Prof. dr. Sandra Kooij,
psychiater PsyQ

i.s.m. de Doc,

huisartsen Den Haag

ADHD BIJ VOLWASSENEN & DE HUISARTS

Signaleren - Diagnostiek - Onderhoudsbehandeling

Kenniscentrum
ADHD bij volwassenen

TOPGGZ ERKEND

Juli 2026

ADHD bij volwassenen en de huisarts

ADHD wordt vaak vastgesteld en behandeld in de GGz, maar eerst is er de huisarts die de stoornis moet herkennen en verwijzen voor diagnostiek en/of behandeling. Na ontslag komt de patient meestal terug bij de huisarts voor onderhoudsbehandeling met medicatie. Omdat behandeling van ADHD bij volwassenen voor veel huisartsen een nog wat onwennig terrein is, hoopt dit boekje in een behoefte te voorzien.

Aan de orde komen:

1. **Signaleren en screenen** van ADHD bij volwassenen
2. **Diagnostiek:** waarmee en waar
3. **Onderhoudsbehandeling:** hoe vaak controleren, welke medicatie en dosering, en wat te doen bij complicaties
4. **Slaap bij ADHD**
5. **ADHD bij vrouwen en impact hormonale fluctuaties**
6. **Buitenland**
7. **Meer informatie**

Bijlagen

1. Ultrakorte Vragenlijst voor ADHD bij volwassenen
2. ADHD Onderhouds-Checklist voor de huisarts
3. Medicatie Checklist voor ADHD/ADD bij volwassenen
4. Infographic Hoofd Hart Hormonen (H3) netwerk www.h3-netwerk.nl

Versie 4 augustus 2026

Signaleren van ADHD bij volwassenen in de huisartspraktijk

ADHD komt bij 3-5% van de volwassen bevolking voor tot op hoge leeftijd, maar vaker bij mensen met psychiatrische problemen (20%), verslaafden (25%) en delinquenten (40%).

Bij ADHD gaat het om levenslange concentratieproblemen, onrust en/of impulsiviteit. De klachten kunnen variëren van: 'alles mislukt', 'last van een vol hoofd', niet kunnen slapen, slecht kunnen ontspannen, herhaaldelijke burnout, chronisch moe, echtscheiding, 12 ambachten - 13 ongelukken, binge eating, woedebuien, tot verslaving, depressie en angstklachten. Vaak hebben volwassen patienten vanwege de erfelijkheid, een of meer kinderen met de diagnose ADHD. Zij herkennen zichzelf in het gedrag van hun kind: 'zo was ik vroeger ook, en eigenlijk nog steeds'.

Onbehandelde ADHD kan leiden tot chroniciteit en een breed scala aan mentale en fysieke problemen met disfunctioneren:

- 4x hogere kans op ongelukken
- 2x hogere mortaliteit door ongelukken
- Meer slaapproblemen, depressie, bipolaire stoornis, autisme en verslaving
- Meer suicide (pogingen)
- Meer obesitas, vaker slecht te controleren diabetes en astma, en migraine, hypermobiliteit, allergie, infecties, immuunziekten, (long)COVID-19, hart- en vaatziekten, dementie

Snelle screening van ADHD in de huisartspraktijk is mogelijk m.b.v. slechts 4 vragen: 3 naar de kernsymptomen en 1 naar het levenslange beloop. De Ultrakorte Vragenlijst voor ADHD bij volwassenen wordt landelijk gebruikt bij PsyQ bij de toewijzing aan de gespecialiseerde programma's voor ADHD (zie bijlage 1).

Bij verdenking op ADHD kan naar de GGz worden verwezen voor verdere diagnostiek m.b.v. het Diagnostisch Interview voor ADHD (DIVA-5) bij volwassenen, dat is gebaseerd op de DSM-5 criteria. DIVA-5 wordt wereldwijd gebruikt voor diagnostiek van ADHD in zorg en onderzoek, zie ook www.divacenter.eu. DIVA-5 is in 2026 aangepast tot DIVA-5-R(evised), t.b.v. betere herkenning van vrouwen en ouderen met ADHD. Zij worden vaak niet of veel te laat gediagnosticeerd, met veel negatieve gevolgen.

