectief/restrictief medicatiebeleid. Dit betekent een zorgvuldige, op het individu afgestemde, afweging van de eventuele indicatie en contra-indicaties.

De werkgroep adviseert alleen voor te schrijven bij een heldere indicatie en terughoudend te zijn bij twijfel. Bij adolescenten met ADHD en middelengebruik is de meest zwaarwegende voorwaarde om medicatie voor te schrijven controle over middelengebruik.

De Zorgstandaard *ADHD* (2019) van Akwa GGZ adviseert om ofwel met psychologische behandeling ofwel met medicamenteuze behandeling te starten en niet meteen te kiezen voor een combinatie van beide behandelingsvormen. Anders kan niet worden nagegaan welke van beide behandelvormen de werkzame is en daarnaast is een combinatiebehandeling uiteraard duurder. De standaard raadt aan pas over te gaan op combinatiebehandeling als het resultaat van de eerst gekozen behandelvorm onvoldoende is. De richtlijn *ADHD bij kinderen en jongeren* (2018) van de NVvP geeft ook het advies om niet gelijktijdig meerdere behandelingen te starten.

Volwassenen

De richtlijn *ADHD bij volwassenen* (2015) van de NVvP geeft aan dat de medicamenteuze behandeling bij volwassenen altijd deel moet uitmaken van een uitgebreid behandelprogramma gericht op psychologische, gedragsmatige en educatieve of beroepsmatige problemen.

De Zorgstandaard *ADHD* (2019) van Akwa GGZ stelt dat bij volwassenen in de regel vanaf het begin ingezet moet worden op een combinatie van psycho-educatie, medicatie en vaardigheidstraining/cognitieve therapie. De reden hiervoor is dat ook effectieve medicamenteuze behandeling in de meeste gevallen onvoldoende effectief is om ontbrekende vaardigheden voldoende te ondersteunen.

Geneesmiddelkeuze

Alle richtlijnen voor kinderen en adolescenten adviseren methylfenidaat als eerste keus middel. De richtlijnen voor volwassenen adviseren methylfenidaat of dexamfetamine als eerste keus middel.

De richtlijn *ADHD bij kinderen en adolescenten* (2021) van het K-KJP benoemt verder nog specifiek dat voorschrijvers kunnen starten met atomoxetine bij een voorkeur van ouders/jongere, verslaving(risico), comorbide angst, tics of een eerdere negatieve ervaring (bijv. bepaalde bijwerkingen met stimulantia). Dit is in lijn met het advies uit de richtlijn *ADHD bij kinderen en jongeren* (2018) van de NVvP. Heeft de jongere een combinatie van ADHD en tics? Dan beschrijft de richtlijn *ADHD bij kinderen en adolescenten* (2021) van het K-KJP dat de voorschrijver kan starten met clonidine. De richtlijn *ADHD bij kinderen en jongeren* (2018) van de NVvP raadt de overweging om clonidine voor te schrijven alleen aan na verwijzing naar de specialistische jeugd GGZ. De NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* (2014) raadt het voorschrijven van andere middelen dan methylfenidaat in de eerste lijn af.

Kort- versus langwerkende preparaten

Kinderen en adolescenten

De NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* (2014) en de richtlijn *ADHD bij kinderen en jongeren* (2018) van de NVvP adviseren in eerste instantie kortwerkwerkende preparaten. De NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* (2014) raadt aan om alleen bij problemen met therapietrouw, reboundverschijnselen of stigmatisering over te stappen op een langwerkend preparaat.

De MDR *ADHD bij kinderen en jeugdigen* (2005) raadt het gebruik van kortwerkende preparaten aan voor de instelfase en adviseert voor de onderhoudsbehandeling een langwerkend preparaat. De richtlijn geeft hierbij wel aan dat sommigen, vooral jongeren zelf, het belangrijk vinden om nu en dan een dosis over te kunnen slaan (bv. voor voetbalwedstrijden), en dat gaat met kortwerkend methylfenidaat makkelijker.

De richtlijn *ADHD en middelengebruik bij adolescenten* (2014) van de SRS raadt aan om langwerkend methylfenidaat voor te schrijven, vanwege de therapietrouw, maar ook vanwege het verminderde risico op misbruik of doorverkoop van de medicatie. Ook de Zorgstandaard *ADHD* (2019) van Akwa GGZ adviseert geen kortwerkende stimulantia voor te schrijven wanneer er een risico bestaat op misbruik of verhandelen van stimulantia.

Volwassenen

De richtlijn *ADHD bij volwassenen* (2015) van de NVvP geeft de voorkeur voor langwerkende preparaten, vanwege therapietrouw (en daarmee de effectiviteit) en lager tot geen risico op misbruik (ook niet door derden). Dit is ook het advies van Zorgstandaard *ADHD* (2019) van Akwa GGZ.

Kosten

Langwerkende preparaten met methylfenidaat worden anno 2021 niet volledig vergoed vanuit de basis zorgverzekering. De MDR *ADHD bij kinderen en jeugdigen* (2005), de richtlijn *ADHD en middelengebruik bij adolescenten* (2014) van de SRS en de Zorgstandaard *ADHD* (2019) van Akwa GGZ attenderen de voorschrijver hierop. Bijbetaling kan voor gebruikers een drempel vormen om deze langwerkende preparaten te gebruiken.

Starten en herhalen medicatie

Kinderen en adolescenten

De NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* (2014) geeft aan dat de huisarts, of de kinder- en jeugdpsychiater, bij ADHD zonder psychiatrische comorbiditeit, medicatie kan starten. Het voorschrijven van ADHD-medicatie aan kinderen jonger dan 6 jaar door de huisarts raadt de standaard af, evenals het initiëren van dexamfetamine en atomoxetine.

De JGZ-richtlijn *ADHD* (2015) van het NCJ noemt de huisarts, GZ-psycholoog en/of kinder- en jeugdpsychiater als mogelijke initiator van medicatie. De MDR *ADHD bij kinderen en jeugdigen* (2005) en de richtlijn *ADHD bij kinderen en jongeren* (2018) van de NVvP houden het algemener en noemen 'een arts die bekwaam is in het voorschrijven van medicatie voor ADHD' als zorgprofessional voor het starten van medicatie. De overige richtlijnen doen geen uitspraak over wie medicatie start.

De richtlijnen die adviezen geven over het herhalen van medicatie geven aan dat de huisarts dit kan overnemen na de instelperiode. De richtlijn *ADHD bij kinderen en jongeren* (2018) van de NVvP en de richtlijn *ADHD bij kinderen en adolescenten* (2021) van het K-KJP benoemen nog dat de huisarts hierbij de mogelijkheid heeft een kinder- en jeugdpsychiater te consulteren.

Volwassenen

De richtlijnen beschrijven dat starten van medicatie bij volwassenen met ADHD een taak is voor de gespecialiseerde GGZ. Een huisarts of basis-GGZ arts kan de medicatie continueren na de instelperiode. Het NHG-Standpunt *Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie, aandachtspunten bij patiënten ≥ 18 jaar die ADHD-middelen gebruiken* (2020) geeft het advies om zwangere patiënten te verwijzen naar een gespecialiseerde psychiater.

