

DE MEDICAMENTEUZE
BEHANDELING VAN

ADHD

© 2026 Glenn Dumont / DPPub. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.
ISBN/EAN: 978-90-9042298-5

OVER DE AUTEURS

Dr. Glenn J.H. Dumont is klinisch farmacoloog en werkt als associate professor farmacotherapie bij het Amsterdam UMC, locatie AMC, Universiteit van Amsterdam. Daarnaast is hij redacteur van *Psyfar*, een nascholingstijdschrift over psychofarmaca, hoofd research van ADHDcentraal en directeur van Dumont praktische psychofarmacologie. Glenn is één van Nederlands meest gevraagde sprekers op het gebied van ADHD-medicatie, publiceert regelmatig in nationale en internationale vaktijdschriften en boeken en geeft lezingen en workshops waarin hij inhoud en vorm in het perspectief van de behandelpraktijk zet. Hij brengt zijn verhaal op een bevoegen, enthousiaste en genuanceerde manier, waardoor de juiste toepassing van de soms taaie materie glashelder wordt weergegeven specifiek voor behandelaren.

Hans is verpleegkundige en Physician Assistant Psychiatrie. Hij heeft zich vanaf het begin van deze eeuw gespecialiseerd in de diagnostiek en behandeling van ADHD. Begonnen als verpleegkundige op de PAAZ van het Meander Medisch Centrum, werd zijn interesse in ADHD bij volwassenen in toenemende mate een speerpunt. Vanaf 2008 is hij Physician Assistant. Naast zijn specialisatie in ADHD bij volwassenen heeft hij zich beziggehouden met de consultatieve dienst, de POP-poli, de zorg voor klinisch opgenomen patiënten en het verzorgen van bij- en nascholingen. Ervaring met kinderen en zwangeren werd eveneens opgedaan in het Meander Medisch Centrum waar een intensieve samenwerking bestond tussen psychiatrie, apothekers, kindergeneeskunde, neonatologie en gynaecologie. In 2013 heeft hij ADHDcentraal opgericht, een specialistisch centrum voor diagnostiek en behandeling voor ADHD, inmiddels met landelijke dekking. Hij heeft tientallen verpleegkundig specialisten en psychiaters geschoold in het medicineren van patiënten met ADHD.



INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	9
Inleiding	11
Adhd	13
Medicijnvergoedingen	17
Stimulantia: methylfenidaat en (lis)dexamfetamine	18
Stimulantia meenemen naar het buitenland	21
Methylfenidaat	22
(Lis)Dexamfetamine	23
Atomoxetine	25
Clonidine en guanfacine	27
Antidepressiva	29
Nortriptyline	31
Bupropion	31
Venlafaxine	32
Duloxetine	32
Modafinil	33
Doseringen en kinetiek	35
Het vinden van de juiste dosering	36
Doseringen	38
‘Rebound’-effecten	41
Maximale dosering	42
Atomoxetine	43
Clonidine	44
Guanfacine	45
Bupropion	48
Modafinil	49
Slow en delayed release-preparaten	50
Het instellen van volwassenen	53
Dosering en timing	54
Het bepalen van de frequentie	55
Kortwerkend of langwerkend methylfenidaat?	56
Timing en afgifteprofielen	57
Uitvragen van effect en bijwerkingen	59

Bijwerkingen	60
ADHD bij vrouwen	63
Hormonen en de menstruatiecyclus	66
Zwangerschap	69
Perimenopauzaal	71
Het werkingsmechanisme van stimulantia	73
Co-morbide gedragsstoornissen	75
Combinatie van stimulantia en antipsychotica	78
Interacties met andere geneesmiddelen	80
ADHD-medicatie en verkeersdeelname	81
Acute en lange termijn bijwerkingen van ADHD-medicatie	83
ADHD en slaap	85
Melatonine	88
Werkingsmechanisme van melatonine	89
Kinetiek van melatonine	91
Klinische studies met melatonine	92
Melatonine in de praktijk	95
Eetlust en groei	95
Cardiovasculaire effecten	98
Andere bijwerkingen	107
Tics	107
Epilepsie	108
Suïcidale ideatie	109
Psychose	110
Verslaving	111
Keuze van ADHD-medicatie bij verslavingsproblematiek	115
Langetermijneffecten van ADHD-medicatie	117
Langetermijneffecten op de hersenen	119
Langetermijneffecten op de cognitie	121
Literatuur	123





VOORWOORD

De voorganger van dit boek, de praktische farmacologie van ADHD, werd goed ontvangen door u, behandelaar in de breedste zin van het woord. Nu het accent van de behandeling van ADHD steeds meer verschuift naar alle leeftijden, in plaats van alleen kinderen, wilde ik niet enkel de meest recente onderzoeken en cijfers verwerken, maar net de overeenkomsten en verschillen in de behandeling van kinderen, volwassenen en ouderen benadrukken. Daarbij is enkel de wetenschappelijke literatuur ontoereikend, vandaar dat ik Hans Kroesen benaderd hebt om het boek te verrijken met zijn inzichten uit jarenlange behandelervaring en zo het accent (nog) meer op de toepassing in plaats van kennis te leggen. Uiteraard wordt alle voor de praktijk relevante informatie vermeld, zonder daarbij in uiterst interessante maar voor de praktijk minder relevante academische exercities te vervallen. Daarvoor verwijs ik u graag naar de (uitgebreide) literatuurlijst. Ik hoop dan ook dat dit boek nog beter aansluit bij uw behoefte aan relevante behandelinformatie, en daarmee onmisbaar wordt voor de alledaagse praktijk.