Indien getraind, kan de POH GGz ook de ADHD diagnose stellen, maar vanwege

de frequente comorbiditeit met angst/depressie/verslaving/slaapstoornissen, is meestal diagnostiek en behandeling in de SGGZ aangewezen.

Verwijzing kan via www.psyq.nl. PsyQ heeft landelijke vestigingen met gespecialiseerde ADHD teams. ADHD Centraal home - ADHDcentraal en individuele behandelaars zijn te vinden via www.adhdnetwerk.nl onder Adressen behandelaars.

Na ontslag uit de GGz wordt de huisarts vaak verzocht de medicamenteuze behandeling voort te zetten. In de volgende paragraaf worden hiervoor nuttige tips gegeven, die tot stand kwamen in overleg met huisartsen van huisartsenpraktijk de Doc in Den Haag.

Onderhoudsbehandeling van ADHD of ADD bij volwassenen door de huisarts

Anne Kjems Philipsen, Anne MØnsted & Sandra Kooij

Zorg dat u een helder behandelplan van de psychiater hebt ontvangen als uw patiënt terugverwezen wordt naar de huisartsenpraktijk voor controle en onderhoudsbehandeling van ADHD of ADD.

Conform de Zorgstandaard ADHD van de NVvP (2018), neemt de huisarts de behandeling over na ontslag uit de GGZ.

Onderhoudsbehandeling door de huisarts

- Elk half jaar controle op de huidige situatie, therapietrouw, bloeddruk, pols en gewicht. Bij kinderen tevens de lengte.
- Voorafgaand aan het consult vult patiënt bijgevoegde vragenlijst in, dit scheelt tijd tijdens het consult.
- Tijdens het consult wordt de vragenlijst samen met de patiënt doorgenomen; alleen positief beantwoordde punten hoeven besproken te worden.
- Ga na of de problemen op te lossen zijn met praktische tips, aanpassing van de medicatie, overleg met school/werkgever/partner/psychiater, of dat terugverwijzing naar de GGz noodzakelijk is.
- De volgende afspraak wordt meteen gepland en door patiënt in de agenda gezet.
- Herinner patiënt aan de volgende afspraak via het secretariaat d.m.v. SMS, app of email.
- Zet op de mail hoe de medicatie tot het volgende consult gebruikt moet worden.
- Bij vrouwen kunnen hormonale fluctuaties (premenstrueel, postpartum, perimenopauzaal) de ADHD-klachten en de respons op stimulantia

beïnvloeden.

Wetenswaardigheden behandeling

- De behandeling van ADHD bestaat uit psycho-educatie, medicatie, coaching en cognitieve therapie.

- Behandeling zonder medicatie is mogelijk, maar levert meestal onvoldoende resultaat op doordat de aandacht te kort blijft schieten om te kunnen profiteren van de therapie.

- Het advies is de medicatie in elk geval een keer te proberen, omdat iemand met ADHD eigenlijk niet weet hoe het is om langere tijd rustig en gefocused te kunnen zijn. Stoppen kan altijd als het niet bevalt.

- De stimulantia zijn effectiever voor de concentratieproblemen, onrust en impulsiviteit, en ook voor de vaak heftige stemmingswisselingen dan de overige middelen (atomoxetine, bupropion, guanfacine).

- Meest voorkomende bijwerkingen zijn: afname van de eetlust, snellere hartslag, hoofdpijn. Een reeds bestaande matige depressie of dysthymie kan verergeren met stimulantia. De stemmingsstoornis dient dan eerst behandeld te worden, waarna stimulantia worden toegevoegd. Bij ADHD met onbehandelde bipolaire stoornis kunnen stimulantia een (hypo)manie uitlokken. De bipolaire stoornis moet dus eerst behandeld worden.

