



## Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling

GGZ



## Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling

GGZ

In 2005 verscheen de *Multidisciplinaire richtlijn voor ADHD bij kinderen en jeugdigen*.

De *Multidisciplinaire richtlijn* geeft adviezen, aanbevelingen en handelingsinstructies voor diagnostiek en behandeling van kinderen en jeugdigen met ADHD. De adviezen en aanbevelingen worden niet alleen in de GGZ gebruikt, maar zijn ook bruikbaar voor de huisarts, de bedrijfsarts en de maatschappelijk werker. De richtlijn is ook een beslissingsondersteunend instrument voor patiënten en hun ouders.

De inhoud van de richtlijn is gebaseerd op het best beschikbare bewijs uit wetenschappelijk onderzoek (*evidence based*), aangevuld met overige overwegingen, op basis van overeenstemming van professionals en ervaringsdeskundigen. De beoogde effecten van het handelen in de praktijk blijven echter het belangrijkste criterium.

In de richtlijn komen de volgende onderdelen aan de orde:

- diagnostiek en behandeling, stand van zaken
- signalering en diagnostiek
- farmacotherapie
- psychosociale interventies
- perspectief patiënten en hun ouders

Van deze richtlijn is nu een *samenvatting* gemaakt, bedoeld om in prettig leesbare vorm de aanbevelingen van de richtlijn voor de praktijk bruikbaar te maken. De samenvatting volgt globaal de hoofdstukindeling van de richtlijn.

### Multidisciplinaire richtlijnen

Vanaf januari 1999 bestaat de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Deze stuurgroep, geleid door een onafhankelijk voorzitter, is samengesteld uit vertegenwoordigers van de volgende vijf beroepsverenigingen: het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP), de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Federatie Verpleegkunde in de GGZ (FVGGZ). De Stuurgroep wordt ondersteund door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction.

Trimbos-instituut  
Secretariaat Landelijke  
Stuurgroep Multidisciplinaire  
Richtlijnontwikkeling in de GGZ  
Postbus 725  
3500 AS Utrecht  
T (030) 297 11 31  
E [ggzrichtlijnen@trimbos.nl](mailto:ggzrichtlijnen@trimbos.nl)  
[www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)  
[www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)

 Trimbos  
instituut

Netherlands Institute of  
Mental Health and Addiction



SAMENVATTING MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN ADHD

## MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN

# ADHD

Richtlijn voor de diagnostiek  
en behandeling van ADHD  
bij kinderen en jeugdigen

## Samenvatting

Multidisciplinaire richtlijn

## **ADHD**

Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD  
bij kinderen en jeugdigen

## **Samenvatting**

Eva Fischer  
Trimbos-instituut

Met medewerking van:  
Luuk Kalverdijk, Accare  
Marjon Vink, Trimbos-instituut

Deze uitgave is te bestellen bij het Trimbos-instituut, via [www.trimbos.nl/producten](http://www.trimbos.nl/producten) of via de Afdeling bestellingen, Postbus 725, 3500 AS Utrecht, 030-297 11 80; fax: 030-297 11 11; e-mail: [bestel@trimbos.nl](mailto:bestel@trimbos.nl). Onder vermelding van artikelnummer AF0734 U krijgt een factuur voor de betaling.

Deze samenvatting is ontleend aan de Multidisciplinaire richtlijn ADHD– Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen 2005. (verschenen onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ: Bestelnummer AF0635).

Deze en andere multidisciplinaire richtlijnen van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ zijn tevens beschikbaar op de website: [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl).

ISBN 978-90-5253-5821

Inhoud

<b>1</b>	<b>INLEIDING</b>	<b>5</b>
	De multidisciplinaire richtlijn	5
	Deze samenvatting	5
	Tenslotte	6
<b>2</b>	<b>SIGNALERING EN DIAGNOSTIEK</b>	<b>7</b>
2.1	Signalering	7
2.2	De rol van diagnostiek	7
2.3	Onderdelen van het diagnostisch proces	8
2.3.1	Klachteninventarisatie	8
2.3.2	Somatisch onderzoek	8
2.3.3	(Neuro)psychologisch onderzoek	9
2.3.4	Orthodidactisch onderzoek	9
2.3.5	Gezinsdiagnostiek	9
2.4	Specifieke groepen binnen de ADHD-populatie en diagnostiek	10
2.5	Zorgverleners en zorginstellingen die betrokken zijn bij de signalering en diagnostiek van ADHD	10
<b>3</b>	<b>FARMACOTHERAPIE BIJ KINDEREN EN JEUGDIGEN MET ADHD</b>	<b>11</b>
3.1	Stimulantia als behandeling van ADHD	11
3.1.1	Eerste keuze psychostimulantia	11
3.1.2	Belangrijkste bijwerkingen en interacties van stimulantia	11
3.1.3	Instelling en dosering stimulantia	13
3.1.4	Controles en aanpassing van dosering	14
3.1.5	Specifieke controles	14
3.2	Tricyclische antidepressiva als behandeling van ADHD	14
3.3	Clonidine als behandeling van ADHD	15
3.4	Bupropion als behandeling van ADHD	15
3.5	Atomoxetine als behandeling van ADHD	16
3.6	Medicamenteus beleid bij comorbiditeit	16
3.6.1	Oppositieele opstandige gedragsstoornis of een gedragsstoornis	16
3.6.2	Het syndroom van Gilles de la Tourette en ticstoornissen	16
3.6.3	Angststoornissen	17
3.6.4	Stemmingstoornis	17
3.6.5	Specifieke leerstoornissen	18
3.6.6	Mentale retardatie	18
3.6.7	Autisme spectrum stoornissen	18
3.6.8	Epilepsie	18
3.7	Medicamenteuze behandeling bij specifieke populaties	18
3.7.1	Meisjes	18
3.7.2	Kleuters/peuters	19
3.7.3	Adolescenten en jongvolwassenen	19
3.7.4	Etnische en raciale factoren	19
<b>4</b>	<b>PSYCHOSOCIALE INTERVENTIES</b>	<b>21</b>
4.1	Psychosociale interventies met de ouders	21
4.1.1	Psycho-educatie	21
4.1.2	gedragstherapeutische oudertraining	22
4.1.3	Factoren die de uitkomst van gedragstherapeutische oudertraining voorspellen	22
4.1.4	Duur van de ouderbegeleiding	22

4.2	Psychosociale interventies met de leerkracht en op school	23
4.2.1	Psycho-educatie voor leerkrachten	23
4.2.2	Gedragstherapeutische leerkrachttraining	23
4.3	Psychosociale interventies met het kind	24
4.3.1	Zelfregulatietraining	24
4.3.2	Sociale vaardigheidstraining	25
4.3.3	Daghulp	26
4.3.4	Aanbieden van een ander milieu	26
4.3.5	Behandeling van motorische problemen bij ADHD	26
4.3.6	Psychomotorische problemen bij ADHD	26
4.3.7	Psychomotorische therapie	26
4.3.8	Creatieve therapie	27
4.3.9	Dieet	27
4.3.10	Alternatieve interventies	27
<b>5</b>	<b>PATIËNTENPERSPECTIEF</b>	<b>29</b>
5.1	Voorlichting	29
5.2	De behandelrelatie	29
5.3	Diagnostiek	29
5.4	Behandeling	30
5.5	Behandelmogelijkheden	31
5.6	ADHD op school	32
<b>BIJLAGE 1</b>	<b>ALGEMENE DIAGRAMMEN VOOR DE BEHANDELING VAN KINDEREN MET ADHD</b>	<b>33</b>
<b>BIJLAGE 2</b>	<b>COMPETENTIEMATRIX VOOR DE SIGNALERING, DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING VAN ADHD</b>	<b>37</b>
<b>BIJLAGE 3</b>	<b>ADRESSEN RELEVANTE PATIËNTEN-/FAMILIEORGANISATIES</b>	<b>41</b>

# 1 Inleiding

In november 2005 verscheen de multidisciplinaire richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen. Deze richtlijn werd ontwikkeld door een multidisciplinair samengestelde werkgroep, voorgezeten door Drs. J. Heiner. De werkgroep bestond uit vertegenwoordigers van beroepsorganisaties en cliënten-/familieorganisaties die betrokken zijn bij de zorg van mensen met ADHD. De werkgroep werd ondersteund door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut en opereerde onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. De ontwikkeling van de richtlijn gebeurt middels een 'evidence-based' werkwijze.

Van de richtlijn ADHD is een samenvatting gemaakt, met als doel de moeder-richtlijn in een makkelijk leesbare en voor de praktijk bruikbare vorm te gieten.

## De multidisciplinaire richtlijn

De richtlijn heeft twee inleidende hoofdstukken, één algemene inleiding over het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen en één specifieke inleiding rondom het onderwerp ADHD. De specifieke inleiding over ADHD geeft informatie over de huidige uitgangspunten betreffende diagnostiek, behandeling, begeleiding en bejegening die naar de mening van de werkgroep algemeen geaccepteerd zijn. In deze inleiding zijn tevens de meest recente epidemiologische gegevens opgenomen.