Receptduur en hoeveelheid

Weinig richtlijnen geven een advies over receptduur en hoeveelheid. De richtlijn *ADHD bij volwassenen* (2015) van de NvVP geeft wel aan dat bij het opstarten van de behandeling van ADHD bij een patiënt met comorbide verslaving frequent contact met de patiënt aangewezen is. In deze periode schrijft de zorgprofessional slechts beperkte hoeveelheden voor. De richtlijn *ADHD en middelengebruik bij adolescenten* (2014) de SRS adviseert bij gebruik van kortwerkende farmaca om per week te verstrekken en dit duidelijk op het recept te vermelden. Verlenging van dit interval is mogelijk indien de jongere voldoende motivatie toont om de medicatie volgens voorschrift te blijven innemen.

Evaluatie van medicatiegebruik

Wanneer evalueren?

De NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* (2014) geeft aan dat de huisarts tijdens instelling van methylfenidaat een- of tweewekelijks en bij stabiel ingestelde medicamenteuze behandeling elk half jaar de medicatie dient te evalueren. De richtlijn *ADHD en middelengebruik bij adolescenten* (2014) van de SRS adviseert om in de instelfase wekelijks te evalueren. De richtlijn *ADHD bij volwassenen* (2015) van de NVvP geeft daarbij nog de aanvulling om ook bij elke dosiswijziging het gebruik te evalueren. Ook de richtlijn *ADHD bij kinderen en adolescenten* (2021) van het K-KJP adviseert om kinderen/jongeren tijdens de instelfase frequenter te zien totdat een goede dosis is gevonden (titreren).

De overige richtlijnen geven hier geen specifieke informatie over. Is de patiënt ingesteld op een onderhoudsdosering, dan adviseert de richtlijn *ADHD bij volwassenen* (2015) van de NVvP om minstens jaarlijks het gebruik te evalueren. De overige richtlijnen, die hier een advies over geven, noemen een termijn van halfjaarlijks. De richtlijn *ADHD bij kinderen en adolescenten* (2021) noemt zelfs 'minimaal halfjaarlijks'.

Wat evalueren?

De richtlijnen geven aan om op verschillende vlakken een evaluatie uit te voeren.

Effectiviteit

De meeste richtlijnen adviseren om het effect, bijwerkingen en de gebruikte dosering te evalueren.

Therapietrouw

De NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* (2014), de JGZ-richtlijn *ADHD* (2015) van de NCJ, de Zorgstandaard *ADHD* (2019) van Akwa GGZ en het NHG-Standpunt *Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie, aandachtspunten bij patiënten ≥ 18 jaar die ADHD-middelen gebruiken* (2020) adviseren te vragen naar therapietrouw. De NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* (2014) benoemt specifiek het navragen naar vergeten medicatie (aandachtstekort), stigmatisering door klasgenoten, diversion (de patiënt laat anderen zijn medicatie gebruiken of verkoopt die door aan anderen) en misbruik van (genees)middelen.

Somatiek

De MDR *ADHD bij kinderen en jeugdigen* (2005), NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* (2014), richtlijn *ADHD en middelengebruik bij adolescenten* (2014) de SRS, richtlijn *ADHD bij volwassenen* (2015) van de NVvP en het NHG-Standpunt *Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie, aandachtspunten bij patiënten ≥ 18 jaar die ADHD-middelen gebruiken* (2020) geven adviezen over somatische controle. Hierbij adviseren ze controle van bloeddruk en polsfrequentie, gewicht en lengte, eetlust en ECG-controle bij specifieke patiëntengroepen.

Comorbiditeiten

De MDR *ADHD bij kinderen en jeugdigen* (2005) adviseert te controleren op de aanwezigheid en ernst van tics. De richtlijn *ADHD bij volwassenen* (2015) van de NVvP adviseert ook de controleren op comorbide aandoeningen en stemmingswisselingen en vermeldt specifiek het optreden van psychose, tics en angstklachten. Het NHG-Standpunt *Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie, aandachtspunten bij patiënten ≥ 18 jaar die ADHD-middelen gebruiken* (2020) volgt dit advies. De richtlijn *ADHD en middelengebruik bij adolescenten* (2014) van de SRS benoemt de controle van mate van abstinentie en controle over middelengebruik.

Drug holidays

De MDR *ADHD bij kinderen en jeugdigen* (2005) adviseert om, bijvoorbeeld jaarlijks, een medicatievrije periode te overwegen om te bepalen of voortzetting nog zinvol is. De NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* (2014) vermeldt een periode van één à twee weken in een representatieve periode, zoals een normale schoolweek. Ze vermelden om eventueel ook de school hier bij te betrekken, omdat het effect bij uitstek daar zichtbaar is. De NHG-Standaard attendeert de voorschrijver om de aanvankelijke reboundeffecten niet met opkomende gedragskenmerken van ADHD te verwarren. Dit advies is in lijn met het advies uit de richtlijn *ADHD bij kinderen en jongeren* (2018) van de NVvP en de Zorgstandaard *ADHD* (2019) van Akwa GGZ.

De NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* (2014) vermeldt als alternatief voor een 'drug holiday' de patiënt te vragen of die de medicatie weleens een paar dagen achtereen 'vergeten' is en wat hiervan dan de effecten waren.

De JGZ-richtlijn *ADHD* (2015) van het NCJ benoemt alleen de nadelen van 'drug holidays'. Deze richtlijn vermeldt dat er problemen kunnen ontstaan wanneer bij het voorstellen van een onderbreking van medicatie in de vorm van 'medicatie vakantie' alleen rekening wordt gehouden met de effecten op de deelname aan school en niet met die op het gezinsleven. Ook de richtlijn *ADHD bij kinderen en adolescenten* (2021) van het K-KJP vermeldt dat de klinische ervaring is dat kinderen/jongeren en hun opvoeders niet jaarlijks willen stoppen. Desondanks bevelen zij toch aan om bijvoorbeeld na één of twee jaar een stopperiodes in te lassen om te zien of medicatie nog effect heeft.

De richtlijnen voor volwassenen geven geen informatie over 'drug holidays'.

Weekschema

De NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* (2014) vermeldt dat wanneer schoolproblemen op de voorgrond staan, de voorschrijver kan overwegen om de medicatie in de weekenden en schoolvakanties te stoppen. De richtlijn *ADHD bij kinderen en jongeren* (2018) van de NVvP raadt aan om advies te geven over het gebruik van lagere doseringen in de weekenden.

De MDR *ADHD bij kinderen en jeugdigen* (2005) beschrijft dat men van mening is dat het beter is om kinderen medicatie door te laten gebruiken in het weekeinde en in de vakanties, omdat ook dan de symptomen tot beperkingen kunnen leiden. Eén onderzoek laat echter zien dat onderbrekingen in het weekeinde leiden tot minder bijwerkingen bij een gelijkblijvende effectiviteit.

Continueren, afbouwen of stoppen van medicatie

De richtlijnen beschrijven dat de keus om te stoppen of door te gaan met medicatie alleen op individuele basis te maken is. De voorschrijver zal dit doen na zorgvuldige afweging van voor- en nadelen van de behandeling in verband met het risico op terugkeren van de klachten.