- Als patient klaagt zo rustig te zijn, dat de creativiteit teveel afneemt, kan de dosis, timing, of het middel worden aangepast.

- Eerste keus medicatie voor ADHD bij kinderen is methylfenidaat, bij volwassenen dexamfetamine o.b.v. een meta-analyse van beschikbaar onderzoek. De stimulantia geven de hoogste kans op respons (bij 70-80%) en worden relatief goed verdragen.

- Dexamfetamine kan bij een speekseltest in het verkeer positief uitpakken, wat erg vervelend kan zijn voor patienten. Voor actuele informatie zie www.impulsenwoortblind.nl.

- De meeste medicatie is wel voor kinderen met ADHD geregistreerd, maar (nog) niet voor volwassenen. In het buitenland is dit vaak wel het geval. De meeste medicatie wordt in Nederland aan volwassenen dus *off-label* voorgeschreven. Uitzonderingen zijn Medikinet CR en Atomoxetine, die wel voor volwassenen zijn geregistreerd.

- Langwerkende stimulantia hebben de voorkeur boven kortwerkende i.v.m. het optreden van rebound verschijnselen bij het uitwerken, wat de ADHD klachten tijdelijk versterkt. Langwerkende medicatie is veiliger in het verkeer en bij verslaafden met ADHD; en het werkt beter doordat het minder vaak hoeft te worden ingenomen en dus minder vaak wordt vergeten.

- Onderscheid bijwerkingen en rebound: bijwerkingen treden ongeveer 1,5 uur op na inname, rebound bij het uitwerken van de medicatie.

- Lang- en kortwerkende stimulantia kunnen eventueel samen worden gebruikt, bijvoorbeeld om de werkingsduur aan het eind van de middag met de gewenste tijd te verlengen, of om sneller op te kunnen starten ’s morgens (toevoegen 10-20 mg kortwerkend methylfenidaat of 5 mg dexamfetamine).

- Startdoseringen zijn 18-36 mg Concerta, 10 -20 mg dexamfetamine retard Regenboog, 20-30 mg langwerkend lisdexamfetamine (Elvanse), of 40 mg atomoxetine.

- De dosis wordt verhoogd op geleide van effect, werkingsduur en bijwerkingen in 2-4 weken. De werkingsduur van Concerta en dexamfetamine retard Regenboog is individueel variabel, maar ongeveer 8 uur, van lisdexamfetamine 6-12 uur. Dit bepaalt het aantal keer doseren per dag. De meeste patienten willen zich ook ’s avonds nog kunnen concentreren, wat een werkingsduur van 8 uur tot 23 uur kan betekenen. Atomoxetine werkt 24 uur/dag.

- De dosis is individueel variabel. Gangbare doseringen bij volwassenen zijn: Concerta 1 dd 72 mg + 1dd 54 mg/dag; dexamfetamine retard 2dd 20 mg/dag; lisdexamfetamine 1dd 50-70 mg/dag tot 2dd 70 mg/dag; atomoxetine 1dd 80-100 mg/dag. De maximum dosis van de stimulantia is onbekend. In de praktijk wordt een max. dosis van ongeveer 150 mg methylfenidaat/dag en 80 mg dexamfetamine aangehouden. Voor lisdexamfetamine is dit nog onbekend bij volwassenen. Volgens onderzoek van de fabrikant is de veiligheid van lisdexamfetamine aangetoond tot doseringen van 250 mg/dag.

Vergoeding

- Helaas wordt langwerkende medicatie meestal niet vergoed. Elk jaar publiceert PsyQ begin december online, up to date informatie over de kosten van de medicatie bij volwassenen, en de kosten van verzekeringen/eigen bijdrage/eigen risico, t.b.v. het overzicht voor de patient.

- Uitzondering: alle ADHD medicatie van de Regenboog apotheek wordt in het basispakket vergoed door verzekeraar DSW, ook in 2026.

- Merk medicatie wordt voor een klein deel vergoed, de rest wordt verhaald via patient's eigen bijdrage voor medicatie (max 250 euro/jaar, waarna de verzekeraar de overige kosten zou moeten dragen (besluit Staatscourant 13/6/2018).

