

# Medicamenteuze behandeling van ADHD in België

Svetlana Sholokhova & Koen Cornelis - Studiedienst

Met dank aan Clara Noirhomme

## Samenvatting

Aandachtstekortstoornis met of zonder hyperactiviteit (ADHD) is een psychiatrische stoornis. De diagnose wordt gesteld door een psychiater volgens de criteria van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), ontwikkeld in de Verenigde Staten. In België bestaat de behandeling van deze stoornis, volgens internationale aanbevelingen, in de eerste plaats uit een niet-medicamenteuze aanpak, met name psycho-educatie en psychologische opvolging. Als er geen verbetering optreedt, kan psychostimulerende medicatie worden voorgeschreven. Medicatie kan echter vanaf het begin van de diagnose worden overwogen als de specialist de stoornis als ernstig beschouwt.

Methylfenidaat is de meest gebruikte medicatie voor ADHD. Het staat vaak bekend als Rilatine® (of Ritalin® in de Engelstalige wereld), een van de best verkochte merken ter wereld. Ondanks het wijdverbreide gebruik, blijft, in de wetenschappelijke wereld, de effectiviteit van methylfenidaat bij de behandeling van ADHD onderwerp van discussie, voornamelijk door het gebrek aan betrouwbare studies. Er zijn echter vaak voorkomende bijwerkingen, zoals slaapttekort en verlies van eetlust, die zeer snel optreden en die op hun beurt soms met andere geneesmiddelen worden behandeld. Nog zorgwekkender is het gebrek aan kennis over de langetermijneffecten van het gebruik van psychostimulerende middelen. De doelgroep voor dit soort medicatie bestaat uit zeer jonge kinderen, waarvan het lichaam en de hersenen nog in volle ontwikkeling zijn.

In deze studie geven we een overzicht van de medicamenteuze behandeling van ADHD in België. Wat is de prevalentie van het gebruik van methylfenidaat, wat is de gemiddelde duur van de behandeling met medicatie en gaat deze gepaard met een niet-medicamenteuze behandeling? Zijn deze indicatoren vergelijkbaar met die in andere landen en volgen ze de internationale aanbevelingen en het recentste wetenschappelijk onderzoek? We willen ook een beter inzicht krijgen in het profiel van de kinderen die het vaakst methylfenidaat voorgeschreven krijgen. Zijn er factoren

die het risico op behandeling van ADHD met een psychostimulantia verhogen? Hoe moet de aanwezigheid van deze factoren geïnterpreteerd worden? Gaat het altijd om biologische of ook socio-economische risico's, en dus om de aanwezigheid van niet te verantwoorden en onrechtvaardige, en bijgevolg vermijdbare verschillen tussen verschillende groepen?

Onze analyse van de CM-gegevens in het licht van de wetenschappelijke literatuurstudie leidt tot een aantal alarmerende conclusies over de situatie in België en hoe die de laatste jaren geëvolueerd is. Daarom doen we een reeks aanbevelingen aan de beleidsverantwoordelijken, de verantwoordelijken van de gezondheidssector, de onderwijssector en het wetenschappelijk onderzoek.

*Sleutelwoorden: Mentale gezondheid, ADHD, medicatie, methylfenidaat, kinderen en adolescenten, kwantitatieve studie*

## Inleiding

Volgens een CM-studie uit 2017 werd methylfenidaat, het meest gebruikte geneesmiddel in de medicamenteuze behandeling van aandachtstekortstoornis met of zonder hyperactiviteit (ADHD), in 2016 afgeleverd en terugbetaald aan 2% van de jonge CM-leden (van 6 tot 17 jaar) (Lebbe, Ntahonganyira, & Vandenbergen, 2017). De effectiviteit van deze farmacologische behandeling voor deze stoornis is echter nog steeds onderwerp van discussie. Onlangs nog, in maart 2023, publiceerde de prestigieuze *Cochrane Database of Systematic Reviews* een analyse van meer dan 200 studies over de effecten van methylfenidaat op het gedrag van jongeren met ADHD. De auteurs concluderen dat "de zekerheid van het bewijs [van werkzaamheid] voor alle resultaten [van de onderzoeken die zijn uitgevoerd] zeer laag is en dat bijgevolg de ware omvang van de effecten [van behandeling met methylfenidaat] onzeker blijft" (Storebø, et al., 2023), eigen vertaling). Met andere woorden, het is mogelijk dat methylfenidaat ADHD-symptomen bij jongeren kan verbeteren, maar het is onmogelijk om dat met voldoende wetenschappelijke zekerheid te stellen. De conclusies van de *Cochrane Review* plaatsen daarom vraagtekens bij de gedeelde opinie van talloze studies en literatuuronderzoeken en verschillende internationale richtlijnen, zoals de *NICE-richtlijn NG87* (National Institut for Health and Care Excellence, 2018) of de *Zorgstandaard* (Standaarden, 2019).

Voor haar advies over de medicamenteuze behandeling van ADHD, gepubliceerd in 2021, stelt de Belgische Hoge Gezondheidsraad methylfenidaat nochtans voor als een mogelijke behandeling, zich hierbij basierend op deze richtlijnen (Hoge Gezondheidsraad, Medicamenteuze en niet-medicamenteuze aanpak van ADHD. HGR NR 9547, 2021). In het advies wordt wel benadrukt dat deze behandeling alleen als tweedelijnsbehandeling mag worden gebruikt: "moet het zorgpad, voor alle leeftijdsgroepen, beginnen met een psycho-educatief aanbod voor de patiënt zelf en zijn of haar omgeving (ouders, leerkrachten, enz.), om informatie te geven over het ontstaan en beloop van ADHD-symptomen, de impact van de symptomen op het functioneren, de rol van de omgeving en de behandel mogelijkheden" (Hoge Gezondheidsraad, Medicamenteuze en niet-medicamenteuze aanpak van ADHD. HGR NR 9547, 2021, pp. 1-2).

De controverses rond de werkzaamheid van methylfenidaat gaan gepaard met waarnemingen van trends in het gebruik van methylfenidaat die niet uitsluitend door medische redenen lijken te kunnen worden verklaard. Ze roepen een aantal vragen op, met name over het risico van het pathologiseren van bepaald gedrag en de toegankelijkheid van niet-medicamenteuze opvolging van ADHD. De CM-studie toonde aan dat de jongste kinderen in een klas op school (geboren in het laatste trimester van het jaar) het meest kans hadden om methylfenidaat te gebruiken (50% meer kans dan kinderen geboren in het eerste trimester). Er zijn ook aanzienlijke geografische verschillen tussen de gewesten (2,4% van de jongeren in Vlaanderen krijgt methylfenidaat terugbetaald, tegenover 0,9% in Wallonië en 0,6% in het Brussels Gewest), die vanuit medisch oogpunt moeilijk te rechtvaardigen zijn. Op basis van deze vaststellingen zijn de auteurs van mening dat "het risico op overdiagnose en overmatig gebruik [in België] dus reëel is" (Lebbe, Ntahonganyira, & Vandenbergen, 2017).

Deze studie heeft tot doel de evolutie in het gebruik van methylfenidaat door kinderen en adolescenten in België sinds de CM-studie van 2017 te analyseren. Twee vragen sturen ons onderzoek: (1) *Wat zijn de kenmerken van de medicamenteuze behandeling van ADHD in België vandaag en welke veranderingen zien we in de afgelopen jaren?* Wat is de prevalentie van het gebruik van methylfenidaat, wat is de gemiddelde duur van de behandeling met medicatie en wordt ze gecombineerd met een niet-medicamenteuze behandeling? (2) *Wat is het profiel van kinderen die het meeste risico lopen op behandeling met methylfenidaat?* Zijn dit nog steeds kinderen die geboren zijn in het laatste kwartaal van het jaar? Welke andere kenmerken van dit profiel kunnen ons helpen om de situatie in België beter te begrijpen? Wat zijn de verschillen tussen de Belgische gewesten?

Om deze vragen te beantwoorden, beginnen we ons artikel met een stand van zaken van de medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandeling van ADHD in België (punt 1). Vervolgens lichten we onze methode toe (punt 2)

en de resultaten van onze kwantitatieve analyse op basis van CM-gegevens (punt 3). Daarna bespreken we de mogelijke interpretaties van deze resultaten (punt 4). We sluiten onze studie af met een reeks aanbevelingen voor de beleidsmakers, de verantwoordelijken in de gezondheidssector, de verantwoordelijken in het basis- en secundair onderwijs en de verantwoordelijken voor wetenschappelijk onderzoek (punt 6).

## 1. Overzicht van de literatuur en stand van zaken in België

### 1.1. ADHD en de medicamenteuze behandeling ervan

#### 1.1.1. Het officiële traject in België

De Belgische Hoge Gezondheidsraad definieert aandachtstekortstoornis met of zonder hyperactiviteit (ADHD) als “een neurobiologische ontwikkelingsstoornis die zich in verschillende levensfasen kan manifesteren. Het essentiële kenmerk van het syndroom is een aanhoudend patroon van een hoge mate van aandachtsdeficiëntie en/of hyperactiviteit-impulsiviteit dat leidt tot problemen in schools, beroepsmatig of sociaal en relationeel functioneren” (Hoge Gezondheidsraad, Medicamenteuze en niet-medicamenteuze aanpak van ADHD. HGR NR 9547, 2021, p. 1). Meer specifiek: “mensen met ADHD hebben problemen met aandachts- en cognitieve functies, waaronder probleemoplossing, planning, flexibiliteit en oriëntatie, het vasthouden van de aandacht, de remming van reacties en het vasthouden van het werkgeheugen. Ze hebben ook problemen met het beheersen van affecten, zoals vertraagde motivatie en stemmingsontregelingen” (Storebø, et al., 2023, p. 6, eigen vertaling). De diagnose van deze stoornis is gebaseerd op de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, gepubliceerd door de *American Psychiatric Association*, waarvan de vijfde versie is gepubliceerd in 2013 (DSM-5), of op de *International Classification of Diseases*, gepubliceerd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), waarvan de meest recente (11<sup>de</sup>) versie dateert van 2022 (ICD-11).

In België vereist het zorgtraject voor ADHD, ontwikkeld onder auspiciën van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, dat eerst een diagnose wordt gesteld door een arts-specialist, (kinder)psychiater of kinderarts gespecialiseerd in het onderwerp<sup>1</sup>. Deze diagnose wordt vaak voorafgegaan door een psychologisch onderzoek door een (neuro)psycholoog. Daarna moet een niet-medicamenteuze behandeling worden voorgesteld. Die bestaat uit psycho-educatie en heeft tot doel alle betrokkenen (kinderen of adolescenten, ouders, leerkrachten en andere belangrijke derden) te helpen om “de symptomen en hun oorzaken beter te begrijpen, te begrijpen wat wel en niet gepast is als reactie, verwachtingen aan te passen aan wat mogelijk is, een juiste keuze van behandelingsopties te maken en zich bewust te zijn van het natuurlijke verloop en de variabiliteit van het beeld”<sup>2</sup>. Psycho-educatie kan de vorm aannemen van individuele of groepsessies. Ze wordt uitgevoerd door de tweedelijns professional(s) betrokken bij de diagnose of behandeling, of door medewerkers van centra voor leerlingenbegeleiding (CLB) die op de scholen werken, met toestemming van de ouders. De informatie van de FOD Volksgezondheid geeft duidelijk aan dat het zorgplan altijd gepersonaliseerd moet zijn: “Interventies moeten worden afgestemd op elk kind / elke jongere, op basis van zijn of haar leeftijd en ontwikkelingsniveau, zijn of haar functionele niveau in de verschillende ontwikkelingsdomeinen, zijn of haar sterke en zwakke punten, zijn of haar familie en de context waarin hij of zij leeft”<sup>3</sup>.

Als psycho-educatie onvoldoende blijkt, of vanaf het begin van de behandeling als de symptomen ernstig zijn, omvat het ADHD-zorgpad het gebruik van medicatie. Dat gebruik is niet bedoeld om het kind te genezen, aangezien er geen definitieve genezing met geneesmiddelen bestaat voor deze stoornis. De behandeling met medicatie is

---

<sup>1</sup> <https://www.adhd-traject.be/nl>.

<sup>2</sup> <https://www.adhd-traject.be/nl/pagina/psycho-educatie>.

<sup>3</sup> <https://www.adhd-traject.be/nl/pagina/behandeling-adhd>.

gericht op het verlichten van symptomen die verband houden met concentratieproblemen en/of impulsiviteit en storend gedrag. ADHD wordt al bijna vijftig jaar behandeld met psychostimulerende medicatie. Dit zijn “geneesmiddelen die het cognitief en affectief functioneren en het gedrag aanzienlijk beïnvloeden”, en dit door het mobiliseren van “de normale vecht/vlucht/verstijfrespons gemedieerd door biogene amines zoals epinefrine, noradrenaline, serotonine en dopamine” (Anghelescu & Heuser, 2008, pp. 1038-1039), eigen vertaling).