Glenn Dumont

INLEIDING

Attention deficit hyperactivity disorder, oftewel ADHD, is ook bij het grote publiek een zeer bekende aandoening. Typische ADHD-symptomen zijn impulsiviteit, snel afgeleid zijn en druk gedrag, maar dat beeld is ook een stereotype, dat geen recht doet aan een substantieel deel van de patiënten. ADHD is vooral bekend als een stoornis die optreedt bij kinderen, en dan met name bij jongens, maar inmiddels is de indicatie ook gemeengoed geworden bij vrouwen, volwassenen en ouderen. Bij de farmacotherapeutische behandeling van ADHD worden meestal stimulantia gebruikt, maar ook andere medicijnen wanneer met stimulantia niet de gewenste effecten worden behaald. Methylfenidaat is het meest voorgeschreven middel bij ADHD en tevens eerste keuze bij de behandeling van ADHD. Naast methylfenidaat wordt ook dexamfetamine tot de stimulantia gerekend, dat met name bij volwassenen beter verdragen lijkt te worden en in die leeftijdsgroep samen met methylfenidaat eerste keus middel is volgens de multidisciplinaire richtlijn (2015). Dat desondanks dexamfetamine pas vergoed wordt wanneer methylfenidaat niet het gewenste effect oplevert, illustreert dat dit een relatief jong vakgebied is waarbij het farmacotherapeutisch beleid vaak nog wat achter de wetenschappelijke feiten aanhobbelt. Deze discrepanties zullen we uitgebreid aan bod laten komen, net omdat ze van grote invloed zijn op het succes van de behandeling.

De behandeling van ADHD bestaat met name uit psychotherapie en stimulantia. Stimulantia verbeteren met name de inhibitie van processen, verbeteren daardoor de concentratie en verminderen impulsief gedrag. Het dagelijks functioneren verbetert secundair aan deze cognitieve functies, wat op school en/of het werk een algemene prestatieverbetering kan betekenen. In hogere doseringen leiden ze tot euforie, vandaar de stimulantia ook misbruikt (kunnen) worden, wat het instellen van stimulantia complex maakt. Stimulantia zijn echter uiterst effectieve middelen bij de behandeling van ADHD, uiteraard mits juist ingezet. Naast methylfenidaat en dexamfetamine zijn atomoxetine en recentelijker guanfacine en lisdexamfetamine geregistreerd voor de behandeling van ADHD, en worden clonidine, verschillende antidepressiva en melatonine (off-label) toegepast in deze doelgroep. ADHD gaat relatief vaak gepaard met co-morbide gedragsstoornissen,

angst en/of depressie, wat richting kan geven aan het middel van voorkeur maar ook aanleiding kan zijn voor polyfarmacie (dat wil zeggen het gelijktijdig gebruik van meerdere middelen bij een patiënt), met name bij ouderen een punt van aandacht. Dit boek behandelt zowel de farmacologische aspecten die van belang zijn bij de behandeling van ADHD als de praktische toepassing van deze middelen. Als laatste worden de langetermijneffecten van het gebruik van stimulantia in kaart gebracht.

Dit boek is bedoeld voor patiënten en professionals die betrokken zijn bij de (farmacotherapeutische) behandeling van patiënten en de toepassing van ADHD-medicatie in de dagelijkse praktijk, met toegankelijk geschreven en voor de praktijk relevante informatie. Tevens wordt ook aan de behandeling verwante informatie beschreven, zoals bijvoorbeeld de effecten van langdurig medicatiegebruik, het gebruik van stimulantia in het verkeer, de zin en onzin van medicijnvakanties, effecten van de hormonale cyclus op de behandeling en de behandeling van ouderen met ADHD. De informatie wordt zo veel mogelijk in de praktijk gebracht door het gebruik van casus. Samenvattend tracht het boek een overzichtelijk antwoord te bieden op de praktische vragen die kunnen rijzen bij de behandeling met ADHD-medicatie.