- NB Tentin en Elvanse hebben een (voorlopige) terugbetaalregeling van de eigen bijdrage van 250 euro via www.hevoconsult.nl respectievelijk www.terugbetaalregeling.nl.

Aanpassen medicatie

- Alleen na zorgvuldige afweging mag het medicijngebruik gestaakt worden in verband met het risico op terugval.

- Een bijkomende hypertensie, glaucoom, depressie of angststoornis vormt i.h.a. geen reden de ADHD medicatie te staken, deze aandoeningen kunnen zonder problemen samen worden behandeld. Dit geldt zelfs voor epilepsie, na overleg met de neuroloog.

- Bij lichte toename van klachten zonder ernstig risico kan het voldoende zijn om dagelijkse routines aan te passen en stressoren te reduceren;

- Een aantal weken later wordt patiënt teruggezien ter evaluatie.

- Als bovenstaande stappen niet tot voldoende verbetering leiden, kan het nodig zijn om de medicatie tijdelijk te verhogen.

- Methylfenidaat: verhoog de dosis met 5 tot 10 mg per dag, en dexamfetamine met 2.5-5 mg per dag. Dit geldt zowel voor kort- als langwerkende middelen. De hogere dosering laten innemen op het moment dat patiënt de meeste problemen ervaart. Wees u ervan bewust dat medicatie in de namiddag en avond een negatieve invloed op de nachtrust kan hebben. Maar een kortdurende verhoging van een dagelijkse dosering stimulantia veroorzaakt zelden problemen. Wanneer de externe stressfactoren zijn afgenomen, kan de dosering weer verlaagd worden.

- Atomoxetine: mag per dag verhoogd worden met 10 mg, binnen de maximaal aanbevolen hoeveelheid van 1,8 mg per kg/dag (voor volwassenen). Wanneer externe stressfactoren zijn afgenomen kan de dosis weer omlaag.
- Houd hierbij bloeddruk, hartslag en gewicht in de gaten. Let daarnaast op misselijkheid, droge mond, verminderde eetlust, obstipatie, slaperigheid of slapeloosheid en seksuele disfunctie; deze bijwerkingen verminderen vaak na enkele weken.

- Vrouwen met ADHD hebben 2-3x zo vaak een premenstruele toename van concentratie-, stemmings- (depressief, prikkelbaar, suïcidaliteit) en slaapproblemen, tot het niveau van premenstruele depressie. De pil continu (bio-identieke hormonen, bv Zoely), een lage dosering SSRI, bij voorkeur continu, en mogelijk kan ook een tijdelijke dosisverhoging (met 30-50%) van de gangbare dosering van het stimulans in deze periode helpen.
  Ook postpartum en perimenopauzaal zijn er vaak ernstige klachten waarop proactief gescreend dient te worden, omdat die het functioneren belemmeren en gerichte behandeling behoeven (zie ook p. 10 voor meer info).

Verwijzing psychiater

Bij vragen of complexe gevallen, bijvoorbeeld bij comorbide depressie, middelenmisbruik of anderszins, is het advies een in ADHD gespecialiseerde psychiater te raadplegen. Dit kan via het verwijzersplatform van PsyQ: tel. 088 357 10 57 of verwijzers@parnassiagroep.nl. Op werkdagen van 08:30 tot 17:00 uur. Iedere dag tussen 13.00 - 14.00 uur en 16.00 -17.00 uur zit een psychiater klaar om vragen te beantwoorden.