De molecule die het meest wordt voorgeschreven bij ADHD is methylfenidaat, dat van de verschillende psychostimulerende middelen nog steeds het best gedocumenteerd is. Volgens de HGR is dit de farmaceutische specialiteit van eerste keuze. Methylfenidaat werkt door het dopaminetransport te blokkeren, waardoor de intrasynaptische concentratie van dopamine toeneemt. In mindere mate werkt het ook door de concentratie noradrenaline in het striatum en de prefrontale cortex te verhogen. De hypothese van het gunstige effect van methylfenidaatgebruik bij ADHD is dus gebaseerd op het idee dat juist de cognitieve functies gevoelig zijn voor de manipulatie van de dopaminereceptoren (met name de D1-receptoren), namelijk het werkgeheugen en de remmende controle, die deze stoornis definiëren (Anghelescu & Heuser, 2008).

Op de Belgische markt is methylfenidaat verkrijgbaar in verschillende vormen, met als belangrijkste verschil de werkingsduur van het middel: Rilatine<sup>®</sup>, Medikinet<sup>®</sup>, Equasym<sup>®</sup> en Concerta<sup>®</sup><sup>4</sup>. Tot nu toe zijn Rilatine<sup>®</sup> en Equasym<sup>®</sup> de enige geneesmiddelen die vergoed worden door de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen (VGUV) voor de indicatie ADHD bij jongeren tussen 6 en 17 jaar (of in gevallen van narcolepsie). Normaal gesproken is de psychiater degene die de diagnose ADHD stelt en de beslissing neemt om medicatie voor te schrijven, maar het is ook mogelijk dat een ander type arts dit type medicatie voorschrijft. Om echter een vergoeding voor een geneesmiddel op basis van methylfenidaat te ontvangen van de VGUV, moet de aanvraag vergezeld gaan van “bewijsmateriaal, waaruit blijkt dat de rechthebbende zich in de verklaarde toestand bevindt, alsook het omstandig verslag, opgesteld door de (kinder)neuroloog of (kinder)psychiater of door een arts-specialist die een erkenning verworven heeft in de pediatrie neurologie, op basis van de bepalingen van het Ministerieel Besluit van 6 april 1995 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van artsen-specialisten in de pediatrie neurologie”<sup>5</sup>. Een voorschrift voor methylfenidaat door een huisarts zonder dit soort bewijs zal daarom niet worden vergoed door de VGUV. Bovendien is het mogelijk om op elke leeftijd gediagnosticeerd te worden en een voorschrift te krijgen voor een farmacologische behandeling, maar gezien de leeftijdscriteria voor de vergoeding (van 6 tot 17 jaar), zijn de kosten voor de behandeling voor eigen rekening als de persoon de leeftijd van 6 jaar nog niet heeft bereikt of ouder is dan 17 jaar.

### 1.1.2. Controverses rond de medicamenteuze behandeling van ADHD

Ondanks de consensus tussen de verschillende richtlijnen over het gebruik van methylfenidaat bij ADHD, blijft de hypothese die gebaseerd is op het idee van de blokkering van het dopaminetransport als oorzaak van ADHD (en die het gebruik van methylfenidaat zou rechtvaardigen) betwist in de wetenschappelijke literatuur (Bolea-Alamanac, et al., 2014). Meer in het algemeen blijft de etiologie van ADHD een onderwerp van discussie en tot op heden zijn er geen neurologische of genetische markers of biologische tests om de diagnose hyperactiviteit te identificeren of te bevestigen (Ponnou, 2022). ADHD is in dit opzicht geen uitzondering, want hetzelfde geldt voor andere levenssituaties die men als ‘psychische stoornissen’ identificeert. Wat hen kenmerkt, is niet een biologische marker (zoals bijvoorbeeld het geval is bij kanker), maar vooral de specifieke manier waarop de persoon zijn relaties en zijn manier van omgaan met anderen, de wereld en zichzelf ervaart. Deze ‘psychische processen’ “kunnen echter niet worden gereduceerd tot de activiteit van de hersenen of tot gelokaliseerde neuronale processen; integendeel, ze zijn belichaamd in en onlosmakelijk verbonden met de intersubjectieve wereld van interactie en gedeelde betekenissen” (Fuchs, 2018, p. 253, eigen vertaling). Met andere woorden, ons

<sup>4</sup> Zie voor meer informatie de website van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie: <https://www.bcfi.be/nl/chapters/11?frag=8334>.

<sup>5</sup> [https://www.cbip.be/inami\\_pdfs/6960000\\_FormDem\\_A\\_NL.pdf](https://www.cbip.be/inami_pdfs/6960000_FormDem_A_NL.pdf).

psychische leven kan niet uitsluitend worden beschreven aan de hand van de hersenactiviteit, alsof die de ultieme verklaring zou kunnen zijn voor hoe we ons voelen in ons lichaam en hoe we omgaan met de wereld en de anderen.

*Enkel en alleen* inwerken op de chemie van de hersenen zou daarom te beperkend zijn als we de patiënt willen ondersteunen. Zoals de psychiater en filosoof Thomas Fuchs het stelt: “net zoals koorts niet veroorzaakt wordt door een tekort aan acetylsalicylzuur omdat ze afneemt na het innemen van aspirine, ... [bewijst] het bestaan van een geneesmiddel M dat effectief is bij de behandeling van een psychologische aandoening P noch dat de oorzaak van P een tekort aan M is, noch dat de oorzaak een of andere specifieke hersenaandoening is. Psychotrope medicatie is slechts een stimulans voor een holistische respons van het organisme en voor een wijziging van het systeem organisme-omgeving door middel van een circulaire causaliteit” (Fuchs, 2018, p. 270, eigen vertaling). Dit herhaalt het belang van het psychotherapeutische proces, dat een directe invloed heeft op de relatie van de patiënt met de wereld om zich heen.

Bovendien is het gebruik van methylfenidaat bij kinderen en adolescenten verre van onschuldig. Methylfenidaat heeft veel bijwerkingen op het organisme, waaronder mogelijke veranderingen in de lengte en het gewicht van kinderen tijdens de behandeling, hoofdpijn, slaapstoornissen, buikpijn, verminderde eetlust, angst en verdriet (Storebø, et al., 2023). Daarom wordt het voorschrijven aan kinderen jonger dan zes jaar sterk afgeraden en benadrukken de verschillende richtlijnen de noodzaak om de lichamelijke gezondheid van het kind of de adolescent te onderzoeken, met name op cardiovasculair vlak, voordat het geneesmiddel voor de eerste keer wordt voorgeschreven en voordat het voorschrift eventueel wordt verlengd. De bijwerkingen van methylfenidaat kunnen leiden tot polymedicatie: men tracht dan de bijwerkingen van het ene middel te bestrijden met een ander middel. Er worden bijvoorbeeld anxiolytica, melatonine en zelfs clonidine gebruikt in geval van slapeloosheid, zelfs als de verhouding tussen risico's en voordelen niet definitief is vastgesteld (zoals in het geval van melatonine<sup>6</sup>), of als het product *off-label* wordt gebruikt (zoals in het geval van clonidine, dat niet wordt aanbevolen voor gebruik door kinderen onder de 18 jaar<sup>7</sup>). Polyfarmacie kan ook het gevolg zijn van de comorbiditeit die vaak aanwezig is bij ADHD. In het geval van comorbiditeit met andere psychische stoornissen kan een gebruik van antipsychotica of antidepressiva door jongeren met ADHD worden vastgesteld (Girand, Litkowiec, & Sohn, 2020).

Zoals hierboven vermeld, wordt in de laatste *Cochrane Review* het wetenschappelijke niveau van de bestaande onderzoeken naar de gunstige effecten van methylfenidaat voor zowel kinderen als volwassenen ter discussie gesteld (Storebø, et al., 2023). Een bijzonder aandachtspunt is het extreem lage aantal longitudinale onderzoeken die de mogelijke gunstige effecten en bijwerkingen van langdurig gebruik van methylfenidaat (langer dan 12 weken) kunnen beoordelen. Dat is een van de redenen waarom de WHO onlangs voor de tweede keer het verzoek heeft afgewezen om methylfenidaat op te nemen op de lijst van essentiële geneesmiddelen, dit zijn geneesmiddelen die voorzien in de prioritaire gezondheidsbehoeften van de meerderheid van de bevolking en als zodanig te allen tijde beschikbaar moeten zijn in een goed functionerend gezondheidszorgsysteem (Pereira Ribeiro, Lunde, Gluud, Simonsen, & Storebø, 2023). Intussen besluit een nieuw onderzoek dat er geen ernstige bijwerkingen (met name op de groei van kinderen) zijn waargenomen bij twee jaar gebruik van methylfenidaat, hoewel het zich niet kan uitspreken over de mogelijke risico's voor jongeren na een periode van meer dan twee jaar (omdat de bestudeerde groep niet langer kon worden gevolgd) (Man, et al., 2023). Daarnaast weten we weinig over de ervaring met de medicatie uit eerste hand, dit is hoe kinderen hun medicamenteuze behandeling van ADHD ervaren.

Een ander discussiepunt betreft de evolutie van ADHD naarmate het kind ouder wordt. Tot voor kort werd gedacht dat de stoornis verdween naarmate het kind zich ontwikkelde (Jensen et al., 2007). Vandaag echter verdedigen sommige onderzoekers en artsen het idee dat ADHD ook bij volwassenen bestaat, terwijl anderen geloven dat dit meer het resultaat is van druk van farmaceutische bedrijven om de markt voor psychostimulerende middelen open

<sup>6</sup> <https://www.bcfi.be/nl/chapters/11?frag=7773>

<sup>7</sup> <https://www.bcfi.be/nl/chapters/2?frag=67>

te stellen voor volwassenen (Healy, 2016). Hoe dan ook blijft de effectiviteit van medicamenteuze behandelingen van ADHD bij volwassenen iets dat nog minder onderzocht is dan het gebruik bij kinderen en adolescenten. Dat was nog een reden waarom de WHO weigerde methylfenidaat op te nemen in de lijst van essentiële geneesmiddelen, omdat dit een lijst is van geneesmiddelen voor jongeren en volwassenen.

Tot slot lijkt de keuze voor een medicamenteuze behandeling van ADHD niet alleen af te hangen van medische indicatoren, maar ook van sociale indicatoren. Onderzoeken uitgevoerd in andere landen, waaronder Frankrijk, tonen aan dat mensen met een lagere socio-economische status vaker gebruikmaken van een medicamenteuze behandeling voor ADHD (Sevastidis, et al., 2023). Dit is niet verrassend, aangezien verschillen in het gebruik van mentale gezondheidszorg ook vastgesteld zijn in heel België, waarbij mensen die in armere buurten wonen, meer gebruik maken van zware zorg zoals psychiatrische hospitalisatie en antipsychotica. Deze verschillen in gebruik kunnen aan de ene kant worden verklaard door het feit dat mensen die het financieel minder goed hebben een slechtere gezondheid hebben, aangezien hun mentale gezondheid sterk afhankelijk is van de materiële omstandigheden waarin ze leven (Sholokhova, 2022). Aan de andere kant worden verschillen in gebruik veroorzaakt door het grotere uitstel van zorg onder armere mensen en het gebrek aan toegang tot preventieve mentale gezondheidszorg zoals ambulante psychologische zorg (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022). We stellen inderdaad vast dat psychologische zorg in België slecht toegankelijk is, vooral voor kwetsbare bevolkingsgroepen (Noirhomme, 2022).

## 1.2. Niet-medicamenteuze behandeling van ADHD in België

Volgens de beschrijving van het ADHD-zorgpad aanbevolen door de FOD Volksgezondheid, kan een medicamenteuze behandeling pas beginnen nadat een niet-medicamenteuze aanpak is onderzocht. De RIZIV-regels bepalen dat de aanvraag tot terugbetaling, ondertekend door de arts-specialist, moet bevestigen dat “de symptomen onvoldoende gecontroleerd zijn door aangepaste psychologische, educatieve en sociale maatregelen” en dat “de farmacologische behandeling deel is van een globaal behandelingsschema dat nog andere (psychologische, educatieve en sociale) maatregelen omvat”<sup>8</sup>. Er moet echter worden opgemerkt dat hierover geen bewijsmateriaal moet worden toegevoegd bij de aanvraag voor terugbetaling. Het is daarom onmogelijk om het werkelijke gebruik van dit type opvolging en/of de kwaliteit ervan te beoordelen.

Psycho-educatie is niet hetzelfde als een psychotherapeutische behandeling. Daarom kan ze niet alleen door psychologen worden aangeboden, maar ook door opvoeders. Van de verschillende soorten psychotherapie die beschikbaar zijn, benadrukt de HGR de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie. Systemische en psychoanalytische therapieën worden echter ook aanbevolen door zorgprofessionals (Ponnou, 2022). Bovendien blijkt uit een longitudinale studie dat, hoewel medicatie aanvankelijk radicale veranderingen in het gedrag van het kind veroorzaakt, drie jaar na het begin van de behandeling een psychologische ondersteuning niet minder effectief is dan een medicamenteuze behandeling, vooral omdat de effecten van de medicatie beginnen af te zwakken (Jensen, et al., 2007). Er moet echter worden opgemerkt dat psychologische zorg volgens de HGR geen essentiële aanpak is voor de behandeling van ADHD. Het argument van de Raad is gebaseerd op het feit dat “niet-medicamenteuze interventies momenteel onvoldoende beschikbaar en toegankelijk zijn”. Daarom herhaalt het de aanbevelingen die al werden gedaan in Advies 8846, gepubliceerd in 2013: “er zijn meer professionals nodig die een opleiding in ondersteuningsprogramma's hebben gevolgd, net als een betere terugbetaling van psychologen, meer oudertrainingsprogramma's, en betere opleiding voor leerkrachten in dit verband” (Hoge Gezondheidsraad, 2021, p. 3).