Kinderen en adolescenten

De JGZ-richtlijn *ADHD* (2015) van het NCJ beschrijft dat de diagnose (en daarmee behandeling) regelmatig moet worden heroverwogen; in elk geval rond de overgang van de basisschool naar de middelbare school en bij de overgang van jeugdzorg naar volwassenenzorg of huisartsenzorg. Dit is in lijn met het advies uit de Zorgstandaard *ADHD* (2019) van Akwa GGZ.

De NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* (2014) beschrijft dat ADHD-medicatie in de regel tijdens of kort na de puberteit wordt gestaakt. 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 niet onderzocht. De richtlijn *ADHD bij kinderen en jongeren* (2018) van de NVvP attendeert de voorschrijver juist op de groter wordende eigen verantwoordelijkheid van adolescenten, wat kan leiden tot meer problemen.

De Zorgstandaard *ADHD* (2019) van Akwa GGZ adviseert om bij pubers expliciet te informeren naar matheid en somberheid als mogelijke bijwerking van stimulantia. Dit leidt ertoe dat jeugdigen stoppen en weer om medicatie vragen bij het eindexamen.

De richtlijn *ADHD en middelengebruik bij adolescenten* (2014) van de SRS adviseert om de behandeling met medicatie alleen voort te zetten bij aantoonbaar en duidelijk positief effect. Belangrijke voorwaarden bij de behandeling van deze patiëntengroep zijn de mate van abstinentie of controle over middelengebruik en een goede behandelrelatie met de jongere. De richtlijn adviseert om af te zien van de medicamenteuze behandeling wanneer niet aan deze voorwaarden wordt voldaan.

Volwassenen

De richtlijn *ADHD bij volwassenen* (2015) van de NVvP beschrijft dat de behandeling van volwassenen met ADHD een langetermijnbehandeling betreft. Bij een adequate respons (jaarlijkse evaluatie) dient de medicamenteuze behandeling voortgezet te worden zolang deze klinisch effectief is. De richtlijn gaat niet in op de overgang van adolescent naar volwassenen.

Hoe afbouwen

Diverse richtlijnen vermelden dat ADHD-medicatie zo nodig direct (in één keer) gestopt kan worden. Bij langdurig gebruik, vooral van hogere doses, is het verstandig in enkele dagen af te bouwen en te kijken hoe de patiënt hierop reageert.

Aandacht voor oneigenlijk gebruik

Kinderen en adolescenten

De NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* (2014) adviseert bij controlemomenten altijd te vragen naar diversion (de patiënt laat anderen zijn medicatie gebruiken of verkoopt die door aan anderen) en misbruik van (genees)middelen. Ook de JGZ-richtlijn *ADHD* (2015) van het NCJ, de richtlijn *ADHD bij kinderen en jongeren* (2018) van de NVvP en de Zorgstandaard *ADHD* (2019) van Akwa GGZ attenderen de zorgprofessionals op diversion en misbruik van medicatie.

Volwassenen

De richtlijn *ADHD bij volwassenen* (2015) van de NVvP gaat uitgebreid in op oneigenlijk gebruik. Zo beschrijft deze richtlijn dat de voorschrijver voor de start met medicatie een risico-inventarisatie aangaande middelengebruik en oneigenlijk gebruik moet doen. Daarnaast besteedt de richtlijn aandacht aan (risico's op) misbruik en verslaving in de paragraaf 'Algemene overwegingen medicamenteuze behandeling'. Het NHG-Standpunt *Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie, aandachtspunten bij patiënten ≥ 18 jaar die ADHD-middelen gebruiken* (2020) vermeldt specifiek dat de voorschrijver de patiënt er op moet wijzen dat de voorgeschreven middelen nooit aan anderen gegeven mogen worden.

Voorkomen misbruik

De MDR *ADHD bij kinderen en jeugdigen* (2005), richtlijn *ADHD en middelengebruik bij adolescenten* (2014) van de SRS, richtlijn *ADHD bij volwassenen* (2015) van de NVvP, Zorgstandaard *ADHD* (2019) van Akwa GGZ en het NHG-Standpunt *Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie, aandachtspunten bij patiënten ≥ 18 jaar die ADHD-middelen gebruiken* (2020) beschrijven concrete adviezen ter voorkoming van misbruik:

- Zorg voor een zorgvuldige indicatiestelling, zeker bij patiënten met comorbide verslaving (NVvP, 2015).
- Wees alert op overrapportage van ADHD-klachten, vanwege het risico dat deze klachten voorgewend kunnen worden om psychostimulantia voorgeschreven te krijgen (SRS, 2014)
- Zorg voor zorgvuldige en regelmatige controle bij het voorschrijven van stimulantia (Akwa GGZ, 2019; NVvP, 2015).
- Zorg voor een goede informatieoverdracht wanneer de patiënt vanuit de GGZ terugverwezen wordt naar huisartsenzorg (Akwa GGZ, 2019).
- Investeer in goede werkrelatie met de patiënt en diens omgeving. Benadruk dat een goede behandelrelatie van cruciaal belang is. Onderbreek of stop de farmacotherapie wanneer hier geen sprake van is. Het is belangrijk deze voorwaarde bij aanvang van de behandeling duidelijk te maken, zeker bij risicopatiënten (SRS, 2014; NVvP, 2015).

- Maak bij patiënten met comorbide verslaving, nog meer dan gewoonlijk, afspraken rond zorgvuldig gebruik. Betrek hierbij bij voorkeur personen in de omgeving van de patiënt (partner, familieleden) ter ondersteuning (NVvP, 2015).
- Voer flankerend beleid gericht op verslaving van gezinsleden/naasten en terughoudendheid bij voorschrijven van middelen (NVvP, 2018).
- Zet medicatie alleen voort bij aantoonbaar en overtuigende effectiviteit. Staak de medicatie in twijfelgevallen (SRS, 2014; NVvP, 2015).
- Stuur als voorschrijver recepten bij voorkeur rechtstreeks (digitaal) door naar de door de patiënt aangewezen huisapotheker (Akwa GGZ, 2019).
- Verstrek, bij risicopatiënten, kortwerkende farmaca per week en vermeld dit duidelijk op het recept. Verlenging van dit interval is alleen mogelijk indien de jongere voldoende motivatie toont om de medicatie volgens voorschrift te blijven innemen (SRS, 2014).
- Lever medicatie voor een beperkte periode af (NVvP, 2015; Akwa GGZ, 2019; NHG 2020).
- Schrijf geen kortwerkende stimulantia voor wanneer er een risico bestaat op misbruik of verhandelen van stimulantia (Akwa GGZ, 2019).
- Schrijf bij voorkeur langwerkende preparaten voor, zeker bij risicopatiënten. Deze preparaten geven minder tot geen risico op misbruik (ook niet door derden) (MDR, 2005; NVvP, 2015, NHG 2020).
- Wees alert op (mogelijk) misbruik bij vragen om een extra herhaalrecepten of meldingen dat men recepten of medicijnen heeft verloren of dat deze zoekgeraakt zijn. Dit moet aanleiding zijn tot zorgvuldig navragen, controleren en eventueel stopzetten van het gebruik (NVvP, 2015; Akwa GGZ, 2019; NHG 2020).
- Overweeg terugverwijzing naar de GGZ bij signalen van verslaving (NHG, 2020).