Slaap bij ADHD

Bij 80% van de mensen met ADHD/ADD komen slaapproblemen voor, zowel in- als doorslaapproblemen. Het zijn vaak late slapers met een verlate slaapfase syndroom, dat samen gaat met een verlate aanmaak van melatonine. Slechte slaap verergert de cognitieve problemen bij ADHD en kan een depressie luxeren of onderhouden. Het is daarom belangrijk om te waken over de slaapkwaliteit van de patiënt. De slaapproblemen zijn vaak chronisch, waardoor benzodiazepines niet aangewezen zijn. Stimulantia in de namiddag en avond kunnen de slaapproblemen verergeren, maar meestal zijn de pre-existente slaapproblemen ernstiger. Ev. kan nog een lage dosis van een kortwerkend stimulans tegen bedtijd helpen (dan rustig genoeg om in te slapen). Anders de laatste dosis juist weglaten.

Slaaphygiëne is een belangrijke eerste stap voor de behandeling van slaapproblemen, maar vaak niet voldoende om een slaapduur van 7-8 uur te garanderen. Aangeraden wordt om 30-60 minuten voor de gewenste inslaaptijd 0.5-1 mg melatonine in te nemen, b.v. om 22 uur. Deze lage dosis reset de biologische klok naar een vroeger tijdstip. Dat betekent dat het dan beter mogelijk is om eerder te gaan slapen, maar ook dat slaaphygiene erbij nodig blijft. De tijd die het kost voordat het middel werkt verschilt per patiënt en zal uitgeprobeerd moeten worden. Omdat het effect van melatonine niet altijd meteen zichtbaar is, wordt geadviseerd om de melatonine een aantal weken te gebruiken (elke avond op dezelfde tijd, maar niet na 24 uur), en daarna het behandeleffect te evalueren. Hogere doseringen melatonine kunnen leiden tot stapeling en sufheid overdag.

Licht stopt de melatonine productie via de ogen. Daarom wordt geadviseerd om blootstelling aan licht (beeldschermen) te voorkomen na 21.30 u, of anders ’s avonds een bril met oranje glazen op te zetten die met name het blauwe licht dat de melatonine productie stopt, tegenhoudt. Melatonine werkt kort (2-3 uur) en bevordert daarmee vooral het inslapen. Circadin 2 mg bevat langwerkend melatonine (8 uur, geregistreerd voor 55+ ivm afname van de melatonine spiegel met de leeftijd), en bevordert daarmee het doorslapen. Mensen met ADHD die wel inslapen op kortwerkend melatonine maar rond 03 uur wakker worden en dan niet goed doorslapen, profiteren vaak van Circadin.

Lichttherapie in de ochtend op een vaste tijd is een ander signaal voor de biologische klok, dat het slaapritme naar voren kan ‘resetten’. Tevens effectief voor de vaker bij ADHD voorkomende winterdepressie. Hiervoor gebruiken patienten lichtbakken van 10.000 lux op 20 cm van de ogen, 30 min lang gedurende 1-3 weken op een vaste

tijd vroeg in de ochtend, bijv. van 7.00-7.30 u. De afstand tot de ogen en de timing zijn cruciaal voor het effect. De nieuwste ontwikkeling is de zg. Lichttherapiebril die een vergelijkbaar effect heeft, en die de werkzaamheden thuis in de ochtendspits niet hoeft te onderbreken (bijv. Propeaq).

Overige slaapstoornissen

Behalve een verlate slaapfase komen insomnia (moeite met in- en doorslapen door piekeren), restless legs syndroom (RLS) /periodic limb movement disorder en slaapapneu in verhoogde mate voor bij ADHD. De behandeling is specifiek per stoornis, en vindt zoveel mogelijk plaats binnen de in toenemende mate getrainde ADHD teams van PsyQ. Diagnostiek van de slaapproblemen kan landelijk zonder lange wachtlijsten via het Nederlands Slaap Instituut (NSI).

