

Medicatie bij ADHD en ADD

De deskundige, dat ben je zelf

Behandelen met methylfenidaat (Ritalin, Concerta, Methylfenidaat OROS, Equasym XL, Medikinet CR, Methylfenidaat Retard en Dex-methylfenidaat Retard), met dexamfetamine, dexamfetamine Retard en met atomoxetine (Strattera)

Rob Rodrigues Pereira, kinderarts Kinderpraktijk Hilligersberg, Rotterdam.

Inhoudsopgave

De deskundige, dat ben je zelf

Diagnose

Medicatie

Methylfenidaat

Dosering

Timing en dosis

Fouten uit de praktijk

Bijwerkingen

Rebound effect en bijwerkingen van Ritalin

Verslavend?

Langwerkende middelen

Concerta en Methylfenidaat OROS

Equasym XL

Medikinet CR

Methylfenidaat Retard

Dex-methylfenidaat Retard

Dexamfetamine

Dexamfetamine Retard

Atomoxetine (Strattera)

Andere middelen

De deskundige, dat ben je zelf

Geen enkele ouder geeft zijn kind graag medicijnen voor lastig gedrag of onoplettendheid en al helemaal niet een medicijn dat regelmatig negatief in de publiciteit komt. Als de keus is gemaakt om medicatie te geven dan is het belangrijk mede-deskundige te worden op het gebied van de medicijnen die je wil gebruiken, zeker als er veel negatieve verhalen de ronde doen. Zo wordt Ritalin soms eerder beschouwd als een schadelijk dan als een gunstig middel bij de behandeling van ADD of ADHD. Als kinderarts krijg ik dikwijls dezelfde vragen van ouders zoals: Doe ik er wel goed aan deze ‘drug’ aan mijn kind te geven? Is het op de lange duur niet schadelijk? Hoe lang moet ik doorgaan? Blijft het karakter van mijn kind hetzelfde? Wordt hij geen zombie? Is het verslavend? Groeit mijn kind wel goed?

Zoals na het stellen van de diagnose ADHD of ADD een goed begrip van deze aandoening zeer belangrijk is, zo is ook een goede voorlichting over voor- en nadelen van medicijnen essentieel om je kind optimaal te laten profiteren van deze middelen. Helaas blijkt in de praktijk dat ouders (en sommige hulpverleners) vaak niet goed weten hoe zij met medicijnen moeten omgaan.

In deze folder wordt besproken wat de voor en nadelen zijn van medicatie.

Diagnose

Als de diagnose “overwegend onoplettend” of “gecombineerd type” soms na jarenlange strijd gesteld is, breekt er een nieuwe fase aan in het leven van ouders en kind.

Aan de ene kant is er vaak opluchting, anderzijds moeten ouders vaak wennen aan het ‘vonnis’ dat over hen en hun kind is geveld.

Iemand met ADHD of ADD blijft een individu met zijn of haar eigen (positieve of negatieve) kenmerken, gewoonten en karaktereigenschappen. Deze zijn bij onbekendheid met ADD nog moeilijk te onderscheiden van kenmerken die bestaan als gevolg van de concentratiestoornis. Denk onder meer aan inactiviteitsproblemen, dromerigheid, vergeetachtigheid, moeilijkheden met het overzien van tijd, vaak te laat komen, een aversie tegen structuur, planning, saaie terugkerende klusjes (motivatieproblemen) en vaak zeer chaotisch gedrag.

Andere symptomen zijn slechter functioneren op het gebied van informatieverwerking en geheugen. Het verwerken informatie verloopt vaak traag, er is meer tijd voor nodig, ook in het verwerken van gevoelens.

Soms is men bewust ook vaak erg perfectionistisch om dit te compenseren.

Verder blijkt ADHD en ADD meestal niet alléén voor te komen: er is regelmatig sprake van comorbiditeit (bijkomende aandoeningen zoals dyscalculie, slaapstoornissen, onhandige motoriek, verslavingsproblemen, depressie en angst/paniek verschijnselen).

Omdat de diagnose ADD in de regel nog niet op een andere manier gesteld kan worden dan met vragenlijsten, observatie en met een aantal niet specifieke testen, blijven er soms onzekerheden bestaan die leiden tot over- en onderdiagnostiek van een ADHDer en ADDer, hoewel onderzoek hiernaar wel vordert.