4. Conclusies

Het aantal richtlijnen over ADHD is groot en gericht op verschillende zorgprofessionals. Dit laat zien dat de zorg rondom deze patiëntengroep multidisciplinair is. Goede afstemming tussen verschillende zorgprofessionals is van groot belang.

Alle richtlijnen, bedoeld voor voorschrijvers, geven voldoende aanwijzingen om op een juiste manier de diagnose ADHD te kunnen stellen, middels semigestructureerd interviews met zowel de betrokkene, als met ouders, naasten en/of school. De richtlijnen beschrijven dat de betrokken zorgprofessionals voldoende kennis en expertise moeten hebben op het gebied van ADHD om de diagnose te kunnen stellen.

Alle richtlijnen geven aan dat medicamenteuze behandeling een onderdeel moet zijn van een uitgebreid behandelprogramma. Een aantal richtlijnen adviseren expliciet om verschillende behandeling niet gelijktijdig te laten starten, maar na elkaar in te zetten.

De richtlijnen zijn eenduidig over de geneesmiddelkeuze en adviseren methylfenidaat als eerste keus bij kinderen en adolescenten. Voor de behandeling van volwassenen adviseren de richtlijnen methylfenidaat of dexamfetamine als eerste keus middel. Wat betreft de preparaatkeuze adviseren de richtlijnen over het algemeen om bij een onderhoudsbehandeling langwerkende preparaten voor te schrijven. Als voordelen van deze preparaten benoemen de richtlijnen therapietrouw, minder last van stigmatisering en het verminderde risico op misbruik of doorverkoop van de medicatie. De NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* (2014) adviseert kortwerkend methylfenidaat als eerste keus. De langwerkende vorm zouden huisartsen alleen moeten kiezen bij problemen met de therapietrouw, sterke rebound-verschijnselen of stigmatisering.

De richtlijnen zijn niet allemaal even concreet in de bewoording wie de ADHD-medicatie mag starten. Alle richtlijnen geven wel aan dat de huisarts deze medicatie mag herhalen. Slechts twee richtlijnen geven adviezen over receptduur en hoeveelheid.

Drie richtlijnen geven een advies over de evaluatietermijn in de instelfase. Alle richtlijnen adviseren om halfjaarlijks te evalueren in de onderhoudsfase. Alleen de richtlijn *ADHD bij volwassenen* (2015) van de NVvP houdt een ruimere termijn van minstens jaarlijks aan. De meeste richtlijnen adviseren om het effect, de bijwerkingen en de gebruikte dosering te evalueren. Daarnaast adviseren diverse richtlijnen navraag te doen naar therapietrouw, somatische controles uit te voeren en psychische comorbiditeiten te monitoren.

De richtlijnen voor kinderen adviseren om periodiek een 'drug holiday' in te plannen om het effect van medicatie te beoordelen. De JGZ-richtlijn *ADHD* (2015) van het NCJ en de richtlijn *ADHD bij kinderen en adolescenten* (2021) van het K-KJP benoemen ook de nadelen van deze tijdelijke stops.

Alleen de NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* (2014) benoemt concreet dat ADHD-medicatie in de regel tijdens of kort na de puberteit wordt gestaakt. Lukt stoppen niet bij een 18-jarige, dan kan langdurige voortzetting van de behandeling nodig zijn. De JGZ-richtlijn *ADHD* (2015) van het NCJ en de Zorgstandaard *ADHD* (2019) van Akwa GGZ beschrijven dit algemener door te benoemen dat de indicatie voor medicatie regelmatig moet worden heroverwogen. Behandeling bij volwassenen betreft een langetermijnbehandeling waardoor de richtlijnen voor deze doelgroep nauwelijks aandacht besteden aan afbouwen en stoppen.

Een aantal richtlijnen besteedt aandacht aan oneigenlijk gebruik. De richtlijnen voor de behandeling van adolescenten en volwassenen besteden hier wel veel meer aandacht aan dan de richtlijnen voor de behandeling van kinderen. Diverse richtlijnen geven concrete aanbevelingen om oneigenlijk gebruik te signaleren of voorkomen.

5. Suggesties

Op basis van de analyse doet het IVM een aantal suggesties ten aanzien van de informatie in de richtlijnen rondom ADHD.

- Bij de diagnosestelling en behandeling van ADHD zijn veel verschillende zorgverleners betrokken. Een suggestie is daarom om bij de ontwikkeling of herziening van richtlijnen deze op elkaar af te stemmen. Er zijn al voorbeelden bij andere aandoeningen waarbij verschillende disciplines betrokken zijn, zoals de NHG-Standaard *Cardiovasculair risicomanagement* (2019) die in samenspraak met medisch specialisten en patiënt-vertegenwoordigers is opgesteld.
- De richtlijn *ADHD en middelengebruik bij adolescenten* (2014) van SRS is alleen beschikbaar in gedrukte vorm, waardoor deze richtlijn mogelijk niet voor alle relevante zorgprofessionals toegankelijk is. Het aanbieden van een digitale versie zou deze toegankelijkheid verbeteren.
- Een aantal richtlijnen beschrijft dat de betrokken zorgprofessionals voldoende kennis en expertise moeten hebben op het gebied van ADHD om de diagnose te kunnen stellen. In de praktijk kan deze omschrijving echter ruim geïnterpreteerd worden. Een meer concretere beschrijving zou gewenst zijn.
- Oneigenlijk gebruik vindt plaats met kortwerkende preparaten. De werkgroep van de NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* (2014) zou een heroverweging kunnen doen omtrent het advies van kortwerkend methylfenidaat als eerste keus. Een alternatief kan zijn om extra waarschuwingen in de standaard te vermelden over gebruik van kortwerkende stimulantia.
- Bijbetaling op langwerkende methylfenidaat preparaten kan voor gebruikers een drempel vormen om deze te gebruiken. Zorgverzekeraars zouden een heroverweging kunnen maken met betrekking tot de vergoeding van langwerkende methylfenidaat-preparaten.
- Weinig richtlijnen geven adviezen over receptduur en hoeveelheid. Recepten voor een lange termijn en/of grote afleverhoeveelheden vergroten het risico op oneigenlijk gebruik. Door hier concrete adviezen over te geven kunnen de richtlijnen voorschrijvers beter ondersteunen in het voorkomen van oneigenlijk gebruik.
- De richtlijn *ADHD bij volwassenen* (2015) van de NVvP adviseert om minstens jaarlijks het gebruik van ADHD-medicatie te evalueren. De Zorgstandaard *ADHD* (2019) van Akwa GGZ en het NHG-Standpunt *Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie, aandachtspunten bij patiënten ≥ 18 jaar die ADHD-middelen gebruiken* (2020) adviseren een periode van zes maanden.

Regelmatige evaluaties verkleinen de kans op oneigenlijk gebruik. De werkgroep van de richtlijn *ADHD bij volwassenen* (2015) van de NVvP zou kunnen overwegen om de termijn aan te passen naar zes maanden, in lijn met de andere richtlijnen.