---

<sup>8</sup> [https://www.cbip.be/inami\\_pdfs/6960000\\_FormDem\\_A\\_NL.pdf](https://www.cbip.be/inami_pdfs/6960000_FormDem_A_NL.pdf).

## 2. Werkwijze

Onze analyse is gebaseerd op facturatiegegevens van de verplichte ziekteverzekering voor de farmaceutische specialiteit methylfenidaat die door CM zijn verzameld in het kader van haar wettelijke taken. We hebben een basisselectie uitgevoerd onder jongeren van 6 tot 17 jaar die in de loop van het jaar een terugbetaling hadden ontvangen voor ten minste één verpakking van 20 of 30 methylfenidaattabletten (ATC-code N06BA04, merknamen Rilatine<sup>®</sup> en Equasym<sup>®9</sup>), verstrekt door openbare apotheken. In de tekst zullen we naar hen verwijzen als jongen die 'methylfenidaat hebben gebruikt'.

Het betreft zowel kinderen die methylfenidaat vergoed krijgen op basis van een attest van een specialist inzake de diagnose ADHD, als kinderen die methylfenidaat vergoed krijgen als onderdeel van de behandeling van narcolepsie. Het percentage van deze laatsten is echter verwaarloosbaar. Van de jongen die een akkoord van de arts hebben om methylfenidaat vergoed te krijgen, heeft 0,1% een akkoord voor narcolepsie en 99,9% een akkoord voor ADHD.

In België is 36% van de kinderen tussen 6 en 17 jaar lid van de Christelijke Mutualiteit. Dit vertegenwoordigt een totaal van 573.466 kinderen, een zeer grote steekproef. De CM-gegevens die in deze studie worden gepresenteerd zijn robuust en betrouwbaar. Er zijn echter verschillen tussen kinderen die lid zijn van CM en die van de Belgische bevolking als geheel. Zo heeft 23% van de kinderen en adolescenten tussen 5 en 19 jaar het statuut van rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming (VT-statuut), terwijl dit voor slechts 17% van de CM-leden van dezelfde leeftijd het geval is (RIZIV, gegevens op 31/12/2022). Om te vermijden dat deze verschillen onze gegevens vertekenen, presenteren we de resultaten niet als een absoluut aantal gebruikers, maar als een percentage gebruikers onder de CM-leden met dezelfde leeftijd / hetzelfde statuut, wat het mogelijk maakt om deze gegevens te extrapoleren naar de gehele Belgische bevolking met dezelfde kenmerken (leeftijd, statuut, enz.).

Onze eerste onderzoeksvraag betreft de *kwaliteit van de medicamenteuze behandeling van ADHD* in België vandaag en hoe die is geëvolueerd in de afgelopen jaren. Hierbij kijken we naar de volgende elementen:

- **het gebruik** in termen van het percentage CM-leden dat methylfenidaat gebruikte in de jaren 2013 tot 2022;
- **de gemiddelde en mediane duur van de behandeling** voor kinderen die tussen 2006 en 2010 met hun behandeling zijn begonnen (dit betekent dat gegevens voor de volledige vergoedingsperiode beschikbaar zijn, aangezien een kind dat in 2010 op 6-jarige leeftijd met de behandeling is begonnen, in 2021 17 jaar oud is);
- **de opvolging door de zorgverleners**, in termen van het percentage CM-leden dat in 2022 methylfenidaat gebruikte en dat in datzelfde jaar minstens één contact had met een psychiater, een psycholoog (vergoed door de VGVU in het kader van de nieuwe overeenkomst 'psychologische zorg' of door de aanvullende verzekering van CM), een professional in de geestelijke gezondheidszorg die in een revalidatiecentrum werkt, een huisarts, een kinderarts of een neuroloog;
- **het aantal gevallen van polyfarmacie**, in termen van het percentage CM-leden dat in hetzelfde jaar methylfenidaat en andere soorten medicatie gebruikte. Voor andere geneesmiddelen kijken we naar patiënten die in 2022 een vergoeding kregen voor ten minste 30 dagdoseringen antipsychotica (ATC-code N05A), antidepressiva (ATC-code N06A), of clonidine ( $\alpha$ -2 agonist, ATC-code C02AC01) afgeleverd door openbare apotheken.

Onze tweede onderzoeksvraag betreft *het profiel van kinderen die risico lopen op een medicamenteuze behandeling voor ADHD*. Om deze vraag te beantwoorden, analyseren we de invloed van de volgende factoren op het gebruik van methylfenidaat in 2022:

---

<sup>9</sup> De enige merken die door de verplichte ziekteverzekering worden terugbetaald voor de behandeling van ADHD in België.



- **de leeftijd van de kinderen en hun geboortemaand;**
- **de financiële situatie van de jongeren**, met behulp van de proxy 'statuut van rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming' (VT-statuut). Dit is een transversale indicator voor ons onderzoek en we evalueren de invloed ervan op de verschillende elementen van onze analyse;
- **de geografische situatie**, in termen van percentage CM-leden in behandeling in Vlaanderen, Wallonië en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en op provinciaal niveau in 2022. We kijken ook naar de correlaties met het VT-statuut en de opvolging door professionals in de geestelijke gezondheidszorg.

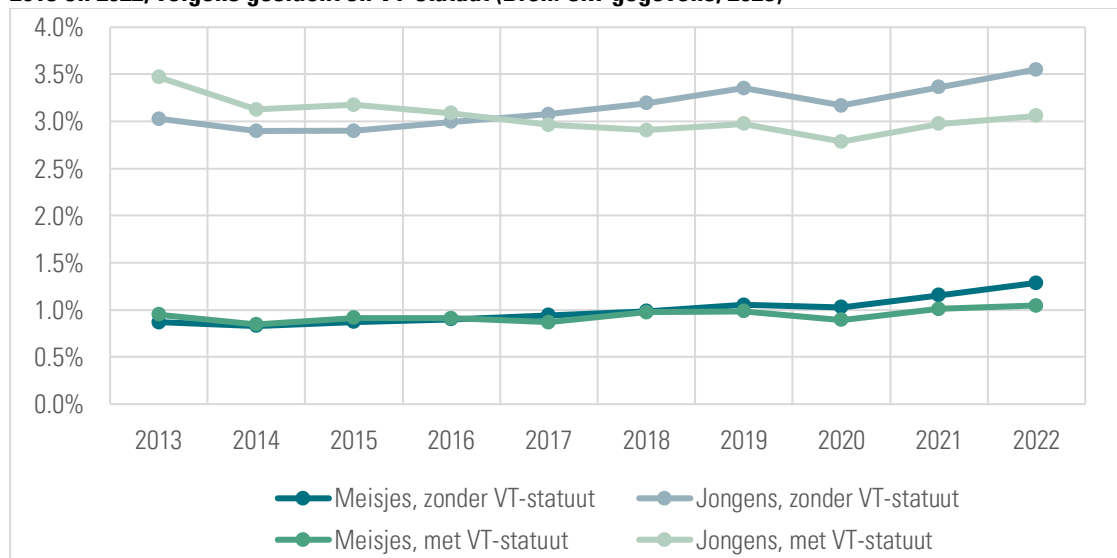
### 3. Resultaten

#### 3.1. Gebruik en gebruiksduur van methylfenidaat

In 2022 gebruikte **bijna 2,4% van de kinderen en adolescenten** methylfenidaat, waarvan drie keer zoveel jongens (3,5%) als meisjes (1,2%). Dat is 20% meer dan in 2013. De toename van het gebruik onder jongeren betreft meer meisjes (+42%) dan jongens (+13%).

Met betrekking tot de invloed van de financiële situatie tonen de CM-gegevens voor het jaar 2022 **zeer weinig verschil in de medicamenteuze behandeling van ADHD tussen kinderen met en zonder het VT-statuut** (zie Figuur 1). Ook tussen 2013 en 2022 zien we weinig verandering in deze situatie. Er was echter een omkering in de trend voor jongens in 2017: terwijl er voor die tijd iets meer methylfenidaatgebruikers waren onder de VT-kinderen, waren er na 2017 iets meer gebruikers onder de niet-VT-kinderen. De in 2022 waargenomen verschillen zijn statistisch significant.

**Figuur 1: Verandering in het percentage CM-leden van 6 tot 17 jaar dat methylfenidaat gebruikte per jaar tussen 2013 en 2022, volgens geslacht en VT-statuut (Bron: CM-gegevens, 2023)**



**Een analyse van de gebruiksduur** laat zien dat methylfenidaat zeer langdurig wordt gebruikt. Bij kinderen die op 6-jarige leeftijd met de behandeling beginnen, is de gemiddelde gebruiksduur 7 jaar (en de mediaan 8 jaar). Voor 25% van hen duurt de behandeling 11 jaar, wat betekent dat ze tot hun 17<sup>e</sup> methylfenidaat blijven gebruiken. Dit is de maximale terugbetalingsperiode, die stopt als het kind 18 jaar wordt. Het is daarom mogelijk dat sommige van deze personen de behandeling nog langer zullen voortzetten, ook al wordt deze niet vergoed. Bij 25% van de kinderen die op 6-jarige leeftijd met de behandeling beginnen, duurt de behandeling minder dan 3 jaar. Bovendien

wordt 25% van de kinderen die tussen 7 en 9 jaar oud beginnen met de behandeling, korter dan 2 jaar behandeld. Daarentegen heeft slechts 15% van de kinderen in deze leeftijdscategorieën een behandeling die minder dan een jaar duurt. Met betrekking tot het VT-statuut was er geen statistisch significant verschil tussen de behandelduur voor VT- en niet-VT-kinderen.

### 3.2. Follow-up door een zorgverlener

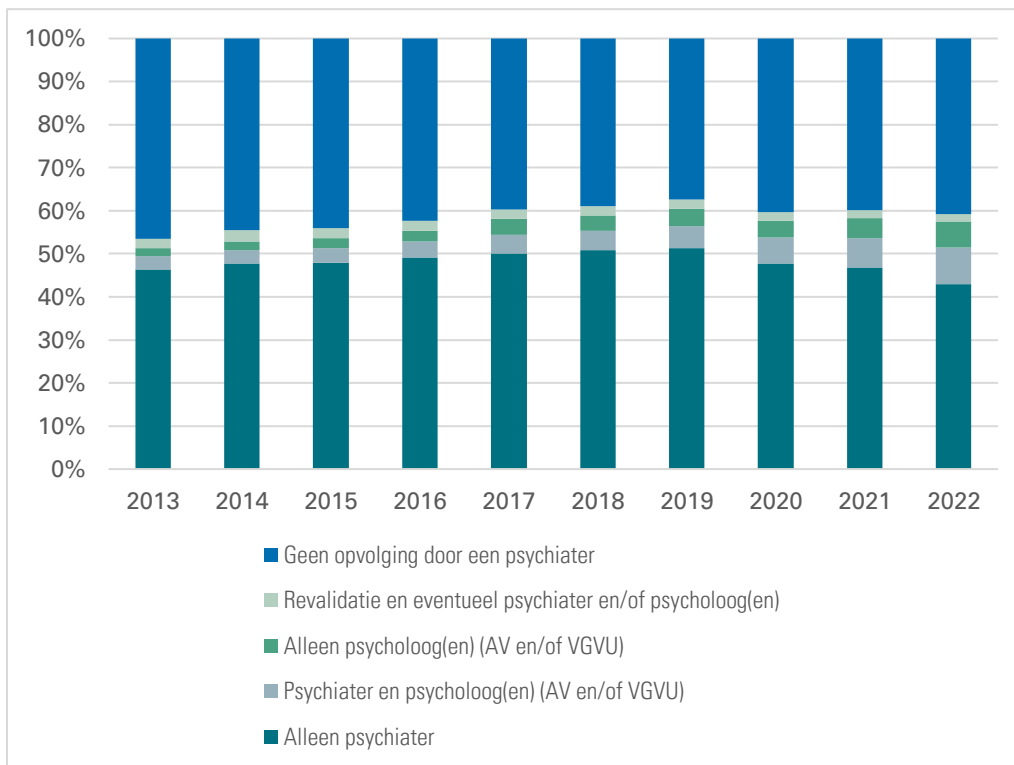
We beginnen met het bekijken van de opvolging door **professionals in de geestelijke gezondheidszorg** van kinderen die methylfenidaat gebruiken: psychiaters, (neuro)psychologen en gezondheidsprofessionals werkzaam in revalidatiecentra (behalve psychiaters en neuropsychologen kan het ook gaan om logopedisten, ergotherapeuten, kinesitherapeuten, psychomotorisch therapeuten, enz.). Figuur 2 laat zien hoe dit type opvolging tussen 2013 en 2022 evolueert. Er zijn vijf hoofdgroepen kinderen:

- 1) jongeren *zonder opvolging* door een professional in de geestelijke gezondheidszorg;
- 2) jongeren met opvolging in *revalidatiecentra* en die mogelijk consulten hebben gehad met psychiaters en/of psychologen buiten de revalidatiecentra;
- 3) jongeren die *alleen psychologische opvolging krijgen* (van (neuro)psychologen van wie de consulten worden betaald door ofwel de aanvullende verzekering (AV) van CM ofwel door de VGVU onder de nieuwe conventie 'psychologische zorg');
- 4) jongeren met opvolging door *psychiaters en (neuro)psychologen*;
- 5) jongeren *met uitsluitend opvolging door psychiaters*.