De behandeling bestaat uit het uitgebreid geven van voorlichting en informatie, adviezen over de opvoeding met duidelijkheid en structuur en vaak uit het geven van medicatie. Ook zijn oudercursussen nuttig om te leren hoe je moet omgaan met een kind (of een partner) met ADHD of ADD.

Andere manieren van behandeling waarnaar onderzoek wordt gedaan en die voor sommige kinderen gunstige resultaten laten zien zijn neurofeedback en het geven van een zeer speciaal dieet.

Vrijwel nooit hebben het weglaten van kleurstoffen, suiker of conserveringsmiddelen een positief effect. Dit geldt ook voor het geven van multivitaminen, visolie (omega 3 of 6 vetzuren), homeopathische middelen of plantenextracten. Ook wordt een scala aan andere behandelingen aangeboden die geen effect hebben (speciale bril, borstelen, osteopathie, Reiki etc etc). Het verbeteren van de gezondheid, door extra aandacht te besteden aan, eetgewoonten en slaaphygiëne zal natuurlijk wel bijdragen aan een verbeterde concentratie en algeheel functioneren.

Medicatie, de eerste keuze is een stimulerend middel:

Methylfenidaat = “Ritalin”

De pillen zijn 10 mg, er bestaan er ook van 5 en van 20 mg. Op dit moment zijn er verschillende fabrikanten die dezelfde kortwerkende medicatie maken. Het kan zijn dat je de ene pil beter vindt werken dan de andere. Het kan ook zijn dat je bijwerkingen hebt die je krijgt als de apotheker je een ander merk geeft. Bespreek dit met de apotheker of je arts. Je kan altijd weer terug naar het oude merk! De kortwerkende pillen zijn van Ritalin van Novartis en van Sandoz, Medikinet en methylfenidaat van Rubio, PCH, Actavis, Ratiofarm of van Mylan.

Behandeling met medicijnen is gewenst als je kind, ondanks andere maatregelen thuis en op school, aanloopt tegen zijn beperkingen. Dit zijn meestal problemen op het sociale vlak (zoals ruzie, geen vriendjes) en moeilijkheden op school door storende afleidbaarheid. Hij presteert onder zijn niveau, waardoor frustratie en faalangst op de loer liggen.

Een belangrijke neurotransmitter (stof die prikkels in de hersenen overdraagt) die bij ADHD en ADD een rol speelt is dopamine. Door een relatief tekort aan dopamine in bepaalde hersendelen op bepaalde momenten treedt een afwijkende functie van deze hersengebieden op. De betrokken hersengebieden verschillen tussen ADD en ADHD. Hoe ernstiger deze hersenfunctie afwijkt, des te meer zal het kind en de volwassenen met ADHD en ADD baat hebben bij medicatie.

Vergelijk het bijvoorbeeld met slechte ogen: als je kind niet goed kan zien en daar zoveel last van heeft dat hij niet goed mee kan komen op school of niet zonder gevaar kan fietsen, dan zou je hem een bril kunnen laten aanmeten. Als hij een sterke bril nodig heeft, dan geeft je hem natuurlijk niet een zwakke! Je hoeft natuurlijk geen bril te geven, maar hij functioneert er wel een stuk beter mee. Zowel kind als ouders moeten aan deze vergelijking wennen. Het is goed vergelijkbaar met het aanmeten van een optimale dosering Ritalin. Dus een ‘leesbril’ alleen voor school, of een ‘gewone bril’ als hij de hele dag last heeft van onaanvaardbare gedragsproblemen. Als het kind beter gaat functioneren zijn eventuele twijfels over deze “chemische bril”

meestal snel verdwenen. De stelregel is: geef zoveel als nodig is, niet te weinig, maar vooral ook niet teveel! Dus accepteer ernstige bijwerkingen niet: als het kind een “zombie” wordt, gaat er iets verkeerd, *dit mag niet voorkomen*.