Na deze inleidende hoofdstukken worden de uitgangsvragen en aanbevelingen rondom de diagnostische processen uitgewerkt in het hoofdstuk 'Signalering en diagnostiek'. In de daaropvolgende hoofdstukken worden aanbevelingen gedaan over interventies. Als eerste wordt hierbij ingegaan op 'Farmacotherapie bij kinderen en jeugdigen'. Daarna volgt een hoofdstuk met aanbevelingen over 'Psychosociale interventies' bij ADHD. Het laatste hoofdstuk 'Patiëntenperspectief' geeft een weerspiegeling van de voorkeur en ervaringen van patiënten en hun verwanten.

Ten slotte is er een drietal bijlagen opgenomen. In de bijlagen staan drie stroomdiagrammen voor de behandeling van kinderen met ADHD, een competentiematrix voor de signalering, diagnostiek en behandeling van ADHD en een lijst met adressen van relevante patiënten-/familieorganisaties.

## Deze samenvatting

Deze samenvatting volgt globaal de hoofdstukindeling van de richtlijn. De diagrammen en de competentiematrix uit de bijlagen zijn hierin eveneens als bijlagen achterin opgenomen.

Uit elk hoofdstuk worden de aanbevelingen weergegeven. Deze aanbevelingen zijn weergegeven in kaders. Waar relevant worden de aanbevelingen aangevuld met informatie uit de overige tekst.

In de samenvatting zal omwille van de uniformiteit de term patiënt worden gebruikt. Hoewel de titel van de samenvatting luidt: 'Diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen' wordt in de tekst vaak alleen van kinderen gesproken. Indien er geen specifieke leeftijd genoemd wordt kan daar waar 'kinderen' staat, 'kinderen en jeugdigen' gelezen worden.

## Tenslotte

Het mag duidelijk zijn dat een samenvatting beperkt is. Voor een volledige versie wordt verwezen naar de integrale tekst van de moederrichtlijn. In deze tekst is ook de verantwoording (de mate van bewijskracht) te vinden voor de aanbevelingen. De integrale richtlijntekst staat onder meer op de website: [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl).

## 2 Signalering en diagnostiek

### 2.1 Signalering

Op jonge leeftijd zijn ADHD-symptomen moeilijk te onderscheiden van normale ontwikkelingsverschijnselen. ADHD-kenmerken zijn vanaf 6 jaar betrouwbaarder te onderscheiden van de normale ontwikkeling.

De werkgroep beveelt aan om terughoudend te zijn met het stellen van de ADHD-diagnose vóór de leeftijd van 6 jaar.

Hulpverleners werkzaam in de (jeugd)gezondheidszorg en leerkrachten zullen vaak een rol spelen in de signalering van kenmerken die passen bij ADHD. Deze signalering is essentieel en bepaalt of een kind in aanmerking komt voor verwijzing voor diagnostiek en nadere hulpverlening.

Het verdient aanbeveling dat ouders/verzorgers, leerkrachten en hulpverleners in de (jeugd)gezondheidszorg goed op de hoogte zijn van kenmerken die horen bij de diagnose ADHD.

De werkgroep is van mening dat een overzicht gewenst is waarin de kenmerken die horen bij ADHD beschreven staan. Dit overzicht kan ter beschikking gesteld worden aan bovengenoemde groepen, zodat zij zijn toegerust om deze signaleringsfunctie optimaal te vervullen.

### 2.2 De rol van diagnostiek

In de Nederlandse situatie is het gebruikelijk om het DSM-classificatiesysteem te hanteren bij het benoemen van ADHD problematiek. De werkgroep sluit zich aan bij deze werkwijze. In de DSM-IV-TR worden momenteel drie verschillende subtypen van ADHD onderscheiden;

- Het gecombineerde type
- Het overwegend onoplettende type
- Het overwegend hyperactief-impulsief type

De kernsymptomen van ADHD (afleidbaarheid, hyperactiviteit en impulsiviteit) gaan doorgaans gepaard met problemen in het sociale functioneren en op andere gebieden bij het dagelijks functioneren. Bij 44% van de ADHD-patiënten is er sprake van comorbiditeit. Bij 40-60% van de personen met ADHD is er sprake van een comorbide oppositioneel-opstandige gedragsstoornis of een andere gedragsstoornis en bij 20-30% van comorbide angststoornissen en stemmingsstoornissen. Daarnaast worden onder meer comorbide leerstoornissen, autisme spectrumstoornissen, OCD, taalontwikkelingsstoornissen en het syndroom van Gilles de la Tourette beschreven.

De werkgroep beveelt aan om bij het diagnostische proces en de daarop volgende behandeling van ADHD voortdurend alert te zijn op comorbiditeit, aangezien dit een belangrijke factor is voor de prognose.

Bij de individuele diagnostiek is het gewenst dat er aandacht wordt besteed aan de inventarisatie van het probleem op verschillende gebieden (thuis, op school, sociaal) en aan het profiel van individuele kenmerken van het kind, zoals de sterke en zwakke kanten in het functioneren.



## 2.3 Onderdelen van het diagnostisch proces

Het diagnostisch proces bestaat uit een aantal onderdelen:

- Klachteninventarisatie
- Somatisch onderzoek
- (Neuro)psychologisch onderzoek
- Orthodidactisch onderzoek
- Gezinsdiagnostiek

### 2.3.1 Klachteninventarisatie

Het doel van klachteninventarisatie is de inventarisatie en genuanceerde beschrijving van de huidige problematiek, de obstakels en de stagnaties in de ontwikkeling van het kind. Er dient informatie te worden ingewonnen uit de verschillende leefmilieus van het kind (school/werk, thuis, sociaal circuit).

Onmisbare middelen voor klachteninventarisatie zijn:

- Interview met de ouders
- Informatie van school
- Observatie/interview van het kind in een onderzoekssetting
- Instrumenten (zoals vragenlijsten)

Het verdient aanbeveling om observaties en interviews te doen en deze te laten verlopen volgens vaste protocollen in aanvulling op anamnestiche gesprekken, omdat daarmee de specificiteit en sensitiviteit van de bevindingen kan toenemen.

Gestructureerde inventarisatie, ondersteund door vragenlijsten [Child Behavior Checklist (-Teacher Report Form)] van klachten, zowel op school als thuis, kunnen helpen bij het onderkennen van comorbiditeit.

Het is van belang alert te zijn op een familiale belasting met ADHD-kenmerken en op risicofactoren in de pre-, en perinatale periode.

### 2.3.2 Somatisch onderzoek

Het doel van somatische onderzoek is primair het uitsluiten van een aantal somatische aandoeningen die de symptomen kunnen verklaren en mogelijke contra-indicaties en interferenties van medicatie opsporen.

Het verdient aanbeveling om als onderdeel van het diagnostische proces met een goede anamnese en een recente somatische screening (in de afgelopen 12 maanden) de meest voorkomende somatische aandoeningen als oorzaak van ADHD uit te sluiten.

Het is gewenst onderscheid te maken tussen een somatische aandoening als oorzaak van ADHD en een somatische aandoening als bijkomende stoornis.

Het verdient aanbeveling om te beoordelen of er een indicatie voor specialistisch somatisch onderzoek bestaat.

### 2.3.3 (Neuro)psychologisch onderzoek

Het doel van (neuro)psychologisch onderzoek is het in kaart brengen van cognitieve vaardigheden en functies die niet direct op een andere manier observeerbaar zijn (intelligentie, aandachtsregulatie, geheugen, planning en organisatie van gedrag).

(Neuro)psychologisch onderzoek is geïndiceerd bij leerproblemen en twijfels over het intelligentieniveau.

Het is gewenst (neuro)psychologisch onderzoek samen te laten gaan met een intelligentiebepaling.

De werkgroep beveelt aan bij (neuro)psychologisch onderzoek te kiezen voor valide en genormeerde taken (bv. de Amsterdamse Neuropsychologische Taken en de Continuous Performance Task).

Het verdient aanbeveling om het (neuro)psychologisch onderzoek zodanig samen te stellen dat de bevindingen zowel de zwakke als de sterke kanten in het functioneren in kaart brengen.

### 2.3.4 Orthodidactisch onderzoek

Orthodidactisch onderzoek kan behulpzaam zijn bij het bepalen van de invloed van de ADHD-problematiek op de leervorderingen. Orthodidactisch onderzoek en (neuro)psychologisch onderzoek worden vaak samen uitgevoerd.

De werkgroep is van mening dat een inventarisatie van de didactische vorderingen (via de leerkracht) gewenst is als onderdeel van het diagnostische proces bij ADHD.

Nader onderzoek naar factoren die leerproblemen veroorzaken (bv. dyslexie) is gewenst wanneer hiervoor een indicatie bestaat op basis van de screening van de leerproblemen.

Het is gewenst orthodidactisch onderzoek samen te laten gaan met neuropsychologisch onderzoek.

### 2.3.5 Gezinsdiagnostiek

Middels gezinsdiagnostiek wil men zicht krijgen op het functioneren van het gezin, inclusief de onderlinge relaties, communicatiepatronen, opvoedingsstijl, eventuele huwelijksproblemen en andere stressfactoren. Daarnaast inventariseert men de gevolgen van de ADHD-problematiek voor het gezin.

De werkgroep is van mening dat een inventarisatie van de gezinsrelaties gewenst is als onderdeel van het diagnostische proces bij ADHD.