- De richtlijn *ADHD bij kinderen en jongeren* (2018) van de NVvP besteedt weinig aandacht aan de evaluatie van de medicamenteuze behandeling. Uitbreiding hiervan zou wenselijk kunnen zijn.
- Er lijkt nog geen consensus te zijn over het toepassen van 'drug holidays' en weekschema's. Meer onderzoek hierna is wenselijk, zodat de richtlijnen op basis van dit onderzoek hier meer handvatten over kunnen geven.
- Richtlijnen doen geen concrete uitspraken over wanneer medicatie precies gestopt zou moeten worden. Meer aandacht hiervoor zou wenselijk zijn.
- Een aantal richtlijnen geeft concrete aanbevelingen om oneigenlijk gebruik te signaleren of voorkomen. Het zou goed zijn als de andere richtlijnen hier ook meer aandacht aan besteden. Een alternatief zou de ontwikkeling van een generieke richtlijn 'Voorkomen van oneigenlijk gebruik van ADHD-medicatie' kunnen zijn, vergelijkbaar met het multidisciplinair document 'Afbouwen SSRI's en SNRI's'.

Bijlage 1

Uitkomsten analyse Nederlandse ADHD-richtlijnen

	Welke methode van diagnosestelling voor ADHD beveelt de richtlijn aan?	Wie stelt volgens de richtlijn de diagnose?
JGZ-richtlijn ADHD, NCJ (2015)	Geen specifieke informatie hierover	Geen comorbiditeit: de huisarts (met de vereiste competenties) Wel comorbiditeit: GZ-psychologen en/of kinder- en jeugd-psychiaters, doorgaans in een multidisciplinair verband en met een arts die een somatische beoordeling kan doen
MDR ADHD bij kinderen en jeugdigen (2005)	Een interview met de ouders, informatie van de school, observatie/interview van het kind in een onderzoeksetting Het verdient aanbeveling om observaties en interviews te doen volgens vaste protocollen	GZ-psychologen en/of kinder- en jeugdpsychiaters, doorgaans in een multidisciplinair verband en met een arts die een somatische beoordeling kan doen
NHG-Standaard ADHD bij kinderen (2014)	Een interview, niet gestructureerd met vragen naar gedrag, ontwikkeling en overige problemen	Bij kinderen met lichte vormen van ADHD: huisarts Bij ADHD met psychiatrische comorbiditeit, ernstige beperkingen in het functioneren en kinderen < 6 jaar: gespecialiseerde GGZ
NHG-Standpunt Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie, aandachtspunten bij patiënten ≥ 18 jaar die ADHD-middelen gebruiken (2020)	Geen specifieke informatie hierover	GGZ
Richtlijn ADHD en middelengebruik bij adolescenten, SRS (2014)	Een gestructureerd diagnostisch interview met de adolescent en bij voorkeur ook met de ouders, zoals de DIVA, Kiddie-SADS-PL en CAADID	GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, verslavingsarts, psychiater, kinderarts en/of kinder- en jeugdpsychiater
Richtlijn ADHD bij kinderen en adolescenten, K-KJP (2021)	Diagnostiek van ADHD behoort plaats te vinden volgens actuele richtlijnen en standaarden De richtlijn noemt een aantal instrumenten die behandelaar kan gebruiken bij diagnosestelling: PICS-4-NL, TTI-4-NL, K-DBDS, SCICA, K-SADS en ADIS	Geen specifieke informatie hierover
Richtlijn ADHD bij kinderen en jongeren, NVvP (2018)	Een semigestructureerd interview met de ouders en de school (of andere tweede context)	Een huisarts met voldoende kennis en expertise, anders verwijzing naar de generalistische basis-GGZ of de specialistische GGZ
Richtlijn ADHD bij volwassenen, NVvP (2015)	De richtlijn raadt de DIVA 2.0 (een semigestructureerde interview) aan. Een heteroanamnese van familieleden wordt aanbevolen, maar is niet noodzakelijk voor de diagnose	Een professional met kennis van zaken
Richtlijn ADHD voor jeugdhulp en jeugdbescherming, (NVO/BPSW/NIP) (2016)	Een goed en gedetailleerd semigestructureerd interview met de ouders (bijvoorbeeld PICS-4 en de K-DBDS) en de school (of andere context) (bijvoorbeeld TTI-4 bij leerkrachten) Ook voor het gesprek met de jeugdige verdient het aanbeveling een semi-gestructureerd interview te gebruiken, zoals de SCICA, de K-SADS of de ADIS-C	Postmasterniveau geregistreerde psychologen en orthopedagogen (kinder- en jeugdpsychologen, orthopedagogen-generalist, GZ-psychologen), klinisch psychologen en/of kinder- en jeugd-psychiaters Belangrijk is dat deze professionals in een multidisciplinair team werken, waarbinnen ook een arts aanwezig is die zo nodig een somatische beoordeling kan doen
Zorgstandaard ADHD, Akwa GGZ (2019)	Semigestructureerde interviews met ouders en leerkracht Eventueel aanvullend onderzoek, zoals neuropsychologisch onderzoek, intelligentie onderzoek of lichamelijk onderzoek Bij volwassenen: DIVA 5	Bij kinderen onder de 6 jaar: gespecialiseerde jeugd ggz of een andere instelling voor jeugdhulp, tenzij een hulpverlener in een ander echelon beschikt over specifieke relevante kennis en expertise Bij kinderen tussen 6 en 18 jaar: huisarts, jeugdarts, wijkteam of het Centrum voor Jeugd en Gezin bepalen in de regel wanneer verwijzing naar de S GGZ noodzakelijk is Volwassenen: door huisarts en/of POH-GGZ, dan wel verwijzing naar de GB GGZ of S GGZ Bij twijfel kan de zorgverlener een beroep doen op gespecialiseerde ADHD-behandelcentra

	Welke plaats beveelt de richtlijn aan voor medicamenteuze behandeling in het totale stappenplan van behandeling?	Welke medicatie noemt de richtlijn?	Wat vermeldt de richtlijn over kort- vs langwerkende producten?	Wie zou de medicatie kunnen starten?	Wie zou de medicatie kunnen herhalen?	Welke adviezen geeft de richtlijn over receptduur en hoeveelheid?
JGZ-richtlijn ADHD, NCJ (2015)	Geen specifieke informatie hierover	Geen specifieke informatie hierover	Geen specifieke informatie hierover	Huisarts, GZ-psychologen en/of kinder- en jeugd-psychiaters	Huisarts	Geen specifieke informatie hierover
MDR ADHD bij kinderen en jeugdigen (2005)	Medicatie kan worden ingezet in overleg met de patiënt of met de ouders en het kind/jongere en afhankelijk van de leeftijd, de ernst van de symptomen en comorbiditeit Verwijzing naar diagrammen in GGZ-zorgstandaard ADHD De medicamenteuze behandeling maakt onderdeel uit van een uitgebreid behandelprogramma gericht op psychologische, gedragsmatige en educatieve problemen	Eerste keus: methylfenidaat Tweede keus: dexamfetamine Derde keus: nortriptyline, clonidine Nog geen definitieve plaatsbepaling van atomoxetine	Bij het instellen van de medicatie wordt in de praktijk kortwerkend methylfenidaat gebruikt Voor onderhoudsdosering heeft een langwerkend preparaat de voorkeur vanwege therapietrouw, stigmatisering, risico op misbruik en voor moeilijk stabiel in te stellen kinderen Maar sommigen, vooral jongeren zelf, vinden het belangrijk om nu en dan een dosis over te kunnen slaan (bv. voor voetbalwedstrijden), en dat gaat met kortwerkend methylfenidaat makkelijker Aan de behandeling met langwerkend methylfenidaat zijn hogere kosten verbonden omdat het middel (zomer 2005) nog niet vergoed wordt Behandelaars, ouders én jongeren vinden dat men wel de keuze zou moeten kunnen hebben tussen langwerkend en kortwerkend methylfenidaat	Een arts met kennis van en ervaring met deze problematiek	Huisarts	Geen specifieke informatie hierover
NHG-Standaard ADHD bij kinderen (2014)	Als voorlichting, ouder- en leerkrachtbegeleiding en gedrags therapie voor het kind tot onvoldoende verbetering leiden, kan in samenspraak met de ouders en het kind medicatie worden overwogen	Eerste keus: methylfenidaat Voorschrijven van dexamfetamine en atomoxetine in de eerste lijn wordt ontraden	Eerste keus: kortwerkende preparaten Langwerkende preparaten: bij problemen met therapietrouw, optreden van reboundverschijnselen, of bij voorkeur patiënt (m.n. middelbaar onderwijs)	De huisarts Laat de start eventueel over aan de kinder- en jeugdpsychiater Het voorschrijven door de huisarts van ADHD-medicatie aan kinderen < 6 jaar wordt afgeraden, evenals het initiëren van dexamfetamine en atomoxetine	Geen specifieke aanwijzingen hierover	Geen specifieke aanwijzingen hierover