Er zijn vier vaststellingen over deze evolutie.

- Ten eerste was er nog steeds **een groot aantal jongeren dat ADHD-medicatie gebruikte zonder enige opvolging door professionals in de geestelijke gezondheidszorg gedurende het jaar**. Wel is het percentage gedaald, van 46% in 2013 tot 41% in 2022.
- Ten tweede, **wanneer kinderen en adolescenten opvolging krijgen van professionals in de geestelijke gezondheidszorg, dan is dat meestal door psychiaters**. In 2022 had 43% van de jongeren enkel een psychiater bezocht (vergeleken met 46% in 2013). We merken ook op dat dit type opvolging onafhankelijk is van factoren zoals geslacht of VT-statuut. Het hangt daarentegen wel af van de leeftijd. Hoe ouder het kind, hoe waarschijnlijker het is dat het een gesprek met een psychiater heeft gehad. Zo had in 2022 45% van de kinderen van 6 tot 7 jaar een psychiater bezocht, vergeleken met 55% van de tieners van 16 tot 17 jaar.
- Ten derde wordt er **steeds meer gebruikgemaakt van psychologische zorg**. Terwijl in 2013 4,9% van de kinderen psychologische zorg ontving (groepen 3 en 4 samen), steeg dit cijfer in 2022 tot 14,5%. Deze verandering is vooral te danken aan de evolutie van psychologische prestaties die gedekt zijn in de AV van CM voor kinderen van 6 tot 8 jaar, van 5% van de gebruikers in 2013 naar 12% in 2022.
- Tot slot **is het aantal jongeren met opvolging in revalidatiecentra erg laag en relatief stabiel** in de periode 2013-2022. Er zijn echter significante verschillen tussen leeftijdsgroepen. In 2022 zien we de volgende cijfers voor de opvolging in revalidatiecentra: 6% van de kinderen van 6 tot 8 jaar (8% in 2013), 3% van de kinderen van 9 tot 11 jaar (4% in 2013), 1% van de kinderen van 12 tot 14 jaar (idem voor 2013), en bijna geen van de tieners van 15 tot 17 jaar.

**Figuur 2: Verandering in het percentage CM-leden van 6 tot 17 jaar dat methylfenidaat gebruikte en ten minste één afspraak had met een psychiater, tussen 2013 en 2022 (Bron: CM-gegevens, 2023)**



Vervolgens analyseerden we de bezoeken aan andere artsen die de medicamenteuze behandeling van ADHD konden volgen, zoals **kinderartsen, huisartsen en neurologen**. We zien dat, terwijl in 2022 slechts de helft van de kinderen (52%) die methylfenidaat gebruikten (een) psychiater(s) bezocht (met of zonder andere professionals in de mentale gezondheidszorg), 95% minstens één bezoek bracht aan hun huisarts in hetzelfde jaar. Van deze 95% zag 14% van de kinderen geen andere arts, 41% had ten minste één bezoek aan de huisarts en ten minste één bezoek aan de psychiater, 19% aan de huisarts en de kinderarts, 11% aan de huisarts, de kinderarts en de psychiater, 3% aan de huisarts, de kinderarts en de neuroloog, 1% aan de huisarts, de neuroloog en de psychiater, en minder dan 1% had alle vier de types artsen bezocht.

### 3.3. Polyfarmacie

Wat betreft het gelijktijdig gebruik van verschillende psychofarmaca in hetzelfde jaar van behandeling, was er de afgelopen tien jaar een aanzienlijke toename van het aantal jongeren, ongeacht de leeftijd, dat zowel methylfenidaat als **antipsychotica** gebruikte (zie Figuur 3). Terwijl in 2013 4% van de kinderen die methylfenidaat gebruikten ook antipsychotica gebruikte, steeg dit cijfer in 2022 tot 8%. Er zijn verschillen naargelang van de leeftijd van de kinderen. Van de kinderen van 6 tot 7 jaar die in 2022 methylfenidaat gebruikten, gebruikte 7% in hetzelfde jaar een antipsychoticum, tegenover slechts 3% in 2013. Voor kinderen van 9 tot 11 jaar steeg dit cijfer van 3% in 2013 naar 8% in 2022, voor kinderen van 12 tot 14 jaar van 4% naar 9%, en voor oudere kinderen van 15 tot 17 jaar van 5% naar 8%.

Er zijn ook gevallen bekend waarbij behandeling met methylfenidaat gecombineerd werd met **antidepressiva**. Over het algemeen gaat het om kleinere aantallen dan die voor antipsychotica. In 2022 gebruikte 3% van de kinderen tussen 6 en 17 jaar die methylfenidaat gebruikten ook antidepressiva. De meest significante verandering in het

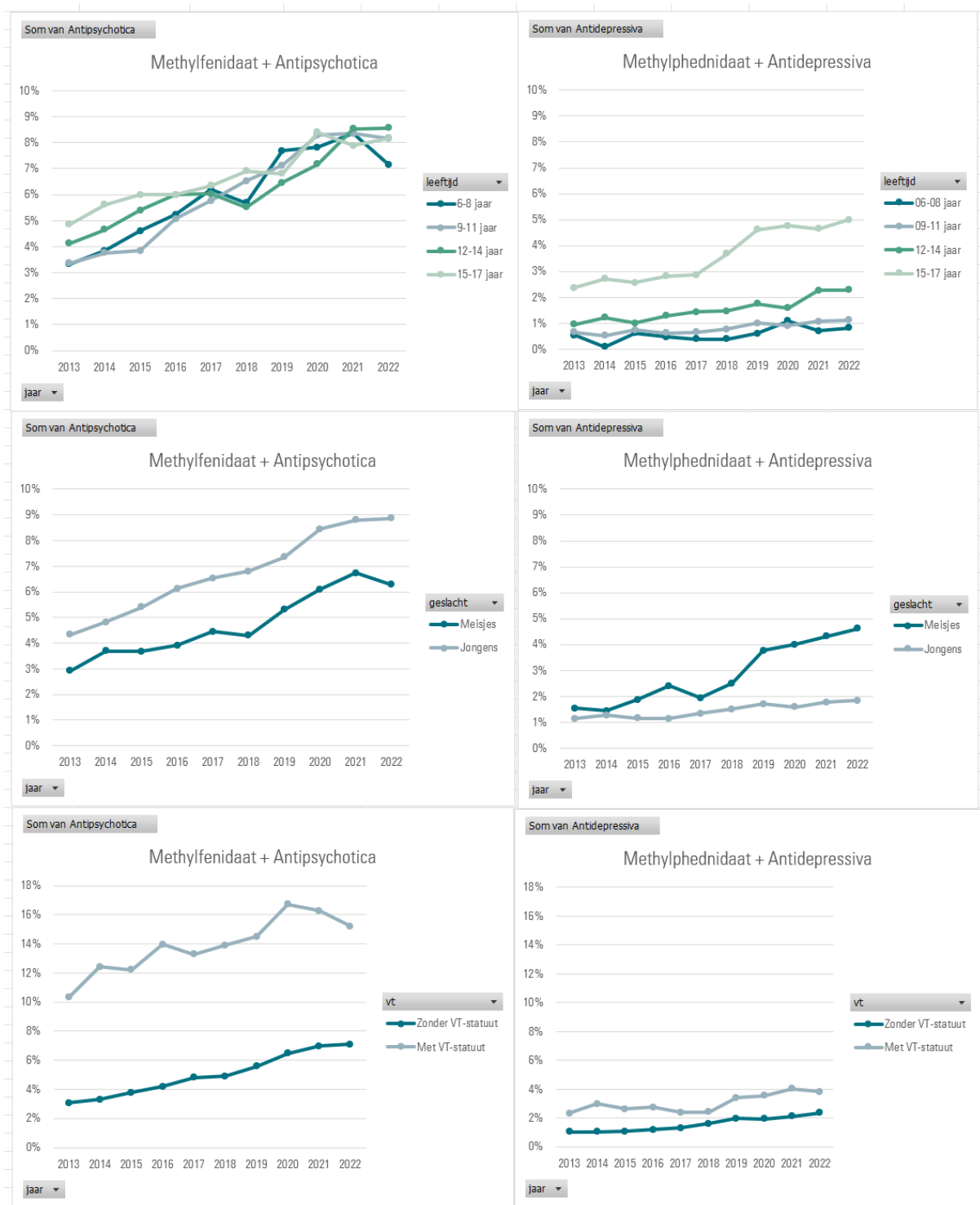
gebruik van beide soorten geneesmiddelen in hetzelfde jaar stelden we vast voor de jongeren van 15 tot 17 jaar: van 2% in 2013 naar 5% in 2022.

Er zijn ook verschillen naargelang het **geslacht** van het kind (zie Figuur 3). In 2022 gebruikte 6% van de meisjes die methylfenidaat gebruikten in hetzelfde jaar antipsychotica, tegenover 9% van de jongens. Een omgekeerde trend kan worden waargenomen voor antidepressiva: 2% van de jongens die methylfenidaat gebruikten, gebruikte in hetzelfde jaar antidepressiva, vergeleken met 4% van de meisjes.

Gedurende de onderzochte periode was het optreden van polyfarmacie sterk afhankelijk van het **VT-statuut** van het kind (zie Figuur 3). In 2022 had 15% van de kinderen met VT-statuut die methylfenidaat hadden gebruikt ook een antipsychoticum gebruikt, vergeleken met 7% van de kinderen zonder VT-statuut. Tegelijkertijd had in 2022 4% van de kinderen met VT-statuut die methylfenidaat hadden gebruikt ook een antidepressivum gebruikt, vergeleken met 2% van de kinderen zonder VT-statuut.

Wat betreft het gebruik van methylfenidaat en **clonidine** in hetzelfde jaar, zien we zeer lage waarden. In 2022 ging het om 0,2% van de kinderen CM-leden die methylfenidaat gebruikten. Dit is echter twee keer zoveel als in 2013 (0,1%).

**Figuur 3: Verandering in het percentage gebruikers van antipsychotica en antidepressiva onder CM-leden van 6 tot 17 jaar die methylfenidaat gebruiken tussen 2013 en 2022, volgens leeftijdsgroep, geslacht en VT-statuut (Bron: CM-gegevens, 2023)**

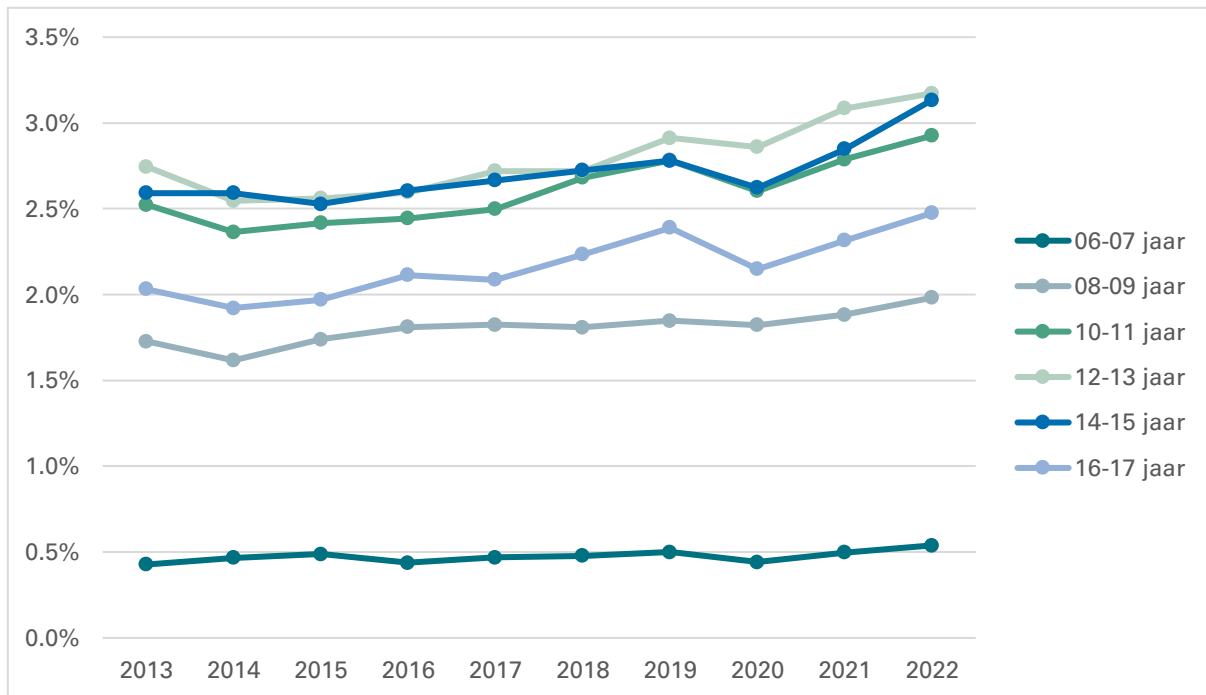


### 3.4. De invloed van de leeftijd van het kind en de geboortemaand op het gebruik van methylfenidaat

Het gebruik van methylfenidaat is sterk afhankelijk van **de leeftijd van jongeren** (zie Figuur 4). Al een aantal jaren zien we dat kinderen tussen de 12 en 15 jaar de grootste kans hebben op een medicamenteuze behandeling van ADHD. In 2022 wordt 3,2% van de kinderen van 12 tot 13 jaar en 3,1% van de kinderen van 14 tot 15 jaar op deze wijze behandeld. De leeftijdsgroep van 10 tot 11 jaar is de op twee na grootste als het gaat om het percentage kinderen dat op deze wijze wordt behandeld (2,9% in 2022). Bij kinderen van 8 tot 9 jaar is dat 2%. De jongste