## 2.4 Specifieke groepen binnen de ADHD-populatie en diagnostiek

Bij de signalering en diagnostiek van ADHD is het van belang aandacht te hebben voor een mogelijke specifieke invloed van het ADHD-subtype, het geslacht, de leeftijd en de cultuur.

Het verdient aanbeveling dat de diagnostiek van de verschillende subtypen op dezelfde wijze wordt uitgevoerd.

De werkgroep is van mening dat hulpverleners, ouders/verzorgers en leerkrachten zich bewust moeten zijn van de kans op de aanwezigheid van aandachtsproblemen zonder hyperactiviteit en impulsiviteit bij meisjes, omdat bij meisjes vaker dan bij jongens ADHD van het onoplettendheid type voorkomt.

De werkgroep is van mening dat klassering bij kinderen jonger dan 6 jaar terughoudend, en op basis van ten minste multidisciplinair onderzoek, toegepast dient te worden.

Het is van belang om de culturele achtergrond van een kind te betrekken in de diagnostiek, om het disfunctioneren te kunnen wegen.

Momenteel is er veel wetenschappelijke belangstelling voor de jonge kinderen en dient benadrukt te worden dat, hoewel specifieke identificatie van ADHD-problematiek wellicht lastig is, probleemonderkenning in deze leeftijdsgroep erg belangrijk is en dat het tot vroege interventie en ondersteuning van het systeem kan leiden.

## 2.5 Zorgverleners en zorginstellingen die betrokken zijn bij de signalering en diagnostiek van ADHD

De werkgroep beveelt aan dat na signalering van ADHD-kenmerken door ouders/verzorgers of leerkrachten, diagnostiek in de meeste gevallen wordt uitgevoerd in een multidisciplinair verband volgens de beschreven stappen. De hulpverleners die betrokken zijn bij de diagnostiek van ADHD moeten daarvoor op basis van kennis en ervaring gekwalificeerd zijn (zoals beschreven in de competentiematrix).

## 3 Farmacotherapie bij kinderen en jeugdigen met ADHD

### 3.1 Stimulantia als behandeling van ADHD

Bij de behandeling van de kernsymptomen van ADHD wordt het gebruik van stimulantia aanbevolen. Stimulantia blijken effectief op de middellange en lange termijn.

Het gebruik van psychostimulantia hoeft niet gestopt te worden wanneer het kind in de puberteit komt, omdat de werkzaamheid van psychostimulantia in de puberteit, de adolescentie en volwassenheid bevestigd is.

#### 3.1.1 Eerste keuze psychostimulantia

Er is veel meer gepubliceerd en bekend over kortwerkend methylfenidaat, dan over andere stimulantia en toedieningsvormen. Methylfenidaat wordt internationaal en in Nederland het meeste gebruikt. In de literatuur wordt onderbouwd dat ongeveer de helft van de non-responders op methylfenidaat responders kunnen zijn op (dex) amfetamine.

In Nederland is een langwerkend preparaat (methylfenidaat-OROS) beschikbaar. Methylfenidaat-OROS heeft dezelfde effectiviteit gedurende de dag als methylfenidaat driemaal daags gedoseerd. Ouders en kinderen vinden het gebruiksgemak van een maal daags doseren belangrijk.

Naar de mening van de werkgroep kan in de klinische praktijk de voorkeur nogal eens uitgaan naar een langwerkend stimulantium. De argumenten hiervoor liggen op het gebied van compliance, stigmatisering, risico op misbruik en voor moeilijk stabiel in te stellen kinderen. Bij non-respons op methylfenidaat kan dexamfetamine als tweede keus beschouwd worden.

#### 3.1.2 Belangrijkste bijwerkingen en interacties van stimulantia

De werkgroep heeft een tabel opgesteld met mogelijke bijwerkingen en de opties voor hantering ervan (tabel 3.1).

**Tabel 3.1 Bijwerkingen van psychostimulantia en behandelopties**

<i>Bijwerkingen</i>	<i>Behandelopties</i>
Anorexia, misselijkheid, gewichtsafname	Zorgvuldig monitoren door middel van het vastleggen van lengte en gewicht in een groeicurve. Medicatie innemen tijdens of net na de maaltijd. Tussendoortjes en calorierijke supplementen geven. Eventueel dosering verlagen. Overweeg atomoxetine.
Groeiproblemen	Zie bovenstaande. Wanneer er een significant probleem ontstaat (groeicurve!) dan medicatie stoppen. Overweeg atomoxetine.
Slaapproblemen	Verlaag de dosering. Vervroegen van de laatste dosis. Overweeg een ander doseringsschema met een lage late-middag-dosering. Overweeg additie van een lage dosis clonidine in de avond. Overweeg atomoxetine. Er zijn aanwijzingen voor werkzaamheid van Melatonine voor slaapproblemen bij kinderen, eventueel met gedragsproblemen, maar melatonine is niet geregistreerd en veiligheid op de lange termijn is niet bewezen.
Duizeligheid en hoofdpijn	Controleer de bloeddruk, zorg dat de medicatie wordt ingenomen tijdens de maaltijd en moedig aan tot veel drinken. Eventueel dosering verlagen.
Onwillekeurige bewegingen, tics	Verminder, of – wanneer het aanhoudt – stop de medicatie. Overweeg een alternatief (bv. clonidine) als de symptomen hevig zijn. Overweeg als primaire diagnose het syndroom van Gilles de la Tourette.
Spontaniteitverlies	Overweeg de dosering te verlagen.
Dysforie, agitatie, angst	Overweeg comorbiditeit als oorzaak. Verminder of stop de medicatie. Stop wanneer een psychose of een bipolaire stoornis wordt vermoed; behandel die stoornis eerst.
Hyperactiviteit	Stimulantia kunnen averechts werken en dus een toename van onrust en hyperactiviteit veroorzaken – te onderscheiden van non-respons. Stop de stimulantia.
'Gedrags-rebound' na laatste dosis	Verminder de laatste dosis van de dag of spreid de middagdoserings. Overweeg langwerkend methylfenidaat of dexamfetamine.

De werkgroep is van mening dat de psychostimulantia een acceptabel veiligheidsprofiel hebben. Bijwerkingen kunnen wel hinderlijk zijn en daardoor een reden zijn om de medicatie te stoppen. In het kader van hantering van mogelijke bijwerkingen wordt gebruik van bovenstaande tabel 4.1 aanbevolen.

### 3.1.3 Instelling en dosering stimulantia

Over de beste strategie voor dosering van stimulantia is in de literatuur geen overeenstemming. Zo is niet bewezen of een dosering aan de hand van het gewicht effectiever is. In een van de grootste gecontroleerde effectonderzoeken op het gebied van de jeugdzorg met stimulantia, de Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA), wordt daarom gekozen voor titreren met vaste doseringen en op geleide van het effect.

Monitoren en geregelde bijstelling van de dosering is van belang en is ook van duidelijke invloed op het uiteindelijke effect.

Bij het instellen op methylfenidaat beveelt de werkgroep het volgende aan:

- Start met 2 of 3 x 5 mg/dag, bij kinderen jonger dan 6 jaar met 2 maal daags 2,5 mg (equivalent met ongeveer 0,30 mg/kg/dosis).
- Er is enige voorkeur voor een schema van 3 maal daags, 7 dagen per week, waarbij de laatste dosis lager is dan de voorafgaande (bijvoorbeeld de helft).
- Opbouwen gebeurt in stappen van per week 5 mg/dag omhoog.
- Opbouwen gebeurt op geleide van effect en bijwerkingen.
- Als maximumdosering wordt 60 mg per dag genoemd, hoewel de dagdosis voor zwaardere kinderen hoger zal uit kunnen vallen. Ook 2 mg/kg/dag wordt genoemd.
- Gebruik een adequate vragenlijst voor de beoordeling van het effect.
- Informatie van school is belangrijk voor het beoordelen van het effect.

De werkgroep beveelt aan om zorgvuldig te zoeken naar een voor het kind adequate dosis.

De werkgroep meent dat het met behulp van placebo instellen (N=1-trials) een meerwaarde heeft, maar om praktische redenen niet altijd toepasbaar is.

Het verdient in ieder geval aanbeveling om van tevoren aandacht te besteden aan het te verwachten effect, het te verwachten uitblijven van effect op bepaalde klachten, de bijwerkingen, de wijze van instellen, en begeleiding bij de medicatie. Ook dient de te verwachten duur van de medicamenteuze behandeling aan de orde te komen. Er dient regelmatig aandacht besteed te worden aan vragen, beleving en gedachten van ouders en kind over de medicatie.

De medicatie moet langdurig zo goed mogelijk worden ingenomen en daarvoor is maximale samenwerking met patiënt en gezin van groot belang. Het is van belang dat voor het starten met medicatie de ouders – en zo mogelijk – het kind goed worden ingelicht over de behandelopties.

### 3.1.4 Controles en aanpassing van dosering

De werkgroep beveelt aan dat de medicamenteuze behandeling met stimulantia wordt gegeven door een arts met kennis van - en ervaring met deze problematiek.

De somatische controles inclusief de beoordeling van therapietrouw en het voorschrijven van herhalingsreceptuur kunnen eventueel door de huisarts worden uitgevoerd.