Welke plaats beveelt de richtlijn aan voor medicamenteuze behandeling in het totale stappenplan van behandeling?	Welke medicatie noemt de richtlijn?	Wat vermeldt de richtlijn over kort- vs langwerkende producten?	Wie zou de medicatie kunnen starten?	Wie zou de medicatie kunnen herhalen?	Welke adviezen geeft de richtlijn over receptduur en hoeveelheid?
NHG-Standpunt Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie, aandachtspunten bij patiënten $\geq$ 18 jaar die ADHD-middelen gebruiken (2020)	Verwijzing naar Richtlijn NVvP; ADHD bij volwassenen (2015)	Verwijzing naar Richtlijn NVvP; ADHD bij volwassenen (2015)	GGZ	Huisarts Bij zwangerschap verwijzen naar gespecialiseerde psychiater	Geen specifieke aanwijzingen hierover
Richtlijn ADHD en middelengebruik bij adolescenten, SRS (2014)	De werkgroep adviseert bij adolescenten met ADHD en verslaving of problematisch middelengebruik een selectief/ restrictief medicatiebeleid Dit betekent een zorgvuldige, op het individu afgestemde, afweging van de eventuele indicatie en contra-indicaties Schrijf alleen voor bij een heldere indicatie, wees bij twijfel terughoudend De meest zwaarwegende voorwaarde om medicatie voor te schrijven is controle over middelengebruik, abstinentie zal ook een positief effect hebben op de ADHD-symptomen	Eerste keus: langwerkend methylfenidaat Tweede keus: kortwerkend methylfenidaat Derde keus: (kortwerkend) dexamfetamine Vierde keus: atomoxetine	Geen specifieke informatie hierover	Geen specifieke informatie hierover	Bij gebruik kortwerkende farmaca: verstreking per week (vermelden op recept) en verlenging van dit interval indien de jongere voldoende motivatie toont om de medicatie volgens voorschrift te blijven innemen
Richtlijn ADHD bij kinderen en adolescenten, K-KJP (2021)	De richtlijn verwijst naar andere richtlijnen, waaronder NHG-Standaard ADHD bij kinderen (2014) De richtlijn geeft aan dat er argumenten zijn om medicatie bij ADHD niet gelijk te starten. Dit zal mede afhangen welke andere interventies er al zijn ingezet en uitgeprobeerd door ouders, school of behandelaren, de ernst van de ADHD symptomen, de verstoring van de ontwikkeling daardoor en de behandelsetting Een behandelaar uit het samenwerkingsverband van scholen zal eerder interventies in de klas inzetten, dan een kinder- en jeugdpsychiater in de gespecialiseerde GGZ Vanzelfsprekend kunnen deze interventies naast elkaar worden ingezet	Eerste keus: stimulantia Start met atomoxetine kan bij voorkeur van ouders/jongere, verslaving(risico), comorbide angst, tics, eerdere negatieve ervaring bijv. bepaalde bijwerkingen met stimulantia Start met clonidine kan bij combinatie van ADHD en tics Omega 3/6 vrije vetzuren blijken ook een kleine effect size te hebben t.a.v. vermindering van de kernsymptomen van ADHD	Geen specifieke informatie hierover	Huisarts met de mogelijkheid de kinder- en jeugdpsychiater te consulteren en desgewenst de patiënt terug te verwijzen	Geen specifieke informatie hierover

	Welke plaats beveelt de richtlijn aan voor medicamenteuze behandeling in het totale stappenplan van behandeling?	Welke medicatie noemt de richtlijn?	Wat vermeldt de richtlijn over kort- vs langwerkende producten?	Wie zou de medicatie kunnen starten?	Wie zou de medicatie kunnen herhalen?	Welke adviezen geeft de richtlijn over receptduur en hoeveelheid?
Richtlijn ADHD bij kinderen en jongeren, NVvP (2018)	Bij kinderen van 6 jaar en ouder of jongeren met matige of ernstige ADHD die ondanks psycho-educatie en adviezen persisteert, waarbij ouders (en jongere) op basis van voldoende informatie kunnen kiezen voor deze behandelvorm (shared decision making) Stap 1: psycho-educatie en adviezen voor het optimaliseren van de omgeving thuis en op school Vervolgstappen afhankelijk van leeftijd, ernst en comorbiditeit: training, medicatie, CGT of combi medicatie/CGT	Eerste keus: methylfenidaat Tweede keus: dexamfetamine of eventueel langwerkend dexamfetamine Overweeg atomoxetine of guanfacine bij onvoldoende effectiviteit/(ernstige bijwerkingen van stimulantia (of indien 24 uur dekking gewenst is). Kies bij onvoldoende ervaring met atomoxetine of guanfacine voor consultatie van of verwijzing naar de specialistische jeugd GGZ Overweeg andere middelen zoals clonidine of nortriptyline alleen na verwijzing naar de specialistische jeugd GGZ	Overweeg bij therapieontrouw de overstap van kortwerkend naar langwerkend methylfenidaat	Een arts die bekwaam is in het voorschrijven van medicatie voor ADHD	Huisarts, met evt. consultatie bij de specialistische jeugd ggz Verpleegkundig specialist Atomoxetine en vooral guanfacine alleen door de specialistische jeugd ggz	Geen specifieke aanwijzingen hierover
Richtlijn ADHD bij volwassenen, NVvP (2015)	Medicamenteuze behandeling voor volwassenen met ADHD moet altijd deel uitmaken van een uitgebreid behandelprogramma gericht op psychologische, gedragsmatige en educatieve of beroepsmatige problemen	Eerste keus: methylfenidaat en dexamfetamine (volwaardige alternatieven) Overweeg modafinil als behandeloptie bij individuele patiënten, als andere middelen voldoende zijn toegepast en niet blijken te voldoen Tweede keus: atomoxetine Derde keus: bupropion	Langwerkende preparaten verdienen de voorkeur, vanwege therapietrouw (en daarmee de effectiviteit) en lager tot geen risico op misbruik (ook niet door derden)	Gespecialiseerde GGZ	Huisarts en/of basis-GGZ	Met het oog op het optimaliseren van de behandeling met medicatie, dient de initiële dosis getreerd te worden o.g.v. symptomen en bijwerkingen gedurende 4-6 weken Bij het opstarten van de behandeling van ADHD bij een patiënt met comorbide verslaving is frequent contact met de patiënt aangewezen en worden slechts beperkte hoeveelheden voorgeschreven

