

Notulen Themagroep ADHD-Medicatie

Datum: 3 april 2020

Aanwezig: Anne-Flore Matthijssen, Rob Pereira, Marco Bottelier, Jaap Oosterlaan, Karen Vertessen, Bert den Exter, Reino Stoffelsen, Pieter Hoekstra, Paul Rosenau

Themagroep: Optimaliseren medicamenteuze behandeling en terugdringen van onnodig medicatiegebruik

Doelen:

- Goede voorlichting ADHD-medicatie
- Optimaliseren van lange termijn gebruik
- Voorkomen van onderbehandeling
- Operationaliseren van juiste indicatiestelling
- Implementeren van strategie bepalen juiste dosis (zowel initieel als tijdens follow up)
- Organiseren en implementeren proefafbouw in de klinische praktijk

Vraagstukken/actiepunten voor de volgende keer:

- Afwachten stuk van Rob en Willem. Wanneer dit geaccepteerd is, kunnen we dit misschien ook in de basis- en specialistische GGZ gaan gebruiken.
- Rob maakt opzet voor de survey onder professionals en stuurt deze vervolgens naar de groepsleden.

Het volgende is besproken:

- Update over de aanvraag voor Goed Gebruik Geneesmiddelen. Vervolg op de MOVA-studie (studie van Karen), een vervolg op de Proefstopstudie (studie van Paul).
- Hoe komen we tot invulling van de richtlijnen rond controle op medicatie op de langere termijn? Kleine subsidie gekregen bedoelt om de kennis opgedaan vanuit de AW te verspreiden. Misschien een plan om uit te werken hoe jaarlijkse proefstop in de praktijk kan worden uitgevoerd. Voorstel Rob en Willem verstuurt: aanvulling op de huisartsenstelling – verantwoordelijkheid voor medicatie en waar moet je op letten, wanneer geaccepteerd misschien ook te gebruiken in de basis- en specialistische GGZ. In België gaat ieder kind (tot 18 jaar) eenmaal per jaar terug naar de kinderpsychiater, aan de hand van een formulier wordt een check gedaan. Misschien ook een idee voor in Nederland? Terugbetaling van medicatie is gekoppeld aan dat formulier en formulier wordt ook opgenomen in het dossier. Behoeftte vanuit huisarts om met kinderpsychiater te overleggen, bijvoorbeeld beeldbelconsultatie.
- Beschikbaarheid en betaalbaarheid van ADHD-medicatie. Plotseling substitutie voor sommige merken en sommige mensen moeten uit medisch noodzaak een bepaald merk. Sommige medicatie voor 90% uit China afkomstig en het kan zijn dat op sommige medicatie een tekort komt. In de praktijk best veel last van feit dat goedkoopste variant altijd uitgegeven wordt. En dat mensen met hoge doseringen ineens te horen krijgen dat het middel niet meer te krijgen is. Wat zouden we kunnen doen om toch een signaal te geven? Inspectie een brief naar artsen en apothekers gestuurd dat ze alleen maar Amfexa mochten voorschrijven, terwijl dit niet wordt vergoed door de verzekering. Brief als AW aan wijden? In de breedte inventariseren wie hier tegen aanloopt? Hoe willen we dat doen? Bij NVvP? Huisartsen? Online survey om de ervaringen met dit probleem in kaart te brengen. Op basis daarvan aandacht vragen voor dit probleem.
- Doseringsbeleid bij middelenverslaving. Hoe gaat men hier mee om? Gewoon stimulantia voorschrijven of niet? Vaak hoger doseren dan normaal. Bij stimulerende middelen werkt

dexamfetamine vaak het best. Medicatie bij bijvoorbeeld cannabis? Bij verslaving aan stimulerende middelen, moet je dan juist niet-stimulantia geven? Karen stuurt artikel door over dit onderwerp.

- Registratie van middelen > 18 jaar. Alleen Medikinet geregistreerd boven de 18 jaar. Vaak blijven patiënten dezelfde medicatie gebruiken terwijl ze volwassen worden, vervolgens dus veel off-label gebruik voor patiënten van 18 jaar en ouder. Schort aan registratiestudies voor de andere middelen. Fabrikanten moeten hun middelen registreren voor volwassenen. Ritalin-LA afgewezen voor volwassenen.