Frequentere (bijvoorbeeld maandelijks) controles verhogen de effectiviteit, mogelijk via toegenomen therapietrouw en betere monitoring van effect en bijwerkingen. Dit is zeker aan te bevelen bij een nieuw in te stellen behandeling.

Adequaat ingestelde kinderen moeten minimaal eens per half jaar gezien worden door een arts met kennis en ervaring met deze problematiek om het effect van de medicatie te beoordelen, de dosering eventueel aan te passen en te beoordelen of de medicatie gestopt kan worden.

### 3.1.5 Specifieke controles

De werkgroep gaat hier in op de waarde van eventuele specifieke controles voor kinderen met ADHD die medicatie krijgen. Zij baseert zich hierbij ook op de beschreven bijwerkingen.

De werkgroep adviseert vóór het instellen – naast de anamnese zoals in het hoofdstuk diagnostiek, ook naar cardiologische klachten te vragen alsmede de cardiologische familieanamnese.

De werkgroep adviseert vóór en eenmaal na het instellen bloeddruk en polsfrequentie te meten.

De werkgroep adviseert vóór het instellen en daarna eenmaal per jaar gewicht en lengte in een groeicurve in te vullen, om afwijkingen tijdig te signaleren.

Het vastleggen van de aanwezigheid en ernst van tics kan helpen deze in een later stadium te beoordelen.

Een ECG, bloed- en ander laboratoriumonderzoek zijn naar het oordeel van de werkgroep niet nodig bij de behandeling met stimulantia.

## 3.2 Tricyclische antidepressiva als behandeling van ADHD

Nortriptyline is het enige in Nederland verkrijgbare tricyclische middel waarvoor momenteel bewijs bestaat voor werkzaamheid bij ADHD. Het best onderzochte tricyclische antidepressivum desipramine is in Nederland niet meer verkrijgbaar. De belangrijkste bijwerkingen van tricyclische antidepressiva zijn de parasymphatische effecten en de (anti-noradrenerge) effecten op het hartvaatstelsel. Bij kinderen zijn meerdere gevallen van acute hartdood beschreven die (geheel of gedeeltelijk) konden worden toegeschreven aan desipramine.

Qua interacties moet rekening gehouden worden met een potentiërend effect bij andere sederende medicatie (bv. benzodiazepinen, antipsychotica, clonidine) en op het hart en de circulatie (clonidine, antipsychotica).

Als dosering voor nortriptyline wordt maximaal 2 mg/kg/dag aangehouden.

Voor imipramine is de werkzaamheid niet aangetoond.

De werkgroep meent dat nortryptiline soms als derde keuze kan gelden, echter met inachtneming van bijwerkingen. Het therapeutisch venster waarbuiten potentieel ernstiger bijwerkingen kunnen optreden is smal.

### 3.3 Clonidine als behandeling van ADHD

Clonidine is werkzaam gebleken bij de behandeling van ADHD. De effectiviteit is echter minder dan die van stimulantia en er zijn meer bijwerkingen.

Clonidine is in feite een bloeddrukverlagend middel, en hier zijn dan ook de belangrijkste bijwerkingen te verwachten: (orthostatische) hypotensie, bradycardie, duizeligheid, hoofdpijn, en – bij te snel afbouwen – rebound hypertensie. Clonidine is toxisch bij overdosering.

In de combinatie met andere sederende geneesmiddelen en geneesmiddelen met een werking op de bloeddruk zijn problemen te verwachten.

Clonidine wordt in het algemeen gegeven in een dosering van 0,1 - 0,3 mg/dag of rond de 4 *microgram*/kg/dag. Deze hoeveelheid wordt meestal over 2 of 3 giften verdeeld, met in ieder geval 1 gift 's avonds. Het opbouwen en het afbouwen dient geleidelijk te gebeuren met 1 of 2 tabletjes van 25 *microgram* per 3 dagen. Het inzetten van de werking laat vaak lang op zich wachten, zelfs tot 2 maanden.

De werkgroep is van mening dat clonidine een van de middelen van derde keuze is, door de lagere effectiviteit en de wat meer hinderlijke bijwerkingen.

Clonidine, alleen of als addendum bij stimulantia, is te overwegen als er sprake is van (comorbide) tics, (in)slaapproblemen, en agressie.

De hantering van clonidine is wat complexer door het uitgestelde effect en de noodzaak om de dosis geleidelijker op te bouwen. Zowel de tijd die nodig is om effect te zien als de bijwerkingen vragen om extra uitleg aan ouders en patiënt.

### 3.4 Bupropion als behandeling van ADHD

Bupropion is een monocyclisch antidepressivum met een nog onopgehelderd werkingsmechanisme. In bijzondere gevallen, zoals bij comorbide depressie, kan het gebruik van dit middel overwogen worden.

Bupropion kan epileptogeen werken bij daarvoor gevoelige patiënten of als het voorgeschreven wordt in combinatie met andere middelen (methylfenidaat of guanfacine).

Als streefdosering van bupropion wordt 3 mg/kg/dag aangehouden. In verband met de epileptogene werking dienen hoge piekwaarden vermeden te worden, en wordt een maximum van 300 mg /dag gehanteerd.

De werkgroep is van mening dat bupropion geen plaats heeft als middel van derde keuze: de ervaring met het middel is erg beperkt en er zijn relevante bijwerkingen.

In een enkel geval kan behandeling met Bupropion overwogen worden, in dat geval dient de hantering naar de mening van de werkgroep in de derdelijns GGZ plaats te vinden.



### 3.5 Atomoxetine als behandeling van ADHD

Atomoxetine is een selectieve noradrenalineheropnameremmer die recent in Nederland is geregistreerd als middel voor de behandeling van ADHD bij kinderen en adolescenten. Er zijn aanwijzingen voor een vergelijkbare effectiviteit van atomoxetine met die van stimulantia. Atomoxetine heeft als voordeel dat het niet onder de opiumwet valt en dat het geen verslavende werking of roesinducerende werking heeft. De werkgroep is van mening dat atomoxetine in aanmerking komt als een noradrenerg werkend middel wordt overwogen. Tevens is de werkgroep van mening dat de ervaring (onder meer met het oog op zeldzame bijwerkingen) in de algemene populatie nog te beperkt is om nu al brede inzet van atomoxetine te adviseren.

De werkgroep is van mening dat zij nog geen definitieve plaatsbepaling van atomoxetine kan geven. Atomoxetine kan in aanmerking komen als een noradrenerg werkend middel wordt overwogen.

### 3.6 Medicamenteus beleid bij comorbiditeit

#### 3.6.1 *Oppositionele opstandige gedragsstoornis of een gedragsstoornis*

De oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (Oppositional Defiant Disorder, ODD) is de meest voorkomende comorbide diagnose bij ADHD. De diagnose gedragsstoornis ofwel conduct disorder (CD) is minder frequent.

De werkgroep is van mening dat – naast gedragstherapie – medicatie een plaats heeft in de behandeling van ADHD met een comorbide oppositioneel-opstandige gedragsstoornis of een gedragsstoornis. De eerste en tweede keuze zijn dezelfde als bij ADHD. De derde keuze zou clonidine kunnen zijn, al dan niet als addendum. Atypische antipsychotica kunnen eventueel overwogen worden als in het bijzonder agressief gedrag een belangrijk comorbide symptoom is.

#### 3.6.2 *Het syndroom van Gilles de la Tourette en ticstoornissen*

Bij ADHD komen dikwijls tics voor, en soms is het volledig syndroom van Gilles de la Tourette aanwezig. De diagnostiek en de behandeling worden gecompliceerd door het 'waxing and waning' (het natuurlijk beloop met wisselend toe- en afnemen) van tics, vaak in samenhang met de gedragsproblemen. Dit maakt de medicamenteuze behandeling complex, omdat dit fenomeen de beoordeling van het effect kan vertroebelen. Uitleg aan ouders over dit fenomeen kan de noodzaak voor medicamenteus ingrijpen relativeren. Het is bekend dat jongere kinderen een ADHD-beeld kunnen vertonen dat pas op latere leeftijd evolueert naar een ticstoornis, waarbij de vraag kan ontstaan of men met een bijwerking van stimulantia of met een zich evoluerende ticstoornis van doen heeft.

Voor de behandeling van ADHD-symptomen bij een ticstoornis wordt methylfenidaat door de werkgroep als eerste keuze beschouwd en clonidine, al dan niet samen met methylfenidaat als tweede en derde keuze. Desipramine heeft, ondanks bewijs voor effectiviteit, geen plaats bij de behandeling van ADHD en comorbide tics, in verband met bijwerkingen en alternatieven (voor de behandeling van tics). Als de tics, agressie, of affectregulatieproblemen overheersen, zal afgeweken worden van de ADHD-richtlijn. Het instellen en vervolgen van medicatie bij duidelijke ticstoornissen en het syndroom van Gilles de la Tourette vraagt specifieke expertise, ook met het oog op het grilliger beloop van ticstoornissen.

### 3.6.3 Angststoornissen

Angststoornissen komen relatief vaak voor in combinatie met ADHD. Voorheen werd aangenomen dat angststoornissen konden verergeren door psycho-stimulantia. Ook werd aangenomen dat kinderen met comorbide angst en ADHD minder goed zouden reageren op psychostimulantia. Dit wordt momenteel anders gezien, in onderzoek zijn deze veronderstellingen niet bevestigd.