5. ADHD bij vrouwen en impact van hormonale fluctuaties

Meisjes en vrouwen met ADHD hebben 2-3x zo vaak premenstruele (45%), postnatale (58%) en perimenopauzale depressies, en ook vaak een premenstruele exacerbatie van ADHD (PME). Vrouwen met andere psychische aandoeningen lijden ook vaker aan toename van klachten in die perioden overigens. De verklaring lijkt de interactie tussen neurotransmitters als dopamine en serotonine met met name oestrogeen in de hersenen. Dopamine is ontregeld bij ADHD. Oestrogeen heeft dezelfde hersenfuncties als dopamine voor concentratie, geheugen en stabiliteit van de stemming. Oestrogeen is ook nauw betrokken bij de aanmaak van dopamine en remt de afbraak ervan. Dan lijkt bij een ontregelde dopaminespiegel een lage oestrogeen spiegel extra belastend voor stemming en concentratie. Over de ev. interactie met progesteron is nog onvoldoende bekend.

De pil continu (met bio-identieke hormonen, bv de Zoely, deze wordt vaak beter verdragen), een laag gedoseerde SSRI continu (niet intermitterend bij ADHD ivm kans op vergeten), en een premenstruele dosisverhoging van 30-50% van de gebruikelijke dosering stimulantia kunnen helpen bij premenstruele depressie. Dit geldt waarschijnlijk ook voor de postpartum depressie (bij 58%). Ivm de hoge kans op postpartum depressie is het belangrijk vrouwen met ADHD hierop te monitoren om z.n. snel behandeling te kunnen inzetten.

NB - Het is nieuw en nog weinig bekend dat de perimenopauze bij vrouwen met ADHD 5-10 jaar eerder begint, zo blijkt uit bevolkingsonderzoek, al vanaf het 35e jaar als nog niemand er aan denkt. Deze vroege overgang behoeft medische aandacht,

uitleg en tijdige hormoon suppletie therapie (HST), eerdere screening op hart- en vaatziekten, naast eventueel melatonine, een SSRI en ADHD medicatie (meer info via www.h3-netwerk.nl).

6. **Buitenland**

Als uw patiënt reist binnen het Schengen-grondgebied, dient een medische verklaring mee te worden genomen met de stimulerende medicatie. Zie ook http://www.hetcak.nl/ onder Schengenverklaring. Buiten het Schengen-grondgebied verschillen de regels per land; daarom kan patiënt het beste zelf contact opnemen met de ambassade van het desbetreffende land. Doorgaans worden medische verklaringen in het Engels geaccepteerd.

Meer informatie

Kinderen

- Paternotte A en Buitelaar JK. Het is ADHD. Terra - Lannoo, 2013.
- Zorgstandaard ADHD (2019)
- NHG Standaard ADHD bij kinderen (2014)

Volwassenen

- Kooij, JJS. ADHD bij volwassenen. Diagnostiek en behandeling. Pearson Assessment and Information, 4e druk, 2021.
- Van de Sande, Jacqueline en Kooij, Sandra. Bloedirritant! De onzichtbare strijd van vrouwen met ADHD, 7e druk, SWP, 2024.
- Kooij, JJS en Otten-Pablos S. Hyper Sapiens. Praktische gids voor volwassenen met ADHD. Unieboek/ het Spectrum, 2013.
- Zorgstandaard ADHD (2019).
- Het Hoofd Hart Hormonen netwerk (H3-netwerk) bevordert multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen, medisch specialisten en paramedici ten behoeve van beter geïntegreerde vrouwengezondheidszorg. Dit krijgt vorm in regionale H3-netwerken voor overleg en verwijzing via een app groep, webinars en symposia. Aanmelden kan via Registreren - H3-Netwerk

Nascholing

- Geaccrediteerde trainingen over ADHD bij volwassenen voor (huis)artsen door

Kenniscentrum ADHD bij volwassenen en ouderen, PsyQ Den Haag
- Online educatief platform met Engelse video's over ADHD bij volwassenen, www.ADHDPowerbank.nl

Bijlage 1

Ultrakorte Vragenlijst voor ADHD bij volwassenen

J.J.S. Kooij, psychiater (2006)

---

1. Voelt u zich doorgaans onrustig?

(bijvoorbeeld: gejaagd, moeite met stilzitten, friemelen, veel sporten, of bewegelijk zijn)