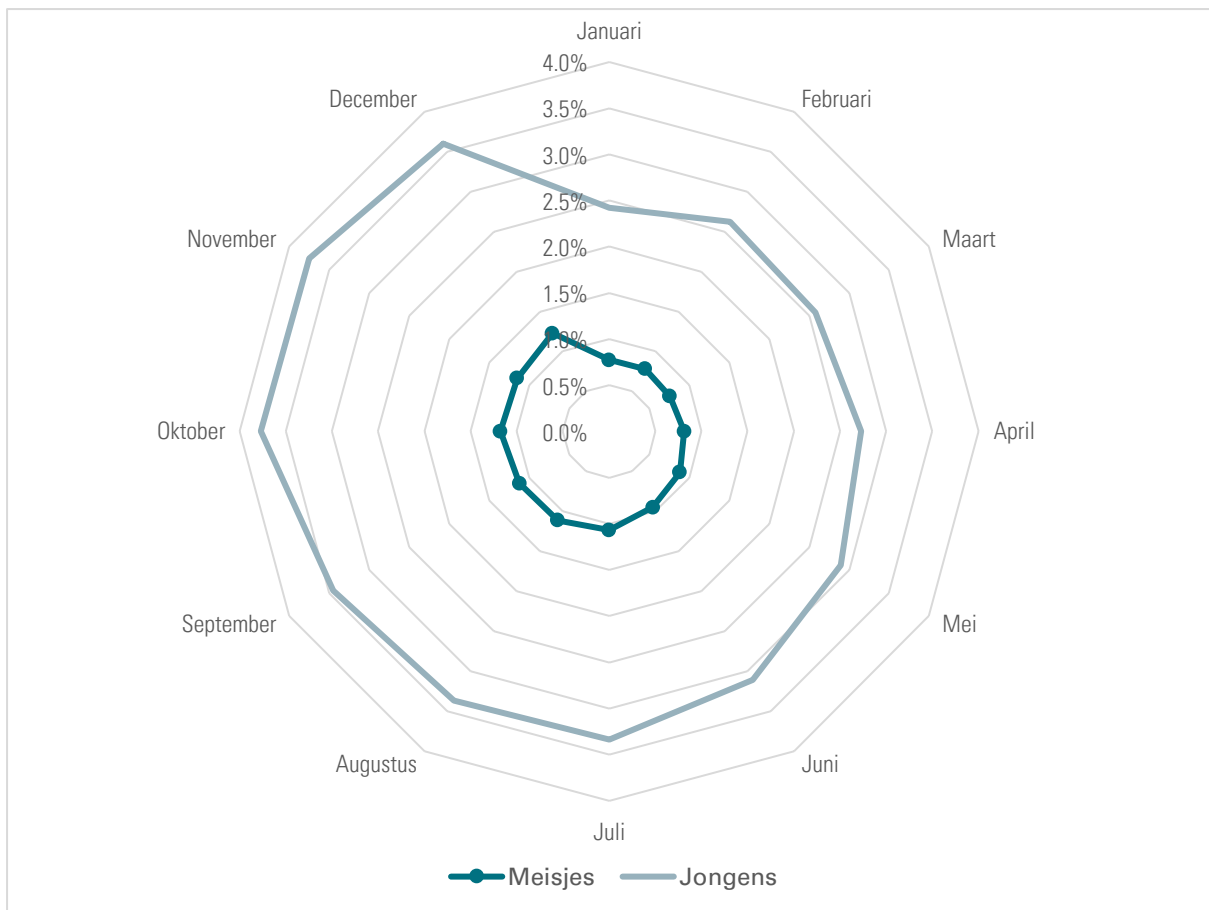
kinderen, tussen 6 en 7 jaar, gebruiken het minst vaak methylfenidaat. In 2022 gebruikt 0,5% van de bij CM aangesloten kinderen van 6 tot 7 jaar medicatie voor ADHD. De leeftijdsgroepen van 6 tot 7 en van 8 tot 9 jaar zijn de enige twee groepen waarvoor de prevalentie van het gebruik de afgelopen jaren niet is veranderd. Voor alle andere leeftijdsgroepen is er een stijging sinds 2013.

**Figuur 4: Verandering in het percentage CM-leden van 6 tot 17 jaar dat methylfenidaat gebruikte tussen 2013 en 2022, volgens leeftijdsgroep (Bron: CM-gegevens, 2023)**



Er is ook de invloed van **de relatieve leeftijd van het kind** op het voorschrijven van methylfenidaat. Onze analyse van het aantal verstrekkingen van methylfenidaat volgens de geboortemaand van het kind of de jongere bevestigt de resultaten van de eerdere CM-studie (Lebbe, Ntahonganyira, & Vandenberg, 2017). In 2022 gebruikten kinderen die in het laatste trimester zijn geboren nog steeds vaker methylfenidaat (2,8%) dan kinderen die in het eerste trimester zijn geboren (1,9%) (zie Figuur 5). De verschillen zijn echter alleen statistisch significant voor **jongens, en meer specifiek wanneer ze geen VT-statuut hebben**. In alle andere gevallen (VT-jongens en VT- en niet-VT-meisjes) zijn de verschillen niet statistisch significant.

**Figuur 5: Percentage CM-leden van 6 tot 17 jaar dat methylfenidaat gebruikte tussen 2013 en 2022, volgens geboortemaand (Bron: CM-gegevens, 2023)**

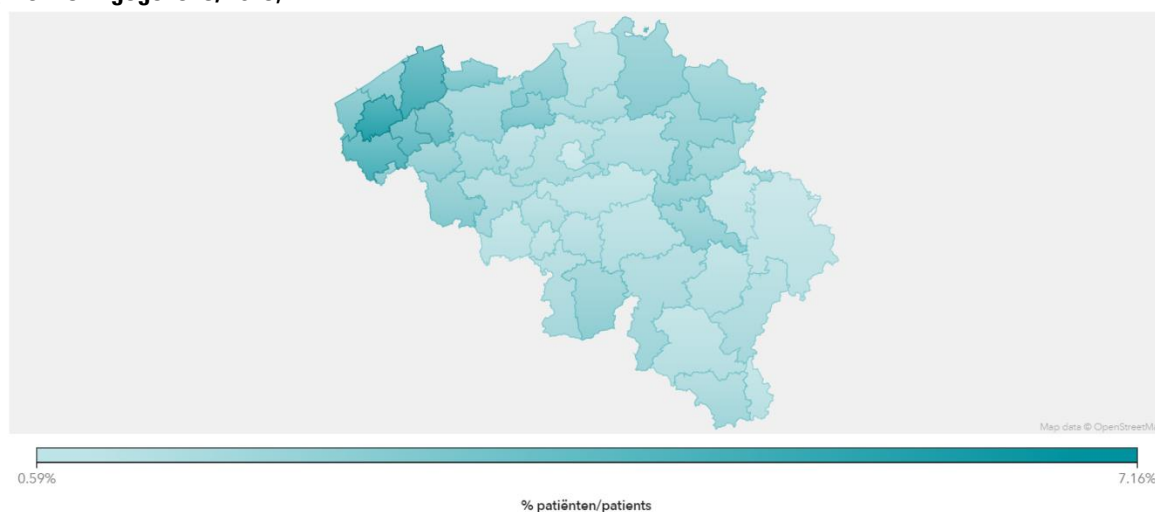


### 3.5. Geografische verschillen

Er bestaan aanzienlijke geografische verschillen in de verstrekking van methylfenidaat in België. **Vlaanderen heeft relatief het hoogste aantal kinderen dat medicatie voor ADHD krijgt, met 2,9% van de kinderen die er gebruik van maken**, tegenover 1,1% in Wallonië en 0,6% in Brussel (figuur 6 toont de percentages per arrondissement). En terwijl in Brussel het percentage methylfenidaatgebruikers stabiel is, is er in Wallonië en Vlaanderen een stijging van 20% tussen 2013 en 2022.

Het gebruik van methylfenidaat is het hoogst in West-Vlaanderen en Limburg, waar gemiddeld 3,5% van de kinderen het middel gebruikt. Bovendien zijn er aanzienlijke verschillen tussen de verschillende gemeenten in deze twee provincies met verstrekkingpercentages die variëren van 2% tot 5%. Wat de andere gewesten betreft, varieert het percentage kinderen in Wallonië per provincie tussen 1% en 1,5%, met het hoogste percentage in Namen. In Brussel ligt het laagste percentage in Ganshoren met 0,3% en het hoogste in Watermaal-Bosvoorde met 1,6%.

**Figuur 6: Percentage CM-leden van 6 tot 17 jaar dat methylfenidaat gebruikte in 2022, volgens arrondissement (Bron: CM-gegevens, 2023)**



Wat de **opvolging door professionals uit de geestelijke gezondheidszorg** betreft, is in 2022 55% van de kinderen die methylfenidaat gebruiken in Vlaanderen naar een psychiater geweest, tegenover 23% van de kinderen in Wallonië en 39% in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (groepen 2, 4 en 5 uit deel 3.2. samen genomen). In Wallonië had 58% van de kinderen die methylfenidaat gebruikten in 2022 helemaal geen afspraak met een professional uit de geestelijke gezondheidszorg, tegenover 52% van de kinderen in Brussel die methylfenidaat gebruikten en 39% in Vlaanderen.

### 3.6. De beperkingen van de studie

De beperkingen van onze studie vloeien voort uit de aard van de gegevens die we hebben geanalyseerd. We hebben te maken met administratieve gegevens over vergoedingen van farmaceutische specialiteiten door de verplichte ziekteverzekering (VGVU), die routinematig worden verzameld door CM. In het geval van methylfenidaat is vergoeding alleen beschikbaar voor de merken Rilatine® en Equasym®, en aan deze vergoeding zijn voorwaarden verbonden. Rilatine® en Equasym® worden door de VGVU alleen vergoed indien verstrekt aan kinderen tussen 6 en 17 jaar bij wie ADHD is vastgesteld. Het is dus mogelijk dat sommige kinderen methylfenidaat gebruiken (al dan niet voor ADHD) en dat we deze gegevens niet hebben. Onze analyse van de vergoedingsgegevens onderschat daarom het werkelijke gebruik van methylfenidaat door zowel jongeren als door de algemene bevolking.

De belangrijkste beperking van onze studie is daarom de onbeschikbaarheid van een reeks gegevens, zoals deze over verstrekkingen aan kinderen jonger dan 6 jaar en aan personen ouder dan 17 jaar<sup>10</sup>. Daarnaast hebben we geen gegevens over andere geneesmiddelen die niet worden vergoed door de VGVU en die methylfenidaat bevatten en andere psychotrope geneesmiddelen zoals anxiolytica, die niet worden vergoed maar waarvan de registratie noodzakelijk zou zijn om het aantal gevallen van polyfarmacie te kunnen analyseren.

Vervolgens hebben de gegevens waartoe we toegang hebben, betrekking op de verstrekking van geneesmiddelen en niet op de precieze diagnose van het kind. Zelfs als het door de arts-specialist ondertekende en bij de aanvraag voor terugbetaling van een farmaceutische verstrekking gevoegde document getuigt van de aanwezigheid van de diagnose ADHD, weten we niet of het 'zuivere' ADHD is, dan wel of er sprake is van comorbiditeit met een andere stoornis (angst, depressie of autisme, bijvoorbeeld, en die polymedicatie rechtvaardigt), noch of het ADHD is met overwegend hyperactiviteit of gebrek aan aandacht.

<sup>10</sup> Er zijn ook andere beperkingen, bijvoorbeeld op het gebied van dosering. Zie de website van het RIZIV.



Een andere beperking betreft de door de gezondheidszorgprofessionals geleverde prestaties. Psychologische zorg wordt pas sinds 2019 vergoed door de VGVU en is nog niet algemeen bekend (Noirhomme, 2023). Hoewel CM via haar aanvullende verzekering een tussenkomst biedt in de kosten van psychologische zorg die niet wordt vergoed door de VGVU, moeten er stappen worden genomen om deze te verkrijgen en is het mogelijk dat patiënten niet gebruikmaken van hun rechten. Het is dus mogelijk dat sommige CM-leden geheel op eigen kosten gebruikmaken van psychologische zorg en dat we niet op de hoogte zijn van hun behandeling.

Bovendien is onze analyse van niet-medicamenteuze behandeling beperkt tot informatie over de registratie van medische en paramedische consulten, maar hebben we geen gegevens over de psycho-educatie die aan kinderen, ouders en/of leerkrachten wordt aangeboden.

We zijn ook beperkt in onze analyse van de sociaaldemografische indicatoren, in het bijzonder door de proxy die gewoonlijk wordt gebruikt om de economische situatie van mensen te beoordelen, namelijk het VT-statuut. De belangrijkste zwakte van deze indicator is zijn duale aard. Als het inkomen van een persoon net boven de drempel ligt die toegang geeft tot het VT-statuut, wordt die persoon niet beschouwd als iemand die in een armoedesituatie verkeert, hoewel het inkomen laag is.