Dosering

Om de goede dosis te vinden wordt in het algemeen een aantal methoden gebruikt:

- De arts schrijft de gemiddelde dagdosis voor (ongeveer 0,6 mg per kilogram). Dit is een *gemiddelde* en zal dus maar bij een bepaald aantal kinderen precies passen, namelijk als zij toevallig een “gemiddelde ADHD of ADD” hebben. Als het kind een lichtere vorm heeft of hij reageert sterker op Ritalin dan gemiddeld dan is die dosis dus te hoog. Om de dosis precies goed te krijgen voldoet deze methode dus niet. Het geven van de juiste dosis is namelijk maatwerk.
- De arts schrijft een dubbelblinde proefmedicatie voor: een aantal dagen met een placebo (geen werkzame stof), een aantal dagen met een of tweemaal Ritalin 5 mg, 10 mg, 15 mg of eventueel 20 mg per keer, in willekeurige volgorde. De dokter, het kind, de ouder en de school weten dus niet wat en hoeveel er gegeven wordt. Zij moeten beoordelen wat het beste werkt. Hierna wordt het geheim prijsgegeven en kan je zien of de Ritalin werkt en welke dosis het meest geschikt is. Het nadeel kan zijn dat je (veel) te veel geeft en dat het kind een hekel krijgt aan Ritalin omdat hij bijwerkingen heeft ondervonden. Soms blijkt de placebopil ook al te werken.
- De beste methode vind ik: begin laag en klim op tot de optimale dosis. Geef 5 mg Ritalin (of 2,5 mg als je nog voorzichtiger wilt beginnen), bijvoorbeeld in een weekend en let goed op of, en zo ja hoelang het werkt. Als er geen effect is, ga dan na minimaal 4 uur of de volgende dag verder met 10 mg, eventueel nog verder met 15 of 20 mg op de volgende dagen. Het kan ook zijn dat je uitkomt op 7,5 of 12,5 mg per keer. Als het gewenste effect er is, moet je precies weten hoelang dit aanhoudt. Dit is afhankelijk van de snelheid van het “verteren” van de Ritalin.

Timing en dosis

- Soms houdt het effect vier uur aan, soms drieënhalf uur en een enkele maal slecht twee uur of nog minder! Het heeft dan geen zin om te wachten tot vier uur na de vorige pil, want dan gaan er twee uur voorbij zonder effect, maar wel vaak met de nodige problemen. Ook kan een pil wel eens vijf uur werken, ook hier moet je rekening mee houden.
- Verder zijn er kinderen die ’s morgens wat meer nodig hebben dan ’s middags. Zij krijgen ongelijke doses. Bijvoorbeeld eerst 10 mg en daarna 5 mg per keer.
- Als je alleen een ‘leesbril’ voor school nodig hebt, geef je dus bijvoorbeeld op woensdagmiddag en in de weekenden niets. Ook in de vakanties is het in die gevallen vaak niet nodig om medicatie te geven.

- Als je kind het wel nodig heeft om de hele dag “positief” te maken, dan moet je het juist wel geven. (en zo mogelijk over gaan op langwerkende medicatie).
- Een medicijnholiday - tijdelijk niet geven van medicijnen om het lichaam rust te geven - is niet nodig en vaak juist nadelig.
- Sommige kinderen die 's morgens vroeg al problemen met zichzelf of met het gezin hebben (niet op gang komen, altijd te laat, ruzie), kunnen baat hebben bij een “ontbijt op bed met pil”. Hierna kunnen zij na een kwartier vaak gewoon meedoen. Hun dagschema moet dan wel aangepast worden.
- Ook bij stressvolle perioden zoals bij verjaardagen of Sinterklaas kan het nuttig zijn de dosis zelf aan te passen, dat wil zeggen: iets te verhogen.
- Er zijn kinderen die 2 x 2,5 mg nodig hebben, maar er zijn er ook die met 4 x 20 pas veel beter functioneren.
- Het is aan te bevelen om bijvoorbeeld de eerste week dat het kind start met de behandeling, hierover niets te zeggen tegen de onderwijzer(es) en aan het eind van de dag of week te vragen hoe het ging. Dit is “enkel blind” (alleen de juffrouw weet het niet), het geeft een beeld van het effect. Daarna heb je de juffrouw nodig voor de fijnere instelling. Als de Ritalin om 11 uur is uitgewerkt moet zij dit kunnen melden en eventueel een nieuwe dosis helpen geven. Je hebt niets aan de mededeling: “het ging vandaag slecht”, want het gaat erom hoe láát het slecht ging.
- Een hulpmiddel voor kinderen die hun pil vergeten te nemen, een bekend probleem dat hoort bij een kind met ADHD en ADD, is een horloge, een mobieltje of een doosje met één of meerdere alarmen. Een te lage dosis betekent overigens niet dat je het dan net zo goed niet kan geven. En een hogere dosis dan de ‘maximale’ dagdosis van 60 mg die in de bijsluiter staat, betekent niet automatisch dat je teveel geeft. Vergelijk: er zijn ook kinderen met een dikke bril die met een minder sterke bril nog niets kunnen zien.
- Uit het bovenstaande blijkt dat je precies moet weten hoe de **timing en de dosis** bij je kind is. Eigenlijk ben je als ouder, samen met je kind, de belangrijkste behandelaar. De arts blijft wel verantwoordelijk voor het voorschrijven en voorlichten, maar hij is minder belangrijk voor de dosering. De deskundige dat ben jezelf ! Dit geldt uiteraard ook voor volwassen patiënten.