Ja/nee

2. Heeft u doorgaans de neiging eerst te doen en dan pas na te denken?

(bijvoorbeeld: dingen eruit flappen, teveel geld uitgeven, of ongeduldig zijn)

Ja/nee

3. Heeft u doorgaans concentratieproblemen?

(bijvoorbeeld: snel afgeleid, dingen niet afmaken, snel verveeld, vergeetachtig, of chaotisch)

Ja/nee

Indien het antwoord op één of meer van bovenstaande vragen 'ja' is:

---

4. Heeft u dit altijd gehad?

(zolang u zich kunt herinneren, of bent u het grootste deel van uw leven zo geweest)

Ja/nee

Indien het antwoord op vraag 4 'ja' is, overweeg dan verdere diagnostiek van ADHD.

Over de Ultrakorte Vragenlijst voor ADHD bij volwassenen

Deze *Ultrakorte Vragenlijst voor ADHD bij volwassenen* kan dienen om bij verdenking op ADHD een eerste snelle screening te doen. De vragenlijst is niet gevalideerd in onderzoek, maar past wel de DSM-5 criteria toe voor de diagnose: de drie kernsymptomen onrust of hyperactiviteit, impulsiviteit, en concentratie- of aandachtsproblemen worden uitgevraagd. Een symptoom moet er niet af en toe, maar doorgaans zijn. Als dat het geval is, moet het symptoom er bovendien altijd zijn geweest, vanaf de kindertijd (< 12e jaar).
Alle drie mogelijke subtypen van ADHD worden met deze vier vragen uitgevraagd: de inattente, hyperactief/impulsieve, en de gecombineerde presentatiewijze van ADHD.
Uit de vragenlijst komt naar voren dat de kern van ADHD niet zozeer de aanwezigheid van een of meer symptomen is, alswel de chroniciteit ervan (altijd gehad/altijd zo geweest).

Hoe verder na de eerste screening?

Als er reden is om aan ADHD te denken kan verdere diagnostiek worden verricht in de huisartspraktijk door bijvoorbeeld de POH GGZ of door de SGGZ, met het semigestructureerde Diagnostisch Interview voor ADHD (DIVA-5-R) (online beschikbaar via www.divacenter.eu).

Referentie:

J.J.S. Kooij. ADHD bij volwassenen. Diagnostiek en behandeling, 4e druk, Pearson Assessment and Information, Amsterdam (2021).

Bijlage 2

ADHD Onderhouds-Checklist voor de huisarts Door Anne Kjems Philipsen, Anne Monsted & Sandra Kooij	Ja	Nee
1. Hebt u problemen met hyperactiviteit, bijvoorbeeld rusteloosheid, nervositeit, moeite met stil zitten, friemelen aan dingen of buitensporige fysieke activiteit?		
2. Hebt u problemen met impulsiviteit, bijvoorbeeld: niet denken maar doen, niet nadenken voor u iets zegt, te veel geld uitgeven of ongeduld?		
3. Hebt u problemen met uw concentratie, bijvoorbeeld bent u snel afgeleid, verveeld, vergeetachtig of chaotisch of maakt u dingen niet af?		
4. Heeft u problemen overdag, bijvoorbeeld op school of tijdens het werk?		
5. Heeft u problemen in sociaal contact?		
6. Heeft u problemen in uw vrije tijd?		
7. Zijn er problemen in de familie?		
8. Zijn er onlangs dingen veranderd in uw leven die u beïnvloeden?		
9. Zit u in een stressvolle periode?		
10. Bent u momenteel somber of verdrietig?		
11. Hebt u stemmingswisselingen gedurende de dag?		
12. Zijn er specifieke momenten overdag waarop u moeilijkheden ervaart?		
13. Eet u meer of minder dan normaal?		
14. Heeft u moeite met slapen?		
15. Vergeet u uw medicijnen in te nemen?		
16. Hebt u extra medicatie nodig voor uw ADHD/ADD?		