	Welke plaats beveelt de richtlijn aan voor medicamenteuze behandeling in het totale stappenplan van behandeling?	Welke medicatie noemt de richtlijn?	Wat vermeldt de richtlijn over kort- vs langwerkende producten?	Wie zou de medicatie kunnen starten?	Wie zou de medicatie kunnen herhalen?	Welke adviezen geeft de richtlijn over receptduur en hoeveelheid?
Richtlijn ADHD voor jeugdhulp en jeugdbescherming, (NVO/BPSW/NIP) (2016)	Bij een ernstige vorm van ADHD bij jeugdigen met ADHD ouder dan zes jaar, wordt vaak medicatie voorgeschreven	Geen specifieke informatie hierover	Attendeer op de mogelijkheden om 's ochtends langwerkende medicatie in te nemen in plaats van medicatie die meerdere keren per dag moet worden ingenomen	Geen specifieke informatie hierover	Geen specifieke informatie hierover	Geen specifieke informatie hierover
Zorgstandaard ADHD, Akwa GGZ (2019)	Bij matig of ernstig ADHD en nadat psycho-educatie en adviezen zijn gegeven Volwassenen en kinderen De stelregel is te starten met ofwel psychologische behandeling ofwel medicamenteuze behandeling en niet meteen te kiezen voor een combinatie van beide behandelingsvormen. Anders kan niet worden nagegaan welke van beide behandelvormen de werkzame is en daarnaast is een combinatiebehandeling uiteraard duurder Ga pas over op combinatiebehandeling als het resultaat van de eerstgekozen behandelvorm onvoldoende is	Kinderen Eerste keus: methylfenidaat (langwerkend) Tweede keus: dexamfetamine Derde keus: atomoxetine of guanfacine Bij volwassenen eerste keus methylfenidaat of dexamfetamine	Schrijf geen kortwerkende stimulantia voor wanneer er een risico bestaat op misbruik of verhandelen van stimulantia De basisvergoeding vergoedt geen langwerkende medicijnen	Geen specifieke informatie hierover	Geen specifieke informatie hierover	Geen specifieke informatie hierover

	Wanneer zou volgens de richtlijn evaluatie van de medicamenteuze behandeling moeten plaatsvinden?	Welke aspecten zouden volgens de richtlijn aan bod moeten komen bij evaluatie van de medicamenteuze behandeling?	Wat beveelt de richtlijn aan omtrent het stoppen/afbouwen van medicatie?	Wat vermeldt de richtlijn over 'drug holidays', gebruik in weekenden en vakanties?	Wat vermeldt de richtlijn over stoppen in of na de puberteit?
JGZ-richtlijn ADHD, NCJ (2015)	Halfjaarlijks	Monitoring ligt bij voorschrijver Vraag naar gebruik en geef elke verandering door. Dit draagt bij tot een zo optimaal mogelijke therapietrouw	In elke nieuwe ontwikkelingsfase kunnen nieuwe situaties waarin ADHD-symptomen bv niet langer boven de cut-off komen in de nieuwe fase en bijvoorbeeld medicatie gestopt kan worden	De richtlijn benoemd alleen de nadelen van drug holidays: er kunnen problemen ontstaan wanneer bij het voorstellen van een onderbreking van medicatie in de vorm van 'medicatie vakantie' alleen rekening wordt gehouden met de effecten op de deelname aan school en niet met die op het gezinsleven	In elke nieuwe ontwikkelingsfase kunnen nieuwe situaties waarin ADHD-symptomen bv niet langer boven de cut-off komen in de nieuwe fase en bijvoorbeeld medicatie gestopt kan worden
MDR ADHD bij kinderen en jeugdigen (2005)	Halfjaarlijks	Controle effect, de dosering beoordelen of de medicatie gestopt kan worden Somatische controle: bloeddruk en polsfrequentie (vóór en eenmaal na het instellen), gewicht en lengte (vóór het instellen en daarna eenmaal per jaar) Controle op comorbiditeit: aanwezigheid en ernst van tics	Er zijn geen algemene aanbevelingen mogelijk over de gewenste duur van de farmacotherapie Maak afspraken over hoe de effectiviteit op de lange termijn zal worden beoordeeld (bv. door het tijdelijk stoppen van medicatie, eens per jaar)	Men is van mening dat het beter is om kinderen medicatie door te laten gebruiken in het weekeinde en in de vakanties, omdat ook dan de symptomen tot beperkingen kunnen leiden. Eén onderzoek laat echter zien dat onderbrekingen in het weekeinde leiden tot minder bijwerkingen bij een gelijkblijvende effectiviteit Maak afspraken over hoe de effectiviteit op de lange termijn zal worden beoordeeld (bv. door het tijdelijk stoppen van medicatie, eens per jaar)	Geen specifieke informatie hierover
NHG-Standaard ADHD bij kinderen (2014)	Instelfase: een- of tweewekelijks Onderhoudsfase: halfjaarlijks	Controle op effect, bijwerkingen en werkingsduur Vraag naar gebruik: vergeten medicatie (aandachtstekort), stigmatisering door klasgenoten, diversion en misbruik van (genees)middelen Somatische controle: lengte en gewicht, bloeddruk en pols, eetlust Controle op psychische comorbiditeiten	Er zijn geen algemene aanbevelingen mogelijk over de gewenste duur van de farmacotherapie De keus om te stoppen of door te gaan kan alleen op individuele basis gemaakt worden Stoppen van ADHD-medicatie kan in principe in 1 keer, al kan het bij hogere doseringen wel nodig zijn om daarna in 2 stappen weer op te bouwen vanwege bijwerkingen	Overweeg bv jaarlijks een medicatie-vrije periode van 1 à 2 weken in een representatieve periode, zoals een normale schoolweek, om te bepalen of voortzetting nog zinvol is. Verwar daarbij aanvankelijke rebound-effecten niet met opkomende gedragskenmerken van ADHD. Betrekt hierbij evt ook de school (bij instemming van de ouders en/of het kind), omdat het effect bij uitstek daar zichtbaar is. 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 schoolproblemen op de voorgrond staan, kan overwogen worden de medicatie in de weekenden en schoolvakanties te stoppen.	In de regel wordt ADHD-medicatie tijdens of kort na de puberteit gestaakt. 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 niet onderzocht. Houd bij adolescenten rekening met de invloed van ADHD en ADHD-medicatie op de rijgeschiktheid en het rijgedrag. Het CBR eist op dit moment bij de diagnose ADHD en/of gebruik van ADHD-medicatie een keuring bij de 1e aanvraag van het rijbewijs.