## 4. Bespreking van de resultaten

### 4.1. De kwaliteit van de medicamenteuze behandeling

Het gebruik van methylfenidaat voor de behandeling van ADHD bij jongeren tussen 6 en 17 jaar neemt steeds meer toe in België. **In bijna 10 jaar tijd is het percentage kinderen en adolescenten dat methylfenidaat gebruikt met 20% gestegen en oplopend tot 2,4% in 2022** (zie 3.1.), onder hen steeds meer meisjes (1,3% in vergelijking met 0,9% in 2013), hoewel het percentage jongens nog altijd hoger is (3,5% in vergelijking met 3,1% in 2013). Over het algemeen is het verstrekingspercentage in lijn met de Europese gemiddelden, hoewel het moeilijk is om de Belgische gegevens te vergelijken met die van andere landen omdat de gebruikte methoden voor gegevensverzameling sterk verschillen. Wereldwijd varieert de prevalentie van ADHD tussen 2% en 7% (Sayal, Prasad, Daley, Ford, & Coghill, 2018).

De behandelduur is veeleer zorgwekkend te noemen. Voor bijna alle betrokken jongeren, ongeacht hun leeftijd, is de gemiddelde behandelduur erg lang (zie 3.1.). De gemiddelde behandelduur voor 6-jarigen is 7 jaar. **1 op de 4 kinderen die op 6-jarige leeftijd met de behandeling beginnen, wordt behandeld tot diens 17 jaar** (vrijwel de gehele periode die vergoed wordt door de VGVU). Dit is problematisch, omdat er heel weinig klinisch onderzoek is gedaan naar het gebruik van methylfenidaat gedurende een periode van meer dan 12 weken. Bovendien toont recent onderzoek naar de effectiviteit van behandeling na 2 jaar aan dat, zelfs als de behandeling op de lange termijn een positief effect heeft op de symptomen, het stoppen met de medicatie bij de meeste patiënten niet gepaard gaat met een verslechtering van de situatie en een verergering van de symptomen (Matthijssen, et al., 2019). Er zijn echter aanwijzingen voor frequente bijwerkingen die de levenskwaliteit van kinderen aanzienlijk verminderen (slaapstoornissen en verlies van eetlust behoren tot de meest voorkomende).

De extreem lange duur van de behandeling is echter niet verrassend, aangezien er **in België geen regels en geen specifieke aanbeveling zijn voor de duur van de behandeling van jongeren met psychostimulerende middelen**. Het officiële opvolgingstraject voor ADHD beschrijft de medicamenteuze behandeling van de stoornis niet in detail. We weten hoe het gebruik van methylfenidaat begint: wanneer de (neuro)psycholoog die het kind onderzoekt (en eventueel volgt) vindt dat een medicamenteuze behandeling nodig is, verwijst die het kind door naar een specialist

(meestal een psychiater) die op zijn of haar beurt de diagnose kan bevestigen en kan beslissen of een psychostimulerend middel moet worden voorgeschreven. Er wordt weinig gezegd over wat er daarna gebeurt, in het bijzonder over de herziening van de diagnose en de ingestelde behandeling na verloop van tijd. De wetenschappelijke literatuur en de verschillende richtlijnen benadrukken echter de noodzaak van zorgvuldige en regelmatige opvolging bij een medicamenteuze behandeling van ADHD, vanwege de bijwerkingen van methylfenidaat (National Institut for Health and Care Excellence, 2018).

Om methylfenidaat vergoed te krijgen door de VGVI moet weliswaar een **document** worden voorgelegd **dat is ondertekend door een arts-specialist**. Dit document is de eerste 6 maanden geldig, daarna kan het met een jaar worden verlengd. Maar het maximaal aantal mogelijke verlengingen is niet bepaald. En, hoewel de arts verklaart de noodzaak tot verlenging van de behandeling te hebben beoordeeld, geeft het attestatieformulier niet de specifieke criteria voor deze beoordeling aan.

We kunnen ons afvragen of de noodzaak om dit document van een specialist te krijgen, garandeert dat die specialist voor opvolging zal zorgen. Opvolging verwijst naar regelmatige bezoeken aan de specialist die toelaten de ernst van de bijwerkingen en de veranderingen in de psychologische en fysieke toestand van de gebruiker te onderzoeken. Uit gegevens over bezoeken aan de psychiater blijkt dat **slechts de helft van de kinderen die behandeld werden met methylfenidaat in 2022 minstens één keer een psychiater zag** (zie 3.2.). Het is dus mogelijk dat de helft van de kinderen het attest van de psychiater kreeg zonder een consult te hebben gehad. Toch is deze situatie niet verrassend. Het psychiatrisch aanbod in België is al vele jaren verzadigd (Noirhomme, 2023).

Het is geruststellend om te zien dat 95% van de kinderen die methylfenidaat gebruiken in 2022, ten minste één keer naar de **huisarts** ging. We kunnen echter niets zeggen over de inhoud van deze consulten en of er ook een opvolging van de ADHD was. Daarnaast gaat het om psychoactieve stoffen die worden voorgeschreven aan kinderen, van wie de hersenen nog in ontwikkeling zijn. Hoewel deze stoffen al heel lang op de markt zijn, blijven ze relatief weinig bestudeerd en onderwerp van veel discussie. Voor een goede opvolging lijkt het dus essentieel dat huisartsen hierin worden opgeleid.

In deze context baren ook **de gevallen van polyfarmacie** ons zorgen, vooral omdat er de afgelopen jaren een duidelijke stijgende trend is in het gelijktijdig gebruik van meerdere psychotrope middelen (zie 3.3.). Van de kinderen die methylfenidaat gebruiken, krijgt in 2022 8% ook antipsychotica en 3% antidepressiva. Terwijl gecombineerd gebruik met antidepressiva bijna uitsluitend is vastgesteld bij adolescenten van 15 tot 17 jaar, waar het gaat om 1 op de 20 kinderen die methylfenidaat gebruiken, **gebruikt 1 op de 13 kinderen die worden behandeld voor ADHD, ongeacht hun leeftijd, ook antipsychotica**. Uit de CM-gegevens kunnen we niet concluderen of dit gevallen van comorbiditeit zijn en of de twee geneesmiddelen op precies hetzelfde moment werden gebruikt of enkel in hetzelfde jaar. Volgens de *NICE*-richtlijnen mag deze combinatie echter niet worden voorgeschreven zonder advies van een in ADHD gespecialiseerde tertiaire dienst. En in geval van een psychotische episode, moet de ADHD-behandeling worden opgeschort (National Institut for Health and Care Excellence, 2018).

We analyseerden onder kinderen die methylfenidaat gebruiken ook het gebruik van clonidine, een geneesmiddel dat gewoonlijk wordt voorgeschreven voor hoge bloeddruk en dat volgens onderzoeken in andere landen soms wordt gebruikt om de bijwerkingen van methylfenidaat, zoals slaperigheid, te behandelen (Girand, Litkowiec, & Sohn, 2020). Ook al is het percentage betrokken kinderen, lid van CM, erg laag, het feit dat het op tien jaar tijd is verdubbeld, is uiterst zorgwekkend. Dit is een geneesmiddel dat niet gebruikt mag worden bij mensen onder de 18 jaar. Het gebruik ervan bij jongeren is daarom volledig *off-label*.

Maar hoe zit het met de **psychologische opvolging voor kinderen die medicatie gebruiken voor ADHD**? In 2022 ontving slechts 15% van de kinderen psychologische zorg. De behoefte aan psychologische opvolging is echter duidelijk als we kijken naar de aanzienlijke toename van het aantal jongeren dat de afgelopen jaren een beroep

heeft gedaan op vergoedingen van de aanvullende verzekering (AV) van CM voor dit soort consulten. De toename van het aantal AV-terugbetalingen doet ook vermoeden dat de kostprijs de belangrijkste barrière is om toegang te krijgen tot psychologische zorg. In het advies *'Good clinical practice* in de herkenning, diagnose en behandeling – ADHD', dat de HGR in 2013 publiceerde, werd al benadrukt dat "eerst de Belgische geestelijke gezondheidszorg moeten worden aangepast, de ontwikkeling van de psychosociale aanpak mogelijk worden gemaakt en de toegankelijkheid ervan verbeterd worden" (Hoge Gezondheidsraad, 2013, p. 3). Naar onze mening beantwoordt de invoering van de nieuwe conventie 'psychologische zorg' aan deze aanbeveling en kan ze bijdragen aan de psychologische zorg voor kinderen met ADHD. De exponentiële toename van het gebruik van dit type behandeling voor ADHD bevestigt dit (zie 3.2).

Uit onze analyse blijkt vooreerst dat de **medicamenteuze behandeling voor ADHD in België niet optimaal is en niet altijd evidence based**. Het gebruik van medicatie voor ADHD, vooral polyfarmacie, neemt toe, de behandelduren zijn extreem lang, terwijl het gebrek aan opvolging door professionals in de geestelijke gezondheidszorg voor bijna de helft van de gediagnosticeerde kinderen ontbreekt. Ten tweede is er **nog steeds onvoldoende toegang tot psychologische zorg**. Een onderzoek toont aan dat drie jaar na het begin van de ADHD-behandeling psychologische begeleiding niet minder effectief is dan medicamenteuze behandeling (Jensen, et al., 2007).

## 4.2. Het profiel van de jongeren

Er kunnen bepaalde trends worden waargenomen in het voorschrijven van methylfenidaat in België wat betreft het profiel van de kinderen. **De kinderen die het meeste risico lopen op behandeling met methylfenidaat zijn deze tussen de 10 en 15 jaar en jongens die geboren zijn tussen oktober en december** (zie 3.4.).

Studies in heel wat andere landen wezen al op een verhoogd risico op een medicamenteuze behandeling van ADHD voor kinderen geboren in het laatste trimester van het jaar (Holland & Sayal, 2019). En hoewel onze gegevens alleen significante verschillen laten zien voor jongens, geldt dit in verschillende onderzoeken voor zowel meisjes als jongens (Sayal, Prasad, Daley, Ford, & Coghill, 2018; Whitely, Lester, Phillimore, & Robinson, 2017). Deze trend kan niet op medische gronden worden verantwoord. Wat deze kinderen gemeen hebben is dat ze, zodra ze naar school gaan, de jongste kinderen van de klas zijn. Dit bracht de onderzoekers tot de conclusie dat het mogelijk is dat in sommige gevallen "onvolwassenheid in de ontwikkeling ten onrechte werd bestempeld als een mentale stoornis en onnodig werd behandeld met stimulerende medicatie" (Whitely, Lester, Phillimore, & Robinson, 2017, eigen vertaling).

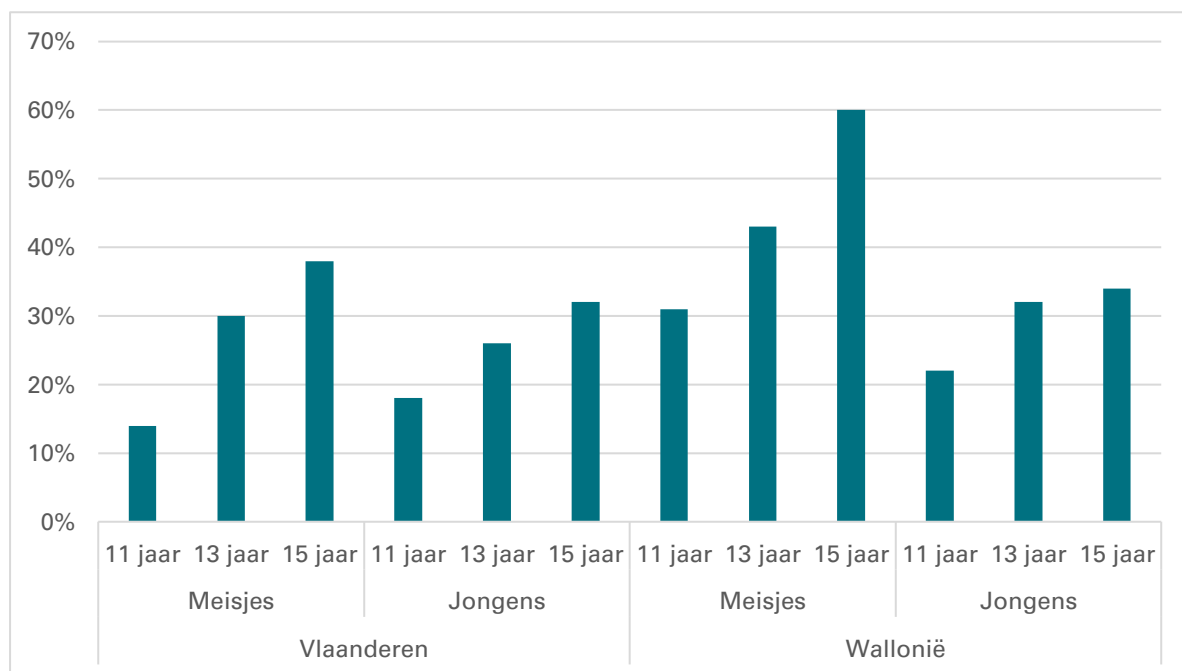
De hypothese dat het voorschrijven van methylfenidaat samenhangt met de eisen van de schoolomgeving wordt ook ondersteund door het feit dat het de leerkrachten zijn die het vaakst de hypothese naar voren brengen dat het kind ADHD heeft (Sax & Kautz, 2003). Dit te maken hebben met het feit dat leerkrachten veeleer geneigd zijn om het gedrag van jongere kinderen in de klas te vergelijken met dat van oudere kinderen in de klas, terwijl ouders het gedrag van hun kind vergelijken met dat van andere kinderen in de familie, vrienden of de omgeving waarvan de leeftijd meer kan variëren (Whitely, et al., 2019). De relatieve onvolwassenheid van de jongste kinderen in de klas, die door ouders als normaal wordt beschouwd, wordt als pathologisch gezien in de schoolcontext, waar het leerplan weinig ruimte laat voor variatie in de leertijd.