Fouten uit de praktijk

- Als een kind per ongeluk vergeten is een pil in te nemen, dan moet je natuurlijk de volgende keer niet een dubbele dosis geven.
- Als de pil niet lang genoeg werkt moet je niet een sterkere pil geven, maar de tijd tussen de pillen korter maken. De dosis is goed, maar de timing is niet.
- Als je rebound hebt betekent dit niet dat dit een bijwerking is, maar dat de instelling niet goed is. (Rebound is de opleving van de ADHD verschijnselen of andere verschijnselen zoals hoofdpijn of moeheid als de pil uitgewerkt is.) Soms kan je dan beter overgaan op langwerkende medicatie.
- Er zou 12 uur tussen het geven van de pillen moeten zitten. Dat is onjuist.

Bijwerkingen

De bijsluiter staat er vol van, maar het is niet zo dat je alle bijwerkingen ook krijgt. De meeste kinderen hebben geen of minimale bijwerkingen. Je moet natuurlijk niet doorgaan als er vervelende bijwerkingen optreden. Dan geef je vaak teveel en moet je gaan minderen. Omgekeerd: als het effect van de medicatie afneemt, moet je juist iets meer, of juist iets vaker geven. Dit is geen achteruitgang en betekent niet dat je steeds meer nodig hebt. Je moet er ook rekening mee houden dat de eerste medicatie die wordt voorgeschreven niet altijd de juiste is. Het kan ook voorkomen dat je bijwerkingen of minder effect ervaart als je van fabrikant wisselt! Soms moet je een ander merk proberen. Dat vraagt tijd en geduld van beide partijen.

De meest voorkomende bijwerking is minder eten en slechter inslapen. Minder eten leidt een enkele maal tot een iets lager gewicht, maar dit is in deze tijd juist soms wel positief. Extra eten geven door de hele dag achter je kind aan te lopen en hier ruzie over te maken is niet nuttig. Soms willen kinderen zelf voor het slapen als de medicatie is uitgewerkt, nog een paar boterhammen. Daar is geen bezwaar tegen. Een probleem met de lengtegroei wordt eigenlijk nooit gezien. Soms komen de kinderen met ADHD of ADD iets later in de puberteitsgroeispuurt zodat ze minder lijken te groeien net als ze zijn begonnen met Ritalin.

Kinderen met ADD hebben vaak al sinds hun vroege jeugd een zwak slaapritme. Dit kan verergeren door Ritalin. Als er serieuze inslaapproblemen, met oververmoeidheid overdag blijven bestaan (vaak wordt dit minder na een aantal weken) dan kan als behandeling melatonine overwogen worden. Dit is een stof waar geen bekende nadelen aan zitten. Meestal geef je een half uur voor het slapen gaan de pil, soms 4 uur hiervoor. De dosis varieert tussen 0,1 mg en 10 mg. Een enkele keer moet Ritalin vroeger op de dag ingenomen worden. Hetzelfde effect op inslapen hebben koffie, thee, energydrinks en cola, die ook dopamine verhogen. Geen koffie drinken, of vroeger op de dag, is voldoende om weer goed te kunnen slapen. ADHDers en ADDers drinken meer koffie dan gemiddeld, zij merken dat zij er juist rustig van worden (vroeger werd bij kinderen wel “koffietherapie” gegeven, maar dit is meestal niet voldoende). Een enkele maal (vaker bij volwassenen) is het nodig om juist wel Ritalin voor het slapen te geven in verband met rebound. De kinderen zijn dan nog tot laat bezig met het verwerken van alle indrukken van die dag, waardoor zij niet in slaap kunnen komen. Volwassenen hebben daarnaast, na een drukke dag vol verplichtingen, veel behoefte aan ontspanning tot laat in de avond. Wanneer hieraan toegegeven wordt, dan neemt het risico op verslapen en te laat komen sterk toe.