Wanneer zou volgens de richtlijn evaluatie van de medicamenteuze behandeling moeten plaatsvinden?	Welke aspecten zouden volgens de richtlijn aan bod moeten komen bij evaluatie van de medicamenteuze behandeling?	Wat beveelt de richtlijn aan omtrent het stoppen/afbouwen van medicatie?	Wat vermeldt de richtlijn over 'drug holidays', gebruik in weekenden en vakanties?	Wat vermeldt de richtlijn over stoppen in of na de puberteit?
NHG-Standpunt Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie, aandachtspunten bij patiënten $\geq$ 18 jaar die ADHD-middelen gebruiken (2020)	Halfjaarlijks	Controle op effect, evaluatie van de dosering, bijwerkingen en bijkomende klachten (bijvoorbeeld slaap- of stemmingswisselingen) Vraag naar therapietrouw Somatische controle: pols, bloeddruk, gewicht en bespreken van de eetlust, ECG-controle bij patiënten > 55 jaar Controle op ontstaan van comorbide psychiatrische en/of somatische problematiek Evaluatie noodzaak van aanvullen van de psychologische, sociale en beroepsmatige ondersteuning	Geen specifieke informatie hierover	Geen specifieke informatie hierover
Richtlijn ADHD en middelengebruik bij adolescenten, SRS (2014)	Instelfase: wekelijks	Controle effect (bv met vragenlijsten), met afweging van de nadelen van eventueel optredende bijwerkingen Somatische controle: gewicht, pols en bloeddruk Controle mate van abstinentie of controle over middelengebruik	Geen specifieke informatie hierover	Geen specifieke informatie hierover
Richtlijn ADHD bij kinderen en adolescenten, K-KJP (2021)	Instelfase: het is aan te bevelen om kinderen/jongeren frequenter te zien totdat een goede dosis is gevonden (titreren) Onderhoudsfase: minimaal halfjaarlijks	Geen specifieke informatie hierover	De klinische ervaring is dat kinderen/jongeren en hun opvoeders niet jaarlijks willen stoppen. Het valt wel aan te bevelen bijvoorbeeld na één of twee jaar een stopperiode in te lassen om te zien of medicatie nog effect heeft	Geen specifieke informatie hierover
Richtlijn ADHD bij kinderen en jongeren, NVP (2018)	Geen specifieke informatie hierover	Controleer regelmatig het functioneren en de kwaliteit van leven door middel van zorgvuldig en systematisch uitvragen Overweeg bij medicamenteuze behandeling voor het monitoren van respons op symptoomniveau de ADHD rating scale	Het is van belang om te adviseren over tijdelijk stoppen met de medicatie (zogenaamde drug-holidays) of in lagere dosering gebruiken in de weekenden	Adolescenten krijgen in puberteit meer eigen verantwoordelijkheid, wat kan leiden tot meer problemen
				Geen specifieke informatie over afname klachten, stoppen of afbouwen medicatie

Wanneer zou volgens de richtlijn evaluatie van de medicamenteuze behandeling moeten plaatsvinden?	Welke aspecten zouden volgens de richtlijn aan bod moeten komen bij evaluatie van de medicamenteuze behandeling?	Wat beveelt de richtlijn aan omtrent het stoppen/afbouwen van medicatie?	Wat vermeldt de richtlijn over 'drug holidays', gebruik in weekenden en vakanties?	Wat vermeldt de richtlijn over stoppen in of na de puberteit?
Richtlijn ADHD bij volwassenen, NVvP (2015)	Instelfase: wekelijkse en bij elke dosiswijziging Onderhoudsfase: op zijn minst jaarlijks	Controle effect, doseringen en bijwerkingen Controle op comorbide aandoeningen en stemmingswisselingen, optreden van psychose, tics en angstklachten Somatische controle: gewicht (3 en 6 maanden na de start, daarna elke 6 maanden), pols en bloeddruk (na elke dosisverandering en daarna regelmatig)	Geen specifieke informatie hierover	Geen specifieke informatie hierover
Richtlijn ADHD voor jeugdhulp en jeugdbescherming, (NVO/BPSW/NIP) (2016)	Geen specifieke informatie hierover	Geen specifieke informatie hierover	Geen specifieke informatie hierover	Geen specifieke informatie hierover
Zorgstandaard ADHD, Akwa GGZ (2019)	Halfjaarlijks	Controle effect en bijwerkingen Vraag naar gebruik: gemiste doseringen, geplande dosisverlagingen	Adviseer jaarlijks (niet alleen in vakanties) proberen om minimaal één week de medicatie te staken om het effect te evalueren; dit kan helpen bij de beslissing om de medicatie wel of niet te blijven gebruiken	Advies om bij deze groep expliciet te informeren naar matheid en somberheid als mogelijke bijwerking van stimulantia. Dit leidt ertoe dat jeugdigen stoppen en weer om medicatie vragen bij het eindexamen.

Besteedt de richtlijn aandacht aan oneigenlijk gebruik?		
JGZ-richtlijn ADHD, NCJ (2015)	Ja, de richtlijn wijst op Diversion, d.w.z. het gebruik van medicatie door personen waarvoor het niet is bedoeld is Niet innemen van medicatie kan ook ontstaan door stigmatisering door klasgenoten, problemen met privacy en misbruik van medicatie	
MDR ADHD bij kinderen en jeugdigen (2005)	De richtlijn adviseert langwerkende methylenidaat preparaten bij een verhoogd risico van misbruik	
NHG-Standaard ADHD bij kinderen (2014)	Ja, bij informatie over het evaluatieconsult	
NHG-Standpunt Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie, aandachtspunten bij patiënten ≥ 18 jaar die ADHD-middelen gebruiken (2020)	Ja, bij informatie over het evaluatieconsult	
Richtlijn ADHD en middelengebruik bij adolescenten, SRS (2014)	De richtlijn geeft diverse adviezen om het risico op oneigenlijk gebruik en misbruik te verlagen	
Richtlijn ADHD bij kinderen en adolescenten, K-KJP (2021)	nee	
Richtlijn ADHD bij kinderen en jongeren, NVvP (2018)	Ja, de richtlijn vraagt alertheid voor risicofactoren voor mogelijk misbruik van de medicatie door jongeren of personen uit de omgeving van kind of jongere De richtlijn adviseert flankerend beleid gericht op verslaving van gezinsleden/naasten en terughoudendheid bij voorschrijven van middelen om het risico op misbruik te verlagen	
Richtlijn ADHD bij volwassenen, NVvP (2015)	Ja, de richtlijn beschrijft dat de voorschrijver voor de start met medicatie een risico-inventarisatie aangaande middelengebruik en oneigenlijk gebruik moet doen Ook besteedt de richtlijn aandacht aan (risico's op) misbruik en verslaving in de paragraaf 'Algemene overwegingen medicamenteuze behandeling'	
Richtlijn ADHD voor jeugdhulp en jeugdbescherming, (NVO/BPSW/NIP) (2016)	Geen specifieke informatie hierover	
Zorgstandaard ADHD, Akwa GGZ (2019)	De richtlijn geeft diverse adviezen om het risico op oneigenlijk gebruik en misbruik te verlagen	