De schoolomgeving kan ook de verschillen in het voorschrijven van medicatie tussen verschillende leeftijdsgroepen verklaren. Wat het leven van jongeren tussen 10 en 15 jaar onderscheidt van 12-13-jarigen in België, is de overgang van de basisschool naar de middelbare school. Deze overgang wordt gekenmerkt de vaak complete verandering in het schoolleven: een nieuwe school, nieuwe klasgenoten, nieuwe leerkrachten en vooral

strengere onderwijsseisen. In het geval van de Federatie Wallonië-Brussel zijn er aan het einde van het 6<sup>de</sup> leerjaar ook examens die veel stress veroorzaken bij jongeren.

De druk op kinderen om succesvol te zijn en zich snel aan te passen aan veranderingen, kan in die periode daarom zwaar wegen. Dit wordt bevestigd door een HBSC-onderzoek 'Health Behaviour in School-aged Children'<sup>11</sup> dat elke vier jaar wordt uitgevoerd. Volgens de bevindingen was in 2018 gemiddeld 32% van de leerlingen in België 'tamelijk' of 'zeer' gestrest door school. Het aantal gestreste kinderen neemt toe met de leeftijd en er zijn meer meisjes dan jongens (zie Figuur 7)<sup>12</sup>.

**Figuur 7: Percentage kinderen dat aangeeft gestrest te zijn door schoolwerk in 2018 in België, volgens leeftijdsgroep en geslacht (Bron: HBSC, World Health Organization collaborative cross-national survey)**



Wat de invloed van de leefomstandigheden van jongeren op het gebruik van medicatie betreft, hebben we gezien dat er zeer weinig verschillen in gebruik zijn tussen VT- en niet-VT-kinderen. In 2022 zijn er 3,6% gebruikers onder jongens zonder VT-statuut en 3,1% gebruikers onder jongens met VT-statuut, het verschil voor meisjes is nog kleiner (zie 3.1.). Dit is verrassend, want in studies over sociale ongelijkheid in België, in het bijzonder over het gebruik van geestelijke gezondheidszorg, zijn er significante verschillen tussen deze twee groepen (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022). Armere mensen maken systematisch meer gebruik van zware zorg (gebruik van psychofarmaca en psychiatrische ziekenhuisopname) dan rijkere mensen, en omgekeerd maken de eersten minder gebruik van lichtere zorg (zoals ambulante psychiatrische zorg en opvolging door een psycholoog) dan de laatsten. Dit geldt zowel voor volwassenen als voor kinderen: in 2018 hadden kinderen in armere buurten 37% meer kans om antipsychotica te gebruiken en 32% meer kans om opgenomen te worden in een psychiatrisch ziekenhuis dan kinderen in rijkere buurten (Sholokhova, Noirhomme, Morissens, & Verniest, 2021).

We wijzen erop dat de trend van toenemend gebruik van antipsychotica onder kansarme groepen, waargenomen in onze eerdere onderzoeken, zich ook voordoet bij kinderen die opgevolgd worden voor ADHD. Onze analyse van

<sup>11</sup> [https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hbhc\\_44-pressured-by-schoolwork/](https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hbhc_44-pressured-by-schoolwork/).

<sup>12</sup> De hypothese dat het verhoogd gebruik van methylfenidaat samenhangt met de eisen van de schoolomgeving, die we hier onderzoeken, sluit andere mogelijke hypothesen niet uit, zoals gezinsconflicten als bron van de onrust van het kind (Diener, 2011).

gevallen van polyfarmacie bevestigt dat een VT-kind twee keer zoveel kans heeft op een voorschrift voor een antipsychoticum in hetzelfde jaar dat het een methylfenidaatbehandeling krijgt als een niet-VT-kind (in 2022 15% van de VT-kinderen vergeleken met 7% van de niet-VT-kinderen) (zie 3.3.).

Hoe kunnen we dan verklaren dat het gebruik van methylfenidaat onafhankelijk is van het VT-statuut in België, temeer omdat in andere landen, zoals Frankrijk, kansarme kinderen juist vaker methylfenidaat gebruiken (Ponnou, Haliday, Thomé, & Gonon, 2022)? Het feit dat er in 2022 zeer weinig verschillen waren in het gebruik van medicatie voor ADHD tussen VT- en niet-VT-kinderen, kan volgens ons een onderbenutting van geestelijke gezondheidszorg betekenen of, met andere woorden een gebrek aan behandeling van kansarme kinderen.

Dit gebrek wordt op zijn beurt veroorzaakt door de financiële ontoegankelijkheid van psychologische zorg. De diagnose ADHD wordt immers vaak voorafgegaan door een psychologisch onderzoek, waarna het kind kan worden doorverwezen naar een psychiater. Hiervoor moet de familie wel een aanzienlijk bedrag kunnen voorschieten (gemiddeld 350 euro, volgens de informatie die we vonden op de websites van verschillende psychologen). Voor mensen met het VT-statuut is het echter al moeilijker om psychologische begeleiding te krijgen (Noirhomme, 2022). Het is mogelijk dat het gebrek aan toegang tot (neuro)psychologisch onderzoek in zekere mate leidt tot een gebrek aan toegang tot psychiatrische opvolging, met als gevolg dat kansarme mensen minder vaak medicatie gebruiken dan rijkere mensen.

Wat **geografische verschillen** betreft, heeft Vlaanderen relatief het hoogste aantal kinderen dat medicatie krijgt voor ADHD: 2,9%, tegenover 1,1% in Wallonië en 0,6% in Brussel (zie 3.6.). Hoe kunnen we deze verschillen verklaren?

Laten we bijvoorbeeld eens kijken naar het aantal psychiaters werkzaam in België. Vlaanderen en Wallonië hebben hetzelfde aantal psychiaters per 100.000 inwoners, namelijk 22. In Brussel zijn er 49 psychiaters per 100.000 inwoners (zie Tabel 1). We zien dus dat deze gegevens geen verklaring bieden voor de vastgestelde verschillen op het vlak van de opvolging van kinderen die methylfenidaat gebruikten door professionals uit de geestelijke gezondheidszorg. In Vlaanderen werd meer een beroep gedaan op psychiaters (55% van de kinderen die methylfenidaat gebruikten) en was het risico op geen opvolging door professionals uit de geestelijke gezondheidszorg kleiner (39%), terwijl in Wallonië daarentegen de helft minder een beroep werd gedaan op psychiaters (23%) en het risico op geen opvolging door professionals uit de geestelijke gezondheidszorg groter was (58%).

**Tabel 1: Aantal actieve (neuro)psychiaters per 100.000 inwoners (Bron: RIZIV, juni 2022)**

Gewest/provincie	Aantal actieve (neuro)psychiaters/100.000 inwoners
<b>Brussels Hoofdstedelijk Gewest</b>	<b>49</b>
Antwerpen	20
Limburg	20
Oost-Vlaanderen	21
Vlaams-Brabant	36
West-Vlaanderen	16
<b>Vlaanderen</b>	<b>22</b>
Waals-Brabant	44
Henegouwen	15
Luik	26
Luxembourg	12

Namen	18
<b>Wallonië</b>	<b>22</b>

Tegelijkertijd is het aantal kinderen dat in Vlaanderen opvolging krijgt door een psycholoog lager dan in de andere gewesten: in 2022 krijgt 11% van de kinderen in Vlaanderen, 14% in Wallonië en 22% in Brussel opvolging door een psycholoog. Volgens ons kunnen deze verschillen vooral verklaard worden door het verschil in de voorwaarden voor terugbetaling door de aanvullende verzekering van de CM Vlaanderen enerzijds, en de Franstalige en Duitstalige aanvullende verzekering anderzijds (de eerste biedt veel minder dekking dan de laatste), en dus door het gebrek aan financiële toegang tot psychologische zorg. Dit gebrek aan betaalbaarheid aan de aanbodzijde (waarvan de situatie is verbeterd sinds de invoering van de conventie 'psychologische zorg') wordt waarschijnlijk gedeeltelijk gecompenseerd door meer bevoorrechte groepen, dit is het vermogen van mensen om de kosten van de zorg zelf te dragen. Binnen België is het gemiddelde netto belastbare inkomen per inwoner in 2021 het hoogst in Vlaanderen: "met een bedrag van 21.776 euro ligt het gemiddelde inkomen van de Vlaming 7,0% boven het nationale gemiddelde, [terwijl] ligt het gemiddelde inkomen van de Waal 5,7% onder het Belgische cijfer en een Brusselaar het op jaarbasis gemiddeld met 21,1% minder moet stellen", volgens de gegevens van Statbel<sup>13</sup>.

Het is voor ons onmogelijk een definitieve verklaring te geven voor de geografische verschillen in de behandeling van ADHD in België. Er rijzen nieuwe vragen waarop we in het kader van deze studie geen antwoord kunnen geven. Wat verklaart de grotere toegankelijkheid van psychiatrische zorg in Vlaanderen? Wat zijn de risicofactoren voor het gebrek aan opvolging door zorgverleners in Wallonië? Een grondige analyse van de regionale verschillen is nodig om deze vragen te beantwoorden.

We kunnen dus concluderen dat **de behandelingspraktijk in België sterk beïnvloed wordt door niet-medische factoren**. Aan de ene kant leidt de schooldruk tot een risico op overdiagnose, wat gepaard gaat met de medicalisering bij de jongste kinderen in een klas. Aan de andere kant zorgt het gebrek aan financiële toegankelijkheid van psychologische zorg wellicht voor drempels bij de behandeling van kinderen uit kansarme milieus. Bovendien moeten de redenen voor de aanzienlijke regionale verschillen in België in de medicamenteuze behandeling nog worden onderzocht.

## 5. Samenvatting van de resultaten en aandachtspunten

Uit onze gegevensanalyse over de terugbetaling van psychostimulantia voor de behandeling van ADHD bij kinderen en adolescenten die lid zijn van CM, komen een aantal aandachtspunten naar voor. We stellen het volgende vast:

- **een toename van de medicamenteuze behandeling van ADHD in België:**
  - in 2022 gebruikt 2,5% van de jongeren methylfenidaat;
  - het gebruik is sinds 2013 met 20% gestegen;
- **een gebrek aan duidelijke richtlijnen voor de medicamenteuze behandeling van ADHD (vooral over de duur van de behandeling en het soort medische opvolging dat nodig is):**
  - één op de vier kinderen die op 6-jarige leeftijd met de behandeling beginnen, blijft in behandeling tot minstens 17 jaar (het einde van de vergoedingsperiode voor methylfenidaat);
  - 41% van de kinderen bezocht in 2022 geen professionele zorgverlener in de geestelijke gezondheidszorg;
- **een sterke toename van het aantal gevallen van polyfarmacie met andere psychofarmaca:**
  - in 2022 gebruikt 8% van de kinderen die behandeld worden voor ADHD, ongeacht hun leeftijd, ook antipsychotica, dit is het dubbele in vergelijking met 2013;

<sup>13</sup> <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/fiscale-inkomens>

- kansarme kinderen gebruiken vaker antipsychotica in hetzelfde jaar dat ze behandeld worden met methylfenidaat;
- **een risico op overdiagnose en een verhoogd gebruik van medicatie als gevolg van de schoolomgeving:**
  - kinderen van 10 tot 15 jaar gebruiken vaker methylfenidaat;
  - de jongste jongens in de klas gebruiken bijna twee keer zo vaak medicatie als hun oudere klasgenoten;
- **gebrek aan psychologische opvolging:**
  - in 2022 kreeg slechts 15% van de kinderen die medicatie gebruikten voor ADHD een psychologische behandeling;
  - de financiële ontoegankelijkheid is een van de redenen voor niet-gebruik;
- **een risico op overdiagnose van ADHD en overmatig gebruik van methylfenidaat in Vlaanderen:**
  - In 2022 zullen 2,9% van de kinderen methylfenidaat gebruiken in Vlaanderen, tegenover 1,1% in Wallonië en 0,6% in Brussel;
- **geen toegang tot gegevens over de aflevering van geneesmiddelen die niet worden vergoed door de VGVU, waardoor het onmogelijk is om problematische gevallen van medicamenteuze behandeling te beoordelen, zoals:**
  - gevallen van polyfarmacie waarbij methylfenidaat wordt gecombineerd met anxiolytica;
  - *off-label* gebruik (bij kinderen jonger dan 6 jaar, bij jongeren zonder de diagnose ADHD);
  - aflevering aan volwassenen;

## 6. Aanbevelingen

Op basis van de verschillende aandachtspunten die we hierboven hebben samengevat, formuleren we een reeks aanbevelingen voor de verschillende actoren in de gezondheidszorg en de schoolsector, wiens rol in het leven van kinderen met ADHD niet onderschat mag worden.