De werkgroep ziet geen aanleiding om bij comorbide angststoornissen af te wijken van de middelen van eerste of tweede keuze.

De combinatie van medicatie met gedragstherapie wordt sterk aanbevolen.

Gezien de wat hogere gevoeligheid voor bijwerkingen beveelt de werkgroep aan om de dosering langzaam op te bouwen.

### 3.6.4 Stemmingstoornis

Een relevante groep kinderen met ADHD heeft een comorbide stemmingstoornis. Naast depressie heeft de bipolaire stoornis momenteel de aandacht. Van de psycho-stimulantia is lang aangenomen dat zij depressie konden induceren. De vraag is of niet eerder sprake is van (te verwachten) comorbiditeit of van ontstemmingsbeelden (prikkelbaarheid), al dan niet veroorzaakt door methylfenidaat of door de ADHD zelf. Recent is ook zorg geweest over het mogelijk luxeren van een manie door stimulantia. Dit in het licht van het over het algemeen later optreden van de manie, later dan de ADHD-symptomen. Op dit moment wordt dit standpunt echter niet ingenomen.

De werkgroep meent dat stimulantia ook bij kinderen met ADHD met een comorbide depressie kunnen worden gebruikt. Clonidine is geen goede keuze in verband met depressogene effecten.

Gezien de ontbrekende wetenschappelijke onderbouwing voor werkzaamheid van antidepressiva bij depressie alléén, is een op de depressieve symptomen gerichte medicamenteuze behandeling niet aan te bevelen.

### 3.6.5 *Specifieke leerstoornissen*

Leerstoornissen worden frequent gevonden bij ADHD: specifieke leerstoornissen (dyslexie, dyscalculie) als comorbiditeit en leerachterstanden als gevolg van ADHD. Tevens wordt een verhoogd risico van verminderd schools functioneren en van het onvoldoende realiseren van de leerpotentie beschreven.

De werkgroep is van mening dat schools functioneren goed kan verbeteren door een medicamenteuze behandeling, maar dat specifieke leerstoornissen (bijv. dyslexie, dyscalculie) geen indicatie of focus voor medicamenteuze behandeling dienen te zijn.

### 3.6.6 *Mentale retardatie*

De werkgroep meent dat er onderbouwing is voor het gebruik van psychostimulantia en clonidine bij mentaal geretardeerde kinderen. Er zijn dan meer bijwerkingen te verwachten. De werkgroep adviseert intensiever te monitoren bij deze groep. De kans op effect wordt lager bij een IQ < 45.

### 3.6.7 *Autisme spectrum stoornissen*

De werkgroep adviseert bij kinderen met een comorbide autismespectrumstoornis alleen na zorgvuldige afweging van de indicatie stimulantia toe te passen. Andere medicamenten moeten ook overwogen worden. De beoordeling van het effect en de bijwerkingen vragen specifieke expertise.

### 3.6.8 *Epilepsie*

De werkgroep is van mening dat het gebruik van methylfenidaat bij ADHD en actieve epilepsie of epileptische activiteit op het EEG effectief en veilig is.

## 3.7 Medicamenteuze behandeling bij specifieke populaties

### 3.7.1 *Meisjes*

De werkgroep is van mening dat er geen aanwijzingen zijn dat meisjes medicamenteus anders behandeld dienen te worden voor ADHD. Wel wordt aanbevolen bij meisjes in de puberteit en de adolescentie naar een zwangerschap(swens) te informeren en de kans op zwangerschap mee te wegen in het medicamenteus beleid.

Stimulantia zijn mogelijk schadelijk tijdens de zwangerschap; over atomoxetine zijn onvoldoende gegevens. Borstvoeding wordt afgeraden bij beide.

### 3.7.2 *Kleuters/peuters*

Er zijn aanwijzingen dat psychostimulantia ook werkzaam zijn bij kinderen jonger dan 6 jaar.

De werkgroep is van mening dat psychostimulantia (methylfenidaat) in uitzonderingsgevallen bij kinderen jonger dan de basisschoolleeftijd kunnen worden toegepast. Het is gewenst dat de diagnostiek en de indicatiestelling plaats te vinden in de derdelijns GGZ.

De diagnostiek van ADHD en dus de indicatiestelling en de monitoring bij kinderen jonger dan de basisschoolleeftijd is complex. In Nederland zijn methylfenidaat en atomoxetine niet geregistreerd voor gebruik bij kinderen jonger dan 6 jaar (Farmaceutisch Kompas, 2005). Het is de klinische ervaring dat jonge kinderen in de eerste weken van de instelfase emotionele labiliteit vertonen.

### 3.7.3 *Adolescenten en jongvolwassenen*

Psychostimulantia zijn effectief gebleken bij adolescenten. Het blijkt dat adolescenten weinig meerwaarde ondervinden van hogere doseringen of zelfs met lagere doses (in mg/kg/dag) toekunnen dan kinderen.

De werkgroep meent dat er onderbouwing is voor de toepassing van stimulantia bij adolescenten. Wellicht dat een lagere dosis dan bij kinderen is geïndiceerd.

Er is besloten om in deze richtlijn niet in te gaan op medicamenteuze behandeling van ADHD bij volwassenen.

### 3.7.4 *Etnische en raciale factoren*

De werkgroep heeft niet veel onderbouwing gevonden voor werkzaamheid bij andere rassen dan het Kaukasische. Tot dusver zijn er ook geen aanwijzingen voor het omgekeerde: minder werkzaamheid, of meer bijwerkingen – behoudens hypertensie bij het negroïde ras. De werkgroep vindt daarom dat er op dit moment geen redenen zijn voor een ander beleid bij andere dan de best onderzochte groepen.



## 4 Psychosociale interventies

In dit hoofdstuk wordt de bijdrage van de belangrijkste psychosociale interventies besproken en worden aanbevelingen gedaan voor een optimale zorg aan kinderen met ADHD, hun ouders en leerkrachten. Psychosociale interventies, al dan niet in combinatie met medicatie, voorzien in een strategie om de ADHD-problematiek te beheersen, maar resulteren niet in genezing. Allereerst worden interventies met de ouders besproken, vervolgens interventies op school, en daarna psychosociale interventies gericht op het kind. In bijlage 1 wordt middels diagrammen ingegaan op de combinatie van psychosociale interventies en medicatie.

### 4.1 Psychosociale interventies met de ouders

De interventies die worden toegepast bij ouders van kinderen met ADHD zijn erop gericht de ouders te leren effectiever om te gaan met het drukke en impulsieve gedrag en met de vaak bijkomende problemen van oppositioneel-opstandig en antisociaal gedrag.

#### 4.1.1 *Psycho-educatie*

De werkgroep is van mening dat psycho-educatie aan ouders (en de bredere omgeving van het kind) een noodzakelijke eerste stap is in de behandeling van kinderen met ADHD.

Het verdient aanbeveling dat psycho-educatie aansluit bij de informatie die de ouders reeds hebben.

Mondelinge uitleg over de oorzaken van ADHD (genetische bepaaldheid, pre- en perinatale risicofactoren), de omgevingsfactoren die van invloed zijn op de mate waarin het kind last ondervindt van de ADHD, de verschillende subtypen, de chroniciteit van de problematiek, en de verschillende behandelmogelijkheden is gewenst.

Naast mondelinge kennisoverdracht kan overwogen worden om ouders te wijzen op relevante publicaties die aansluiten bij hun kennis en cognitieve vermogens.

Het verdient aanbeveling psycho-educatie voorafgaand aan de andere interventies plaats te laten vinden en tijdens de behandeling regelmatig te herhalen en eventueel uit te breiden. Iedere ontwikkelingsfase van het kind vraagt om specifieke, aanvullende psycho-educatie.

Informatievoorziening aan ouders over ADHD en de behandelingsmogelijkheden en de bredere omgeving van het kind is van groot belang. Het is gewenst dat ouders gewezen worden op het bestaan van ouderverenigingen en relevante websites.

#### 4.1.2 *gedragstherapeutische oudertraining*

Gedragstherapeutische oudertraining, ook wel mediatietherapie genoemd, is gericht op het veranderen van het gedrag van het kind via de ouders. Ouders, in de rol van mediator tussen therapeut en kind, leren in een groep of individueel de omgeving te structureren – voorspelbaar te maken, en verwachtingen en eisen aan te passen aan de mogelijkheden van het kind. Verder leren zij gewenst gedrag nadrukkelijk te belonen en op ongewenst gedrag onmiddellijk te reageren met negatieve consequenties.

Op ouders gerichte gedragstherapeutische oudertraining, individueel of in een groep, wordt aanbevolen voor de behandeling van druk en impulsief gedrag en comorbide gedragsproblemen.

Het verdient aanbeveling het oudertrainingsprogramma zoveel mogelijk toe te spitsen op de specifieke leeftijdsgroep (peuters/kleuters/basis-schoolkinderen/pubers).

Het verdient aanbeveling om bij kinderen van dertien jaar en ouder een specifiek op die leeftijd gericht oudertrainingsprogramma aan te bieden in combinatie met hulp aan het gezin en het kind zelf.