Bijwerkingen die wel tijdelijk voorkomen zijn: hoofdpijn, buikpijn, koude handen en voeten, hartkloppingen, veel praten en emotioneel reageren. Ook hierbij: de dosis zonodig (tijdelijk) verminderen en voor- en nadelen van de behandeling tegen elkaar afwegen. Deze kenmerken kunnen ook voortvloeien uit angst voor het nemen van de medicatie zelf. Zorg er dus voor dat je goed voorgelicht bent.

Rebound effect en bijwerkingen van Ritalin

Rebound is het effect dat optreedt als de Ritalin plotseling is uitgewerkt. Het leidt vaak tot ruzie thuis, omdat het kind als het uit school komt, net zijn Ritalin “opgebruikt heeft”. Hij ziet dan als

eerste zijn moeder, die vervolgens denkt dat de ruzie aan haar ligt. Maar het kind kan in de vertrouwde omgeving thuis ook de “strijdwapens” laten vallen die op school nodig waren om alert te blijven, niet teveel weg te dromen, pesterijtjes het hoofd te bieden, opgeruimd te zijn, aan sportevenementen deel te nemen enz. ADD valt op school minder vaak op dan dat thuis bij de ouders het geval is. Veel kinderen met ADD leren concentratieproblemen te verbergen. Het is dan zaak om na school zo min mogelijk prikkels te geven of druk te zetten op het kind, ofwel op school alvast de volgende dosis te geven. Soms is het geven van een steeds lagere dosis de oplossing, zodat de Ritalin concentratie geleidelijk afneemt. Dus bijvoorbeeld 10+10+5+2,5 mg. Dit probleem kan je dus ook zelf proberen op te lossen.

Ernstige bijwerkingen moet je *nóóit* accepteren. Dus over zombieachtig gedrag hoef ik eigenlijk niet te spreken, dat mag niet voorkomen! Als je dit gedrag als ouder wel toelaat, is dat – als je begrijpt hoe Ritalin gegeven moet worden - dus mede je eigen fout!

Ook kan het voorkomen dat depressie of angst of tics ontstaan of verergeren: dan moet je contact opnemen met je arts. Soms moet dan verdere diagnostiek gedaan worden of moet er andere medicatie worden gegeven. Bijwerkingen van Ritalin op de lange duur zijn niet bekend, maar op dit moment zijn er geen aanwijzingen dat er na jaren problemen optreden. Het middel wordt sinds 1938 gegeven en is in Nederland in 1954 geregistreerd voor de behandeling van ADHD.

Het *niet geven van Ritalin* als het *wél* nodig is, heeft wel degelijk bekende negatieve effecten op je kind. Onnodige angst voor bijwerkingen kan leiden tot sociale- en schoolachterstand: je stuurt een slechtziend kind ook niet naar school met het advies vooral zijn bril niet op te zetten, maar wel goed zijn best te doen. Dat is niet eerlijk ten opzichte van het kind met die handicap. Een andere vergelijking is: een kind met suikerziekte stel je ook in op de juiste dosis insuline. Angst voor bijwerkingen van insuline betekent natuurlijk niet dat je het niet moet geven. Of dat je denkt: in het weekend doe ik het maar even niet.

Verslavend?