17. Hebt u last van de bijwerkingen van de medicatie?		
18. Ervaart u steun door het gebruik van alcohol, marijuana, drugs of andere medicatie op dit moment?		
19. Is er iets waar u specifieke hulp bij nodig heeft?		
Alleen voor kinderen:		
1. Is het kind prikkelbaarder dan gewoonlijk?		
2. Is het kind vaker boos dan gewoonlijk?		
3. Groeit het kind naar verwachting?		
4. Ontwikkelt het kind zich goed?		
5. Is het kind blij?		

Bijlage 3

Medicatie Checklist voor ADHD/ADD bij volwassenen

Langwerkend = laag frequent doseren = minder vergeten = betere therapietrouw

(M)= bevat methylfenidaat; (D) = bevat dexamfetamine

NB er zijn steeds meer generieke merken beschikbaar

	® Geregistreerd voor kinderen, niet voor volwassenen met ADHD (off label), m.u.v. Medikinet CR	**Naam**	**Tabletten**	**Werkings-duur per dosering**	**Frequentie per dag**
Stimulantia	**Kortwerkend**	**Ritalin®** (M)	10 mg	2-4 uur	4-6 keer Max dosis 150 mg/ dag
		Medikinet® (M)	5, 10 of 20 mg		
		Dexamfetamine (D)	2, 2.5, 3, 5, 7.5 of 10 mg	3-5 uur	3-5 keer Max dosis 40-80 mg/dag
		Tentin ® (D)	5 mg	8 uur	1-2 keer/dag
	Middellang werkend	**Medikinet CR®** (M) (Geregistreerd voor volwassenen)	5, 10, 20, 30, of 40 mg	5-8 uur	2-3 keer Max dosis 150 mg/dag
		Equasym XL® (M)	10, 20 of 30 mg		
		Methylfenidaat Retard Regenboog (M)	5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, of 50 mg		
	Langwerkend	**Concerta® (**M)	18, 27, 36 of 54 mg	8-12 uur	1-2 keer
		Kinecteen® (M)	18, 27, 36 of 54 mg		

		Methylfenidaat Retard Sandoz of Mylan (M)	18, 36 of 54 mg		Max dosis 150 mg/dag
		Dexamfetamine Retard Regenboog (D)	1, 2, 5, 10 of 15 mg	6-8 uur	1-2 keer Max dosis 80 mg/dag
		Elvanse ® (D) (Lisdexamfeta-mine)	20, 30, 40, 50 , 60 of 70 mg	6-12 uur	1-2 keer Gangbare dosis 70 + 50 mg/dag Max dosis onbekend (Veiligheid tot 250 mg/dag aangetoond)
	Niet geregistreerd voor ADHD	**Dexmethylfeni-daat Retard Regenboog** (M) (bevat alleen R-methylfenidaat)	2, 5, 10, 15, 20 of 30 mg	12 u	1 keer Max dosis 40 mg/dag
Niet-stimulerende middelen	**® Geregistreerd voor kinderen en volwassenen met ADHD**				
	Langwerkend	**Strattera®** (Atomoxetine)	10, 18, 25, 40, 60, 80 of 100 mg	24 uur Dosis kan in tweeën gesplitst worden	1-2 keer Max dosis: Kinderen: 1.2-1.8 mg/kg/dag. Volwassenen: 1.8 mg/kg/dag (ong. 80-100 mg/dag.
	® Geregistreerd voor kinderen met ADHD	**Intuniv ®** (Guanfacine)	1, 2, 3 of 4 mg	24 uur	1 keer Max dosis 7 mg
	Niet geregi-streerd voor ADHD (off label)				
	Langwerkend	**Modafinil** (Modiodal)	100 mg	24 uur Dosis kan in tweeën	1-2 keer Max dosis 400 mg

		(Geregistreerd voor narcolepsie)		gesplitst worden	
		Wellbutrin (Bupropion) (Geregistreerd voor depressie en stoppen met roken)	150 mg	24 uur	1-2 keer Max dosis 300-450 mg/dag

Infographic Hoofd Hart Hormonen (H3) Netwerk (www.h3-netwerk.nl