Het wordt aangeraden om een gedragstherapeutische oudertraining in een groep bij onvoldoende resultaat te vervolgen met een individuele gedragstherapeutische oudertraining en/of intensieve opvoedingsondersteuning in de thuissituatie.

Pas wanneer ambulante vormen van gedragstherapeutische oudertraining onvoldoende effectief zijn gebleken om het gedrag van het kind binnen de gezinssituatie hanteerbaar te maken, en/of ouders niet in staat zijn om deel te nemen aan een oudertraining, dan zijn intensievere vormen van opvoedingsondersteuning geïndiceerd.

Ouders moeten zodanig over de behandelingsmogelijkheden zijn voorlicht dat zij een weloverwogen keuze kunnen maken tussen bijvoorbeeld medicatie en gedragstherapeutische interventies.

#### 4.1.3 *Factoren die de uitkomst van gedragstherapeutische oudertraining voorspellen*

Het succes van een oudertraining is van verschillende factoren afhankelijk. Zowel ouderfactoren, omgevings- en gezinsfactoren en kindfactoren als therapeutfactoren bepalen het effect van een oudertraining.

Het verdient aanbeveling om bij het aanbieden van een (groeps)oudertraining zorgvuldig af te wegen of aan de voorwaarden is voldaan om ouders voldoende te laten profiteren van het aanbod.

#### 4.1.4 *Duur van de ouderbegeleiding*

Er is geen wetenschappelijke onderbouwing ten aanzien van dit onderwerp bekend. Experts stellen dat bij ernstige ADHD-problematiek van het kind, naast (geprotocolleerde) oudertraining, langdurige begeleiding van ouders in de meeste gevallen noodzakelijk is.

Het is gewenst dat een ouderbegeleider kennis heeft van ADHD, van de sociale kaart, en van de financiële middelen waar ouders een beroep op kunnen doen.  
Een ouderbegeleider wordt daarnaast geacht aan te kunnen sluiten bij de behoefte van de ouder, hulp te kunnen mobiliseren en te beschikken over therapeutische vaardigheden.

## 4.2 Psychosociale interventies met de leerkracht en op school

Kinderen met ADHD brengen een groot deel van hun tijd op school door. De kans is groot dat het ADHD-gedrag het goed functioneren op school belemmert, zowel wat betreft de leerprestaties als wat betreft het sociale functioneren. Om die reden moet de school bij de behandeling betrokken worden zodat er effectief met het gedrag kan worden omgegaan en schoolprestaties kunnen verbeteren. Naast medicatie zijn meestal psychosociale interventies nodig om dit te bereiken. Interventies met de leerkracht en op school bestaan doorgaans uit het informeren van de leerkracht over ADHD (psycho-educatie), het veranderen van verwachtingen ten aanzien van de leerling met ADHD, het aanbrengen van structuur in de klas, het scheppen van voorwaarden voor een optimale leersituatie (zoals opdrachten opbreken in kleine stukken en individuele instructie), het ontwerpen en uitvoeren van individuele beloningsprogramma's, en het bewerken van afstemming tussen school en thuis.

### 4.2.1 *Psycho-educatie voor leerkrachten*

Er is geen wetenschappelijke onderbouwing ten aanzien van dit onderwerp bekend.

Het verdient aanbeveling in overleg met de ouders de school te informeren over de diagnose.  
Wanneer de behandeling vooral in de thuissituatie plaatsvindt dient de school hierover geïnformeerd te worden.

De werkgroep is van mening dat psycho-educatie zinvol is voor alle leerkrachten en een noodzakelijke eerste stap is in de behandeling van kinderen met ADHD op school.

Het verdient aanbeveling om als hulpverlener een mediërende rol te vervullen tussen ouders en school.

### 4.2.2 *Gedragstherapeutische leerkrachtraining*

De gedragstherapeutische leerkrachtraining bestaat uit het leren invoeren van structureringsmaatregelen in de klas/groep, en uit het leren ontwerpen en uitvoeren van een geïndividualiseerd en gestructureerd beloningsprogramma waarvan het direct reageren op ongewenst, niet-taakgericht gedrag en het nadrukkelijk positief reageren op adequaat en taakgericht gedrag de kern vormt.

Het verdient aanbeveling om een individueel plan van aanpak op te stellen op basis van individuele probleemanalyses in verschillende schoolsituaties en om dit te laten aansluiten bij alle overige op ouders en kind gerichte interventies. Gewenst is dat zowel de ouders als het kind betrokken worden bij het opstellen van het plan van aanpak. De afspraken worden in een contract vastgelegd, waarbij ieders verantwoordelijkheid duidelijk omschreven is. De afspraken worden volgens afspraak geëvalueerd en indien nodig bijgesteld.



Bij- en nascholingstrajecten zijn gewenst om zorg te dragen voor voldoende blijvende deskundigheid bij intern begeleiders, ambulante leerkrachtbegeleiders en leerkrachten. De werkgroep is van mening dat hiervoor voldoende middelen beschikbaar dienen te zijn.

Gedragstherapeutische interventies, zowel gericht op gedrag in taak-situaties (leerproces) als in meer ongestructureerde situaties (gym; schoolplein) zijn gewenst. De aanpassingen/interventies dienen gezien de chroniciteit van ADHD, langdurig te worden ingezet en aan inval- of collega-leerkrachten te worden overgedragen.

Het verdient aanbeveling om de behandeling op school af te stemmen op en in samenwerking met de ouders plaats te laten vinden. Het is gewenst dat ouders minimaal op de hoogte worden gesteld van de interventie op school en hen moet worden aangegeven hoe zij indien nodig deze kunnen ondersteunen in de thuissituatie. Een belangrijk middel hiertoe is de 'dagelijkse rapportagekaart'.

De betrokkenheid van een schoolpsycholoog of (ortho)pedagoog bij schoolinterventies is zeer wenselijk.

Een ADHD-aandachtsfunctionaris in het voortgezet onderwijs verdient aanbeveling.

N.B.: Het aanspreekpunt is niet de leerkracht, maar de intern begeleider of de ambulante leerkrachtbegeleider. Dezen dienen de aanbevelingen ter harte te nemen. De leerkrachten dienen vanuit de behandeling richtlijnen aangereikt te krijgen.

### 4.3 Psychosociale interventies met het kind

De psychosociale standaardbehandeling van kinderen met ADHD betreft het structureren van de omgeving van het kind via het inschakelen van ouders en leerkracht. Psychosociale interventies bij het kind met ADHD zijn hierop een aanvulling. Ze zijn gericht op het aanleren van een grotere zelfregulatie en betere probleemoplossingstrategieën, en bestaan uit het leren afremmen van de eerste impulsieve reactie en het leren afwegen van verschillende alternatieve gedragingen, zowel in sociale situaties als in werk/opdrachtsituaties.

#### 4.3.1 Zelfregulatietraining

Ondanks geringe empirische evidentie voor de effectiviteit van zelfregulatietraining bij kinderen met ADHD, lijkt een behandelaanbod dat specifiek op het kind gericht is (naast medicatie) een bijdrage te kunnen leveren aan het totale behandelaanbod onder de voorwaarde dat de belangrijkste aanpassingen in de omgeving aan de problemen van het kind (als resultaat van deelname aan oudertraining en ouderbegeleiding) zijn gerealiseerd.

Psychosociale interventies met het kind worden niet standaard aanbevolen, maar steeds in de context van een ouder- en/of een leerkrachttraining. Het is pas zinvol om het kind zelfregulatie te trainen, wanneer de omgeving de noodzakelijke structurerende aanpassingen heeft generaliseerd en als het problemen ondervindt in zijn functioneren thuis, op school en in de sociale context, en de interventies die gericht zijn op de mediators (ouders, leerkracht) onvoldoende effectief blijken te zijn.

Evenals dit voor de ouders geldt, verdient het aanbeveling om het kind voor langere tijd een mentor of coach te geven die beschikbaar blijft voor het kind. Het kind moet – steeds aan de leeftijd aangepast – uitleg krijgen over de problemen die het ervaart in het dagelijks leven. Het kind moet gemotiveerd worden om zelf te leren hoe anders, dat wil zeggen op een meer georganiseerde en planmatige manier, met situaties om te gaan

Over het algemeen is het raadzaam een kindgericht behandelaanbod in een groep te geven. Omdat een groepstraining, net als bij ouders, weinig individueel zal zijn, zal bij ieder kind een afweging gemaakt moeten worden of de genoemde voordelen van een groepsaanbod opwegen tegen het nadeel dat daar minder ruimte is voor individuele onderdelen

Training van het kind dient te worden uitgebreid met uitleg over de training en coaching van ouders en leerkracht in het ondersteunen van het kind bij het toepassen van de zelfregulatievaardigheden.

Vanwege de belangrijke rol die ouders spelen bij het kunnen uitvoeren en volhouden van zelfregulatievaardigheden door het kind moet er in het gezin een zodanige manier gevonden zijn om met het kind om te gaan dat ouders hier voldoende energie en rust voor hebben.

Voor veel ouders moet eerst een oudertraining tot voldoende resultaat hebben geleid alvorens zij deze extra ondersteunende taak op zich kunnen nemen.

Belangrijk bij de behandeling van het kind zelf is dat deze mede gericht is op de problematiek zoals het kind die zelf ervaart.