Angst voor verslaving aan Ritalin komt veel voor. Dit is een wijdverbreid misverstand. Als kinderen met ADHD of ADD Ritalin krijgen in de goede dosis, dan worden zij juist beschermd tegen het zoeken naar stoffen waar zij zich rustiger door voelen. Als zij stoffen nemen met dezelfde werking als Ritalin zoals amfetamine, XTC en cocaïne dan kunnen zij gemakkelijk verslaafd raken aan “normaal zijn”. Ritalin heeft weliswaar enigszins de structuur van amfetamine, maar is niet verslavend bij normaal gebruik. Ik praat niet over misbruik zoals bij snuiven of spuiten van methylfenidaat. Twee andere bekende stoffen die ook dopamine kunnen verhogen in de hersenen zijn cafeïne (niet verslavend) en nicotine (wel verslavend). Helaas blijken onder verslaafden veel mensen voor te komen met een niet onderkende ernstige ADHD (20% van de verslaafden), die nooit behandeld zijn! Dit kan zowel alcohol, cocaïne, cannabis, roken, internet of combinaties zijn. Zij hebben soms meer dan 100 mg methylfenidaat per dag nodig om normaal te kunnen functioneren! Het is nooit te laat om te beginnen met behandelen.

Na Ritalin is de 2^e keus het medium-langwerkende **Dexamfetamine**, binnenkort ook op de markt als **Dexamed** (Kohne Pharma), verder is er dexamfetamine van DMB en van Ceban.

Dit middel is net als Ritalin een stimulant, met globaal dezelfde bijwerkingen. Het wordt vaak ingezet bij kinderen die hoge doses Ritalin nodig hebben. Het werkt ongeveer 2x zo sterk als Ritalin (de dosering is dus de helft) en anderhalf maal zo lang. De pillen zijn meestal 2 of 3 of 5 mg. Dus bij omzetten van Ritalin 3x 10 mg km je ongeveer uit op 2x 5 mg, soms is dat handig omdat de 2^e pil dan bij de lunch genomen kan worden. Volgens sommigen voelt dexamfetamine beter dan Ritalin, maar dit is erg individueel. Het middel werkt ook vaak goed bij de bijwerking somberheid die nog al eens voorkomt bij alle soorten methylfenidaat. Veranderen van middel doet de klachten snel verdwijnen terwijl het effect op de concentratie behouden blijft. (bij een echte depressie moet er natuurlijk meer gebeuren!)

Langwerkende middelen

Deze middelen worden helaas niet door alle verzekeraars vergoed.

Op dit moment zijn er 10 langwerkende middelen op de markt, zes met methylfenidaat (Concerta van Janssen en het in principe identieke Methylfenidaat OROS van Sandoz of van Mylan, Equasym XL van Shire, Medikinet CR van Medice, Methylfenidaat Retard en dex-methylfenidaat Retard van de Regenboogapotheek) en een met dexamfetamine (dexamfetamine Retard van de Regenboogapotheek) en een met atomoxetine (Strattera van Lilly). Zij kunnen alle met kortwerkende methylfenidaat of dexamfetamine worden gecombineerd.

Concerta of Methylfenidaat OROS (alleen 18, 36 en 54 mg)

Dit middel is op de markt met pillen van 18, 27, 36 en 54 mg. De pil kan niet worden opengemaakt of worden gedeeld. De werking is zo dat de medicatie vrij komt in 3 fases (dus vergelijkbaar met 3x per dag kortwerkende methylfenidaat). De eerste dosis is iets lager dan de 2 volgende, dus bij 18 mg is het eigenlijk: 4+7+7 mg, bij 36 mg: 8+14+14 mg en bij 54mg: 12+21+21 mg. Als je hoger moet doseren, dus bijvoorbeeld 72 mg per keer moet geven wordt het dus (2x36mg): 16+28+28mg per keer et cetera.

Hoe laat je de pil neemt hangt af van je dagschema. Als je 's morgens meer nodig hebt om op gang te komen of om beter geconcentreerd te zijn op de leervakken op school kan je nog wat extra kortwerkende methylfenidaat er bij nemen. Dan heb je bijvoorbeeld als je 36 mg neemt: 36+5 mg (dat is dus 8+5 's morgens en hierna 14+14 's middags). Mocht de Concerta of de methylfenidaat OROS niet de beloofde 12 uur werken, maar bijvoorbeeld maar 8 uur en je moet nog huiswerk maken, dan kan je voordat het is uitgewerkt nog een keer kortwerkende methylfenidaat nemen ongeveer op de dosis die de Concerta of de methylfenidaat OROS had, dus bij 36 mg 10 of 15 mg.