ADHD

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is een inmiddels ook bij het grote publiek zeer bekende aandoening. ADHD gaat relatief vaak gepaard met comorbide gedragsstoornissen zoals oppositioneel-opstandige gedragsstoornissen (ODD, oppositional defiant disorder), antisociale gedragsstoornissen (CD, conduct disorder), verslaving, en middelen misbruik, angst en depressie. Dit is binnen het kader van de farmacotherapie met name relevant vanwege de kans op interacties tussen verschillende medicijnen en de effecten van ADHD medicatie op de comorbiditeit. Zoals de naam al aangeeft, uit deze aandoening zich vooral als een gebrek aan concentratie en/of door hyperactiviteit. Typische ADHD-symptomen zijn dan ook impulsief en druk gedrag, maar de nieuwste inzichten suggereren dat dit typische beeld met name geldt voor jongens, jonge mannelijke patienten dus. ADHD wordt bij kinderen dan ook vaker vastgesteld bij jonges dan bij meisjes. Bij vrouwen wordt er vaker gesproken over ADD, oftewel attention deficit disorder, waarbij de hyperactiviteit niet op de voorgrond staat en getypeerd wordt door dromerig, afwezig gedrag. Dat beeld blijkt echter een misvatting; hoewel mannen en vrouwen verschillen in de mate van activiteit, zijn beide wanneer sprake is van ADHD ruim 3x actiever dan gezonde controles (Wettstein ea. 2024). ADHD is vooral bekend als een stoornis die optreedt bij kinderen. (DIMS 2024; Tuithof ea. 2014) Men heeft lang gedacht dat kinderen 'uit de ADHD groeien' en voor die opvatting zijn ook epidemiologische argumenten te vinden: ADHD komt minder vaak voor bij volwassenen (1-3%), dan bij kinderen (3-5%). Betrekkelijk recent is het inzicht dat ADHD-symptomen vaak (bij ongeveer 2/3 van de patienten) persisteren tot in de volwassenheid, zij het dat ze dan een andere uitingsvorm kunnen krijgen. Een jongere leeftijd bij het optreden van de eerste symptomen en ernstigere symptomen zijn voorspellers zijn van het persisteren van de symptomen gedurende de volwassenheid. Anders gezegd: des te eerder en des te ernstiger de ADHD zich manifesteert, des te groter de kans dat het kind ook gedurende de volwassenheid last houdt van de symptomen. Voor de behandeling heeft dat overigens nauwelijks consequenties, aangezien voor zowel jeugdigen als volwassenen dezelfde behandelprincipes gelden en de behandeling hoe dan ook gepersonaliseerd, ongeacht de leeftijd, op het individu afgestemd dient te worden. Hierbij is het wel belangrijk op te merken dat de richtlijnen voor de doelgroepen op

enige punten verschillen, zoals verderop in dit boek uitvoerig wordt beschreven.

Het aantal aanmeldingen van kinderen met ADHD is de afgelopen jaren gestabiliseerd, terwijl het aantal voorschriften voor stimulantia verder is doorgestegen (CBS 2025). Dat is weinig verwonderlijk: met de introductie van de richtlijn voor ADHD bij volwassenen, de recente aandacht voor ADHD bij vrouwen en de aandacht voor ouderen met ADHD is inmiddels erkenning voor het feit dat ADHD een levenslange aandoening kan zijn. Uit CBS data blijkt dat jongens rond de 10-15 jaar nog steeds het sterkst vertegenwoordigd zijn, maar dat volwassenen en met name volwassen vrouwen de snelst groeiende groep patiënten betreft. De kritiek dat stimulantia steeds meer worden voorgeschreven lijkt daarmee dus niet terecht.

ADHD bij volwassenen in Nederland

ADHD bij volwassenen is een betrekkelijk recent gesteld diagnose. In 1996 verscheen in Nederland de eerste publicatie erover van Sandra Kooij Kooij en tot het herformuleren van de kenmerken van ADHD in de DSM 5 waren de kenmerken voornamelijk kinderlijk geformuleerd. Het herkennen en erkennen dat de symptomen ook in de volwassenheid blijven bestaan kreeg tevens een impuls onder invloed van de verschillende patiëntenverenigingen. Ouders herkenden zich in de symptomen van de kinderen en stelden vast dat deze met de jaren meestal niet (volledig) verdwenen. Rond 2000 werd Sandra Kooij min of meer overlopen door volwassen patiënten en zocht zij contact met collega psychiaters met het verzoek zich te gaan verdiepen in en bezighouden met volwassenen met ADHD. In het Meander Medisch Centrum werkte al een kinderarts die gespecialiseerd was in ADHD bij kinderen en ontstond er snel een intensieve samenwerking met de afdeling psychiatrie.*

Zo ontwikkelde wij begin 2000 een levensloop poli. Er ontstond een intensieve samenwerking tussen kindergeneeskunde, volwassenenpsychiatrie, neonatologie en farmacologie. Dergelijke samenwerkingsverbanden zijn met het verdwijnen van veel psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen helaas afgenomen. De meerwaarde was evident. Kennis en ervaring kon gemakkelijk