#### 4.3.2 Sociale vaardigheidstraining

Veel kinderen met ADHD hebben sociale problemen. Ze zijn opdringerig, bazig, minder gevoelig voor sociale signalen, en ze missen vaak aansluiting bij hun leeftijdgenoten. Daarom wordt sociale vaardigheidstraining als een belangrijk onderdeel gezien van het behandelaanbod voor kinderen met ADHD.

Aanbevolen wordt na te gaan in hoeverre de sociale problemen van de kinderen met ADHD een algemeen vaardigheidstekort betreffen. In een dergelijk geval is behandeling met een sociale vaardigheidstraining zinvol. Wanneer de sociale problemen eerder voortkomen uit de impulsiviteit van het kind, dan moet worden overwogen de behandeling van de sociale problemen deel uit te laten maken van een zelfregulatietraining.

### 4.3.3 *Daghulp*

Wanneer de ambulante psychosociale interventies (oudertraining, schoolbegeleiding, ondersteunende zorg, behandeling van het kind) onvoldoende of geen effect sorteren, of de problematiek zo ernstig is dat oudertraining alleen niet voldoende lijkt of de problematiek van het kind zo complex is dat alleen langdurige observaties van het kind het beeld kunnen verduidelijken, dan dient dagbehandeling overwogen te worden.

Bij ernstige of complexe problematiek dient dagbehandeling overwogen te worden.

### 4.3.4 *Aanbieden van een ander milieu*

Er is geen wetenschappelijke onderbouwing ten aanzien van dit onderwerp bekend. De mogelijkheid van een regelmatige opvang van het kind met ADHD in een logeerkamer wordt niet door iedere ouder gewenst. Voor sommige ouders is een tijdelijke ontlasting van de zorg voor hun kind met ADHD echter een voorwaarde om de zorg verder nog aan te kunnen. Andere ouders geven er de voorkeur aan om met het hele gezin, inclusief het kind met ADHD, een korte periode even weg te kunnen gaan en 'samen leuke dingen te doen'.

Het aanbieden van een ander milieu (voor het kind met ADHD of het hele gezin) kan worden overwogen.

### 4.3.5 *Behandeling van motorische problemen bij ADHD*

Er is geen wetenschappelijke onderbouwing ten aanzien van dit onderwerp bekend.

Bij kinderen met ADHD bij wie uit de anamnese en het onderzoek van een kinderpsycholoog, kinderpsychiater, kinderarts en/of orthopedagoog blijkt dat er mogelijk sprake is van motorische (ontwikkelings)problemen, wordt aanbevolen ze voor een eenmalig onderzoek te verwijzen naar een kinderfysiotherapeut of psychomotorische therapeut.

### 4.3.6 *Psychomotorische problemen bij ADHD*

De werkgroep is van mening dat het aanbieden van bewegingsinterventies zinvol kan zijn bij kinderen met ADHD en aangetoonde motorische problemen en "clumsiness"

### 4.3.7 *Psychomotorische therapie*

Psychomotorische therapie kan worden ingezet als bijdrage aan de behandeling van patiënten met psychosociale problemen en/of patiënten bij wie de motorische stoornissen van invloed zijn op psychosociale problemen. Het middel bij deze interventies is letterlijk in beweging komen en het aan den lijve ondervinden. Bewegingsinterventies worden, hoewel ze vaak als "leuk" ervaren worden, ingezet op een manier die het recreatieve element overstijgt.

Er zijn geen onderzoeken bekend naar de plaats van psychomotorische therapie in het behandelaanbod voor kinderen met ADHD.

Het verdient aanbeveling nader onderzoek te doen naar de specifieke bijdrage van psychomotorische therapie aan het behandelingsaanbod voor kinderen met ADHD.

#### 4.3.8 Creatieve therapie

Er zijn tot op heden geen gecontroleerde effectstudies verricht naar het effect van creatieve therapie bij ADHD.

Als aanvulling op de farmacotherapie en de gedragstherapeutische oudertraining en de ouderbegeleiding, waarbij het structureren van de omgeving van het kind doorgaans centraal staat, beoogt creatieve therapie op psychologisch gebied een bijdrage te leveren aan de behandeling.

Het verdient aanbeveling gecontroleerd onderzoek te doen naar de mogelijke bijdrage van creatieve therapie aan het behandelingsaanbod voor kinderen met ADHD.

#### 4.3.9 Dieet

De invloed van dieetmanipulatie en van voedingssupplementen is onderzocht in relatie tot ADHD bij kinderen.

Dieetinterventies kunnen bij sommige kinderen wel enig additioneel effect hebben.

De werkgroep is van mening dat het voorschrijven van diëten, van voedselrestricties, of het voorschrijven van supplementen in het algemeen niet geïndiceerd is bij kinderen met ADHD.

#### 4.3.10 Alternatieve interventies

Verschillende complementaire en alternatieve interventies, zoals homeopathie, acupunctuur, en biofeedback worden genoemd in verband met de behandeling van ADHD. Er is echter geen bewijs voor de werkzaamheid van deze interventies in gecontroleerde groepstrialen.

Genoemde alternatieve interventies worden door de werkgroep niet als standaardbehandeling aanbevolen.



## 5 Patiëntenperspectief

Vanuit het patiëntenperspectief is een aantal aanbevelingen geformuleerd. Deze worden hieronder in kaders weergegeven.

### 5.1 Voorlichting

Voorlichting over ADHD moet gegeven worden zowel aan de kinderen, als aan de ouders. De behoefte aan informatie bij ouders van kinderen met ADHD is groot. Ook geven ouders aan dat scholen dienen te worden voorzien van informatie.

Over ADHD dient voorlichting te worden gegeven aan de kinderen, de ouders en desgewenst en indien nodig ook aan belangrijke personen uit de sociale omgeving (bijv. de school van het kind). Naast voorlichting over de aandoening dient ook voorlichting gegeven te worden over ondersteuningsmogelijkheden en wettelijke regelingen. De voorlichting wordt gegeven naar behoefte.

### 5.2 De behandelrelatie

Hulpverleners moeten zich bewust zijn van de afhankelijke positie van ouders en kinderen en zich bewust opstellen als gelijkwaardige gesprekspartners.

Het is gewenst dat de hulpverleners zich opstellen als gelijkwaardige gesprekspartners, waarbij zij begripvol zijn, bereid goed te luisteren en bereid om zo nodig steun te geven. Het verdient aanbeveling dat de hulpverleners oog hebben voor de standpunten van het kind en de ouders en zij moeten zich daarbij realiseren dat deze niet altijd op een lijn liggen.

### 5.3 Diagnostiek

Zowel ouders als kinderen vinden het belangrijk dat er naar aanleiding van de hulpvraag snel een diagnose volgt. Veel ouders en kinderen hebben de ervaring dat het lang duurt voordat er daadwerkelijk hulp komt. Vaak zijn ten tijde van de hulpvraag draagkracht en draaglast niet in evenwicht en is een snelle aanpak extra belangrijk. Factoren die een snelle signalering belemmeren zijn:

- het niet serieus nemen door hulpverleners van de geuite problemen
- onvoldoende kennis bij leerkrachten

Bij problemen die mogelijk wijzen op ADHD, is het aan te bevelen dat de hulpverleners snel doorverwijzen voor nader onderzoek. Vroegtijdige onderkenning heeft een positief effect op de behandeling.

Aanbevolen wordt het traject tussen hulp vragen en hulp krijgen zo kort mogelijk te houden. Het is gewenst dat hulpverleners met kennis over het signaleren van ADHD zich inspannen om deze kennis ook te verbreiden onder degenen die vaak met de eerste hulpvraag te maken krijgen: de hulpverleners in de eerste lijn (huisartsen en consultatiebureauartsen), peuterleiders en leerkrachten op scholen.

Het is aanbevelingswaardig dat in de opleidingen voor onderwijzers meer aandacht besteed wordt aan ADHD; dit geldt ook voor de opleidingen in de geneeskunde, de psychologie, de orthopedagogiek en de psychiatrie.

Tijdens de diagnosestelling vinden ouders (en kinderen) het belangrijk dat rekening wordt gehouden met:

- Het betrekken van de omgeving tijdens de diagnostische fase
- Aandacht voor mogelijke erfelijkheid
- Meer aandacht voor comorbiditeit
- Ouders willen graag al tijdens de diagnostische fase een beroep kunnen doen op pedagogische hulp of interventies

Niet alle ouders, kinderen en jongeren hechten evenveel waarde aan het stellen van de diagnose ADHD. Sommige jongeren voelen zich gestigmatiseerd met de diagnose ADHD.

Het verdient aanbeveling dat de hele omgeving van het kind zoveel mogelijk bij de diagnostische fase betrokken wordt. De diagnose behoort tot stand te komen door observatie van het kind in verschillende situaties in zijn of haar omgeving en door uitwisseling van ervaringen van betrokken naasten.

Tijdens de diagnose is het gewenst dat de hulpverlener alert is op comorbiditeit.

Hulpverleners moeten ernaar streven het aantal hulpverleners dat zich bezighoudt met de diagnose van dat specifieke kind zoveel mogelijk te beperken en een eventuele doorverwijzing soepel te laten verlopen door een goede samenwerking.