Sommige kinderen willen de pil ook als ontbijt op bed, anderen nemen hem liever wat later in. Bijvoorbeeld eerst 15 mg Ritalin en dan na 2 of 3 uur pas de Concerta of de methylfenidaat OROS. Als de pil te kort werkt, bijvoorbeeld maar 8 uur en je hebt "nog 8 uur over" dan kan je overwegen nog een dosis te nemen. Als de pil te lang werkt en slaapproblemen geeft denk dan ook aan Equasym, Medikinet of (Dex-)Methylfenidaat Retard. Ook bij alle soorten langwerkende

methylfenidaat geldt: let op dosis en timing op alle delen van de dag en pas zo nodig zelf de medicatie aan. Concerta en methylfenidaat OROS kan ook met Strattera worden gecombineerd.

Equasym XL

Deze capsule is op de markt in doseringen van 10, 20, 30, 40 en 50 mg. De capsule kan je in zijn geheel doorslikken maar mag ook open gemaakt worden. De korrels kunnen dan met een lepeltje eten worden ingenomen. De bedoeling is dat de capsule ongeveer 8 uur werkt, zolang als een kind op school zit. De verdeling over de dag is als 2x per dag Ritalin, met iets minder 's morgens en iets meer in de middag: 10 mg is ongeveer gelijk aan 3+7 mg Ritalin, 20 mg aan 6+14 mg en 30 mg aan 9+21 mg. Als je het dagprofiel wilt veranderen dan kan je altijd Ritalin toevoegen, dus als je 's morgens hoger wilt doseren dan wordt het bijvoorbeeld Equasym 10XL + 5 mg Ritalin, de dosis wordt dan ongeveer 8+7 mg methylfenidaat. Als het te kort werkt kan je er ook Ritalin na nemen, of denken aan Concerta.

Medikinet CR

deze capsule kan net als Equasym zo nodig opengemaakt worden en wordt meestal na het ontbijt genomen. De verdeling over de dag is ook als 2x Ritalin. Er zijn capsules van 5, 10, 20, 30, 40, 50 en 60 mg. De verdeling is bij 5 mg CR ongeveer 2,5+2,5 mg, bij 10 mg ongeveer 5+5 mg, bij 20 mg 10+ 10 enzovoorts. Als je meer wilt 's morgen dan kan je Ritalin bij nemen, dus bijvoorbeeld 40 +5 mg is dan ongeveer gelijk aan 25+ 20 mg Ritalin per dag. Medikinet en Equasym kunnen ook gecombineerd worden met Concerta (en met Strattera).

Methylfenidaat langwerkend "Retard"

Deze medicatie is leverbaar in met pillen van 2,5 tot 50 mg methylfenidaat in stapjes van 2,5 mg (tot 30 mg) en hierna in stappen van 5 mg. Elke pil heeft zijn eigen kleur en grootte. Een pil van 5 mg werkt ongeveer als 2,5+2,5 mg en 50 mg als 25+25 mg kortwerkend methylfenidaat. De werkingsduur is meestal 5-7 uur. Het kan nodig zijn bij hogere sterktes de medicatie te combineren bijv 2 pillen tegelijk om te komen tot een dosis van 2x 30 mg methylfenidaat(dus 50+10 mg retard). Als de medicatie vaker gegeven moet worden bijvoorbeeld 4x per dag 20 mg kortwerkend, betekent dit dus 2x 1 pil van 40 mg na elkaar methylfenidaat langwerkend. Het medicijn wordt nog maar zelden vergoed uit het basis pakket, wel gaat de kosten van de medicatie ten laste van je eigenrisico (in 2014 is dit 360 euro). Het wordt per 7, 14 of 21 dagen "gebaxterd" (dat wil zeggen voor elk inname moment 1 zakje) aan huis bezorgd van uit een centrale apotheek, de medicatie past door de brievenbus.