### 6.1. Aan de beleidsverantwoordelijken

De meeste beperkingen van onze analyses houden verband met de onbeschikbaarheid van gegevens over geneesmiddelen die niet worden vergoed door de verplichte ziekteverzekering. **We vinden het daarom noodzakelijk om de registratie van gegevens over de aflevering van geneesmiddelen die niet door de VGVU worden vergoed, verplicht te maken.** Dit is essentieel om een beter beeld te krijgen van het zorggebruik en om de ongelijkheden waardoor dit gekenmerkt wordt.

### 6.2. Aan de verantwoordelijken binnen de gezondheidssector, inclusief de geestelijke gezondheidszorg

Hoewel het voorschrijven van psychostimulerende middelen aan kinderen de laatste jaren wijdverspreid is geworden, blijft de controverse over de behandeling van ADHD met methylfenidaat bestaan. Er is zeer weinig onderzoek gedaan naar langdurig gebruik van methylfenidaat. De risico's van overdiagnose van ADHD, vooral bij kinderen geboren in het laatste trimester van het jaar, zijn internationaal aangetoond. Onze analyse toont aan dat de medicamenteuze behandeling van ADHD in België niet optimaal is en niet altijd *evidence based* is. Het is dus noodzakelijk om **duidelijke richtlijnen te ontwikkelen voor de medicamenteuze behandeling van ADHD** (vooral over de duur van de behandeling en het soort medische opvolging dat nodig is).

Het toont ook dat **de basisopleiding en permanente vorming van artsen (huisartsen en specialisten, zoals psychiaters, kinderartsen en neurologen) moet worden verbeterd op het gebied van hun kennis van ADHD**, de risico's van overdiagnose (vooral bij kinderen geboren in het laatste kwartaal van het jaar), de mogelijkheden van behandeling van ADHD met en zonder medicatie, de noodzaak van voortdurende evaluatie van de relevantie van de medicamenteuze behandeling en de voordelen van een psychologische aanpak, en meer in het algemeen de voordelen van multidisciplinaire opvolging.

Ook **de basisopleiding en permanente vorming van psychologen** in de behandeling van ADHD moet worden verbeterd (**ook in het kader van nieuwe opleidingen voor geconventioneerde psychologen**).

### 6.3. Aan de verantwoordelijken binnen het basis- en secundair onderwijs

De leeftijd is een van de belangrijkste risicofactoren voor de medicamenteuze behandeling van ADHD. De jongste kinderen in de klas en de kinderen aan het einde van de basisschool en het begin van de middelbare school lopen het grootste risico op een diagnose en op een medicamenteuze behandeling. Eén op de drie kinderen in België is gestrest en voelt zich onder druk gezet op school.

Het is daarom essentieel om **de kennis van leerkrachten over ADHD**, de risico's van overdiagnose (vooral bij jongeren die geboren zijn in het laatste kwartaal van het jaar), de mogelijkheden om kinderen te ondersteunen, de behoeften van kinderen met ADHD **en, meer in het algemeen, de mentale gezondheid en de rol van scholen in het voorkomen van psychische stoornissen te verbeteren**.

Om dit te bereiken, moeten we de mogelijkheden om de schoolomgeving aan te passen aan de behoeften van kinderen vergroten en schoolhoofden en leerkrachten bewustmaken van de risico's van schooldruk op adolescenten.

### 6.4. Aan de verantwoordelijken inzake wetenschappelijk onderzoek

De huidige klinische realiteit is duidelijk niet in overeenstemming met de bestaande kennis: methylfenidaat wordt voor zeer lange periodes voorgeschreven en polyfarmacie komt steeds vaker voor. Daarom raden we aan om **longitudinaal onderzoek te doen naar de bijwerkingen van methylfenidaatgebruik** (ook in polyfarmacie) bij ADHD.

Naast traditioneel wetenschappelijk onderzoek, zijn er nog minder studies die kijken naar de mening van kinderen zelf over hun ADHD-opvolging. Het is echter essentieel om **vergelijkende studies** uit te voeren **tussen de behandeling van ADHD met medicatie en zonder medicatie, ook in de vorm van participatief onderzoek en/of op basis van de analyse van de ervaringen van patiënten en hun families met betrekking tot hun gebruik van methylfenidaat**.

## Conclusie

Het doel van deze studie was niet om de positieve effecten van de behandeling met methylfenidaat voor patiënten met de diagnose ADHD in vraag te stellen. Ons doel was om de kwaliteit van de huidige opvolging met medicatie in België te analyseren vanuit het oogpunt van de gemiddelde voorschrijfduur van methylfenidaat, de psychiatrische en psychologische opvolging die aan patiënten wordt aangeboden en de invloed van niet strikt medische factoren op het voorschrijfgedrag.



We concluderen dat de medicamenteuze behandeling van ADHD in België niet optimaal is en niet altijd *evidence based*. Het gebruik van medicatie voor ADHD neemt toe, met extreem lange behandelperiodes, maar zonder systematische opvolging door artsen-specialisten. In deze omstandigheden is er een reëel risico op overgediagnose en overmedicalisering bij kinderen met storend gedrag. De vaststelling over de jongste kinderen in de klas, die meer medicatie krijgen, illustreert hoe de medische praktijk beïnvloed wordt door niet-medische factoren.

Deze situatie is des te verontrustender omdat de psychologische begeleiding van ADHD-kinderen zeer beperkt blijft, ondanks de effectiviteit ervan en vooral ondanks het feit dat de medicamenteuze behandeling op de lange termijn aan effectiviteit inboet. Tot voor kort dekte de verplichte ziekteverzekering psychologische opvolging slechts in zeer beperkte mate (in het kader van RIZIV-conventies). De toegankelijkheid van psychologische zorg hangt ook af van de geografische en temporele beschikbaarheid, en van de gevoeligheid van de zorg voor de behoeften van individuen, ongeacht hun leeftijd, geslacht, afkomst, enz. Het is daarom noodzakelijk om de toegankelijkheid van psychologische zorg in al zijn dimensies te verbeteren, met name om de sociale ongelijkheid die er vandaag de dag kenmerkend voor is, te verminderen. Het is kinderen met het VT-statuut ondervinden immers nog steeds heel wat moeilijkheden om vroegtijdig een behandeling te krijgen, en dus voor het nodig is om een beroep te doen op zware zorg zoals psychiatrische ziekenhuisopname en antipsychotica. Deze studie bevestigt de invloed van de leefomstandigheden van jongeren op de behandeling van ADHD.

In zijn analyse van de situatie in België in 2019 uit het Comité van de Rechten van het Kind van de Verenigde Naties – dat toeziet op de uitvoering van het Verdrag inzake de Rechten van het Kind – zijn bezorgdheid over de toename van het aantal voorschriften voor psychostimulantia aan kinderen met de diagnose ADHD (Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, 2019). Het Comité beveelt België aan "ervoor te zorgen dat medicamenteuze behandelingen alleen als laatste redmiddel worden voorgeschreven aan kinderen met een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit en dat kinderen en hun ouders naar behoren worden geïnformeerd over de mogelijke bijwerkingen van een dergelijke behandeling en de niet-medicamenteuze alternatieven die voor hen beschikbaar zijn" (Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, 2019, eigen vertaling). Onze studie toont aan dat deze aanbeveling nog steeds geldig is en investeringen vereist van alle actoren wiens verantwoordelijkheidsdomeinen te maken hebben met de problematiek van ADHD, van gezondheidszorg tot scholen.

## Bibliografie

- Angelescu, I., & Heuser, I. (2008). Psychostimulants. Dans S. Offermanns, & W. Rosenthal, *Encyclopedia of Molecular Pharmacology*. Springer.
- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Ongelijk in gezondheid. Kwantitatief onderzoek van economische ongelijkheden op vlak van gezondheid en gebruik van gezondheidszorg door CM-leden. *Gezondheid & Samenleving*, 4, 6-31.
- Bolea-Alamanac, B., Nutt, D. J., Adamou, M., Asherson, P., Bazire, S., Coghill, D., . . . Young, S. J. (2014). Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder: Update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 28(3), 179-203.
- Comité des droits de l'enfant des Nations Unies. (2019). *Observations finales concernant le rapport de la Belgique valant cinquième et sixième rapports périodiques CRC/C/BEL/CO/5-6*.
- Diener, Y. (2011). *On agite un enfant. L'Etat, les psychothérapeutes et les psychotropes*. Paris: La fabrique éditions.
- Fuchs, T. (2018). *Ecology of the Brain: The phenomenology and biology of the embodied mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Girand, H., Litkowiec, S., & Sohn, M. (2020). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Psychotropic Polypharmacy Prescribing Trends. *Pediatrics*, 146(1), e20192835.
- Healy, D. (2016). *Psychiatric Drugs Explained. 6th edition*. Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto: Elsevier.
- Hoge Gezondheidsraad. (2013). *Good clinical practice in de herkenning, diagnose en behandeling - ADHD. Advies nr. 8846*. Brussel.
- Hoge Gezondheidsraad. (2021). *Medicamenteuze en niet-medicamenteuze aanpak van ADHD. HGR NR 9547*. Brussel.
- Holland, J., & Sayal, K. (2019). Relative age and ADHD symptoms, diagnosis and medication: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(11), 1417-1429.
- Jensen, P. S., Arnold, L. E., Swanson, J. M., Vitiello, B., Abikoff, H. B., Greenhill, L. L., . . . Elliott, G. R. (2007). 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(8), 989-1002.
- Lebbe, C., Ntahonganyira, R.-M., & Vandenberghe, J. (2017). De jongsten van de klas hebben een grotere kans op een diagnose van ADHD. *CM-Informatie*, 269, 41-45.
- Man, K. K., Häge, A., Banaschewski, T., Inglis, S. K., Buitelaar, J., Carucci, S., . . . ADDUCE. (2023). Long-term safety of methylphenidate in children and adolescents with ADHD: 2-year outcomes of the Attention Deficit Hyperactivity Disorder Drugs Use Chronic Effects (ADDUCE) study. *The Lancet. Psychiatry*, 10(5), 323-333.
- Matthijssen, A.-F., Dietrich, A., Bierens, M., Kleine Deters, R., van de Loo-Neus, G., van den Hoofdakker, B., . . . Hoekstra, P. (2019). Continued Benefits of Methylphenidate in ADHD after 2 Years in Clinical Practice: A Randomized: Placebo-Controlled Discontinuation Study. *American Journal of Psychiatry*, 176(9), 756-762.
- National Institut for Health and Care Excellence. (2018). *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>
- Noirhomme, C. (2022). Hoe toegankelijk is psychologische opvolging in België? Analyse van het gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg door CM-leden. *Gezondheid & Samenleving*, 3, 28-51.
- Noirhomme, C. (2023). De overeenkomst 'psychologische zorg' binnen de geestelijke gezondheidszorg. Overzicht van het gebruik van terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg en de beantwoorde en onbeantwoorde noden in België. *Gezondheid & Samenleving*, 7, 4-38.
- Pereira Ribeiro, J., Lunde, C., Gluud, C., Simonsen, E., & Storebø, O. (2023). Methylphenidate denied access to the WHO List of Essential Medicines for the second time. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 28, 75-77.
- Ponnou, S. (2022). Les impasses des approches biomédicales, nécessité de la psychanalyse : le cas de l'hyperactivité/TDAH. Dans S. Ponnou (Éd.), *À l'écoute des enfants hyperactifs: Le pari de la psychanalyse*. Péronnas: Champ social éditions.

- Ponnou, S., Haliday, H., Thomé, B., & Gonon, F. (2022). La prescription de méthylphénidate chez l'enfant et l'adolescent en France : caractéristiques et évolution entre 2010 et 2019. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 70(2).
- Sax, L., & Kautz, K. J. (2003). Who first suggests the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder? *Annals of family medicine*, 1(3), 171-174.
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175–186.
- Sevastidis, A., Wann Arachchige Dona, S., Gold, L., Sciberra, E., Coghill, D., & Le, H. N. (2023). Social gradient in use of health services and health-related quality of life of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *JCPP Advances*, e12170.
- Sholokhova, S. (2022). Preventie op het vlak van geestelijke gezondheid. Waarom, voor wie en hoe? *Gezondheid & Samenleving*, 3, 6-27.
- Sholokhova, S., Noirhomme, C., Morissens, A., & Verniest, R. (2021). De impact van de COVID-19-pandemie op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren. *CM-Informatie*, 286, 23-45.
- Spencer, N. J., Ludvigsson, J., Bai, G., Gauvin, L., Clifford, S. A., Abu Awad, Y., . . . Group, E. C. (2022). Social gradients in ADHD by household income and maternal education exposure during early childhood: Findings from birth cohort studies across six countries. *PloS one*, 17(3), e0264709.
- Standaarden, G. (2019). *Zorgstandaard ADHD*. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/adhd/introductie>
- Storebø, O., Storm, M., Pereira Ribeiro, J., Skoog, M., Groth, C., Callesen, H., . . . Gluud, C. (2023). methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
- Whitely, M., Lester, L., Phillimore, J., & Robinson, S. (2017). Influence of birth month on the probability of Western Australian children being treated for ADHD. *Medical Journal of Australia*, 206(2), 85.
- Whitely, M., Raven, M., Timimi, S., Jureidini, J., Phillimore, J., Leo, J., . . . Landman, P. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder late birthdate effect common in both high and low prescribing international jurisdictions: a systematic review. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 60(4), 380-391.