Dexamfetamine "Retard"

Ook langwerkende dexamfetamine is leverbaar in doses van 2, 5, 10 en 15 mg. De pil werkt 2x zo lang als de normale dexamfetamine, meestal ongeveer 10 uur. Omzetten van kort naar langwerkende medicatie kan heel precies gebeuren met behulp van de 2 mg pil. Bijvoorbeeld iemand heeft ruim 2x 7,5 mg dexamfetamine nodig dan kan dit uitkomen op 15 mg dexamfetamine Retard. Als er iets meer nodig is dan wordt de dosis bijvoorbeeld 17 mg (15+2 mg). Deze medicatie wordt meestal niet meer vergoed uit het basispakket.

Dex-Methylfenidaat langwerkend "Retard"

De pil bestaat uit de rechtsdraaiende (dextro) variant van methylfenidaat. De onwerkzame linksdraaiende variant is uit het mengsel verwijderd. De dex-methylfenidaat retard is 2x zo sterk als de gewone methylfenidaat retard, dus bij omzetten wordt de dosering gehalveerd. Er zijn pillen van 2, 5, 10 en 15 mg.

Atomoxetine(Strattera)

Dit is een heel ander middel. Het werkt niet zoals de andere middelen op dopamine, maar op een andere neurotransmitter noradrenaline. Toch kan het ook heel goed werken op de ADD verschijnselen. De arts schrijft het middel voor als methylfenidaat niet (goed genoeg) werkt, als je de hele dag last hebt van ADHD of ADD en 1x per dag een pil wilt nemen of als je bij voorbaat al een hekel hebt aan Ritalin. Op dit moment moet je nog goed opletten of je verzekering het middel vergoed (hopelijk wordt dit probleem in de komende jaren opgelost), het is nogal kostbaar en je moet het elke dag nemen. Het begint niet zoals methylfenidaat meteen te werken, maar er zijn een paar weken nodig om te kunnen zien of het de goede keuze was. Soms moet je wel 3-4 maanden wachten op een gunstig effect. Je kan niet zelf de dosering bijstellen, het werkt met een standaard dosis per kilogram lichaamsgewicht (gemiddeld 1,2 -1,8 mg per kilogram lichaamsgewicht). Het instellen gaat ook anders: je moet het in stappen doen die ongeveer een week per verhoging kosten. Er zijn pillen van 10, 18, 25, 40, 60, 80 en 100 mg. Soms gebruik je ze allemaal na elkaar. Bijvoorbeeld een kind van 32 kg kan je een week 10 mg geven, dan een week 18mg, hierna 25 mg en dan doorgaan met 40 mg. Sommigen geven ook eerst een week 18 of 25 mg en dan meteen 40 mg. Je bouwt langzaam op om eventuele bijwerkingen te verminderen. Deze bestaan meestal uit een misselijk gevoel, diarree of slaapproblemen. Je kunt niet zelf de dosis aanpassen voor weekenden en vakanties maar je moet het elke dag blijven geven. De capsule kan in geval van moeilijkheden met slikken eventueel worden open gemaakt. Er zit een zure poeder in die niet in je ogen mag komen. Ook is bijvoorbeeld 30 mg te maken door een capsule van 60 mg door te knippen. Dit wordt niet aanbevolen door de firma die de capsule maakt en ook de apotheek is vaak niet tevreden, maar het kan wel (het is ook 2x zo goedkoop, soms is 30 mg de juiste dosis per kilo). De medicatie wordt bij voorkeur genomen na het eten, naar keuze 's morgens of na het avondmaal. Bij overblijvende concentratieproblemen of lastige bijwerkingen kan een stimulans worden toegevoegd.

Andere middelen

Er zijn nog andere middelen die worden gebruikt bij AD(H)D. Soms is dit nodig bij te geringe werking van de bovengenoemde middelen, soms in verband met comorbiditeit. Het zijn clonidine (Dixarit), moclobemide (Aurorix), risperidon (Risperdal), pipamperon (Dipiperon), bupropion (Wellbutrin), propranolol en sommige SSRI's of middelen tegen depressie. De meeste zijn goed te combineren met de andere anti-AD(H)D medicatie.

Toekomst

Binnenkort komen er mogelijk nog een nieuw middel op de markt: Intuniv (Guanfacine Extended release) dat enigszins lijkt op langwerkende clonidine. Over prijzen en vergoeding is nog niets bekend.