Er bestaat een wens voor het instellen van een gezinscoach die zorg draagt voor het soepel verlopen van de contacten tussen de verschillende sectoren en hulpverleners.

Het is aan te bevelen dat de hulpverleners zich ervoor beijveren dat al vóórdat de diagnose al dan niet gesteld is, wel hulp geboden kan worden.

## 5.4 Behandeling

Het is noodzakelijk om ouders te betrekken bij de behandeling. Zij zijn ervaringsdeskundigen en kunnen een betere afstemming tussen school, thuis en behandeling mede bevorderen. Ouders hebben vooral behoefte aan handvatten voor het aanpakken van bepaalde situaties en aan praktische tips.

Verskillende ouders hebben verschillende wensen ten aanzien van de mate van betrokkenheid en zeggenschap bij de behandeling van hun kind.

Ouders moeten nadrukkelijk worden betrokken bij de behandeling. De hulpverlener gaat uit van de hulpvraag van de ouders. Ouders weten zelf vaak heel goed op welke punten problemen zijn en waar ze hulp en ondersteuning bij nodig hebben.

Bij de behandeling van ADHD is de samenhang en de afstemming tussen de verschillende leefwerelden van het kind, zoals school, thuis, vrienden en de hulpverlening, essentieel. Daarbij is het van belang dat er niet alleen aandacht is voor de problemen. Kinderen met ADHD kunnen ook veel positieve en verrijkende kwaliteiten hebben.

Bij de behandeling dienen de verschillende leefwerelden waarin het kind functioneert betrokken te worden. Er moet worden gezocht naar afstemming, zo nodig moet begeleiding geboden worden.

Voor kinderen en jongeren met ADHD is het, naast het zelf kunnen accepteren van het hebben van ADHD, belangrijk dat anderen dat ook doen. Wanneer anderen hen accepteren zoals ze zijn geeft dat veel steun, rust en zelfvertrouwen. Jongeren betreuren het dat ADHD vaak eenzijdig als een probleem en ziekte wordt gezien. Ouders hebben er vaak moeite mee dat ADHD een psychiatrische aandoening is. Voorlichting dat het niet betekent dat hun kind 'gek' is, kan belangrijk zijn.

Het op gang brengen van het acceptatieproces maakt nadrukkelijk onderdeel uit van de behandeling.

Ouders signaleren een groot gebrek aan crisisopvang. Het niet tijdig gebruik kunnen maken van crisisopvang kan zeer negatieve gevolgen hebben voor het hele gezin. Ouders ervaren crisisinterventie vanuit het justitiële apparaat als stigmatiserend.

Bij crisisopvang moet hulp worden geboden vanuit de psychiatrie en de jeugdhulpverlening en niet vanuit justitie.

## 5.5 Behandel mogelijkheden

Er bestaan verschillende behandel mogelijkheden voor kinderen en jongeren met ADHD en hun ouders. Niet iedere ouder en niet ieder kind heeft dezelfde voorkeur voor een bepaald type behandeling. Zij vinden het dan ook wenselijk goed voorlichting te krijgen over alle mogelijkheden en eventuele neveneffecten. Ouders achten het opzetten en uitbreiden van ADHD-adolescententeams van belang om de overgang tussen kinderpsychiatrie en volwassenenpsychiatrie zo soepel mogelijk te laten verlopen.

Hulpverleners kennen de behandel mogelijkheden waar goede ervaringen mee zijn. Zij dienen voorlichting te geven over de verschillende behandel mogelijkheden. In overleg met ouders en kinderen/ jongeren wordt gekozen voor een bepaalde behandeling.

Men acht het wenselijk dat een gezin met een kind met ADHD ondersteuning krijgt bij er beter mee leren omgaan.

Ondersteunende interventies zijn van groot belang om de zorg te kunnen volhouden. Hulpverleners moeten zich ervan bewust zijn dat de behoefte aan ondersteuning per gezin verschillend is. Gewenst is dat zij aangeven welke mogelijkheden er zijn en nagaan na op welke punten behoefte is aan ondersteuning.



## 5.6 ADHD op school

In Nederland betreft de jeugd-GGZ zelden de school bij de behandeling van kinderen met ADHD. Een gemiste kans, vinden ouders. Op de scholen is er over het algemeen onvoldoende kennis over ADHD. Anderzijds kan de school veel informatie over het kind aanreiken.

Ouders pleiten voor uitwisselingsbijeenkomsten waaraan ouders, leerkrachten en hulpverleners deelnemen en van elkaars ervaringen willen leren.

Ouders hebben behoefte aan extra begeleiding van hun kinderen op school.

Het is gewenst dat hulpverleners zich realiseren dat er nog veel werk moet worden verzet om bij de behandeling een betere afstemming met de school te realiseren. Aanbevolen wordt dat zij deze problematiek erkennen en waar mogelijk zich in te spannen om deze situatie te verbeteren.

# Bijlage 1 Algemene diagrammen voor de behandeling van kinderen met ADHD

Vraag: is het mogelijk om stappen in de behandeling van kinderen met ADHD in een diagram aan te geven?

Voor het beantwoorden van deze vraag is geen systematische literatuursearch gedaan. Er is gebruik gemaakt van een aantal artikelen waarin een diagram voor de behandeling van ADHD is uitgewerkt.

## *Wetenschappelijke onderbouwing*

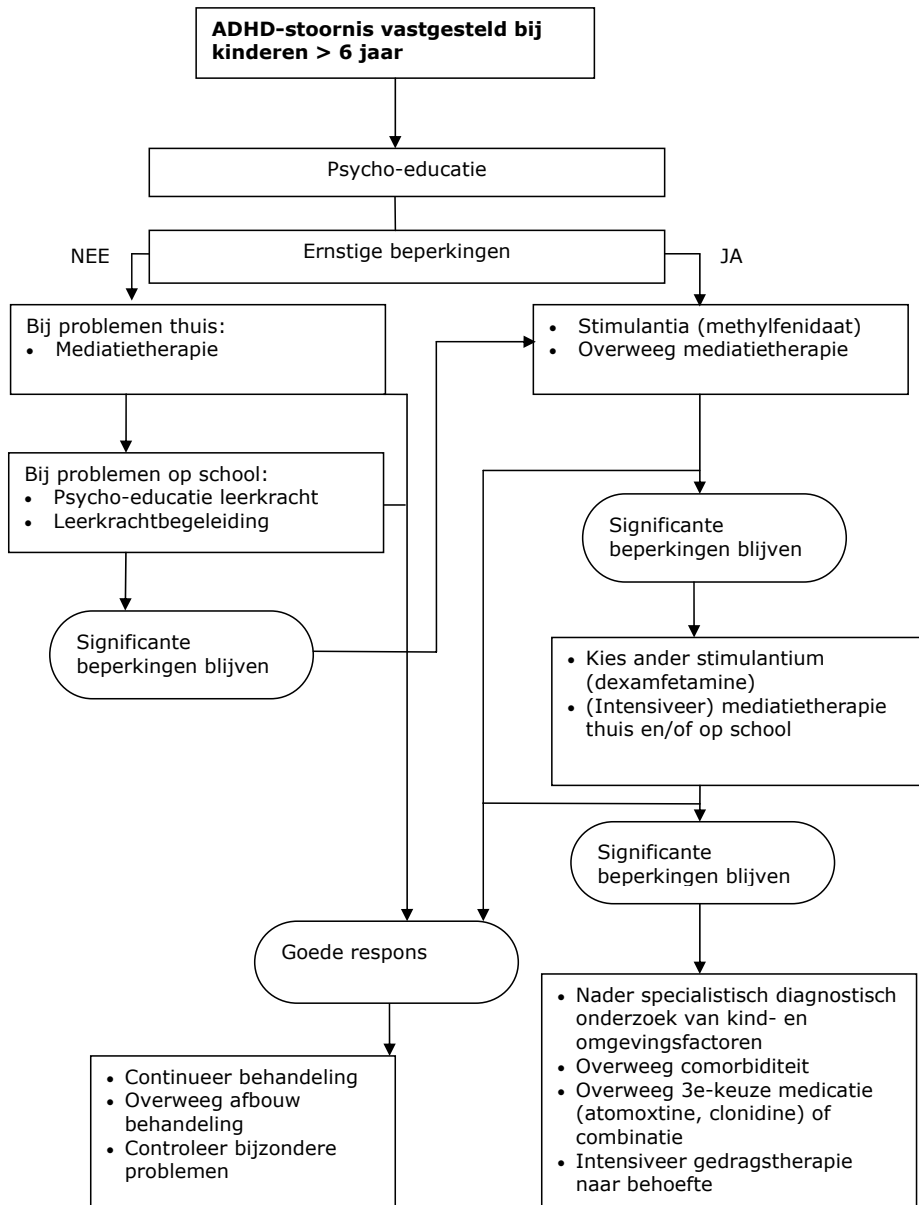
Om de vraag te beantwoorden welke stappen in welke fase moeten worden gezet is onderzoek naar de verschillende interventies noodzakelijk. Klassen e.a. hebben een systematische review en meta-analyse uitgevoerd (1999). Op basis van de inclusiecriteria bleven 26 onderzoeken over. Van deze 26 onderzoeken betroffen 21 onderzoek naar het effect van medicamenteuze behandeling (psychostimulantia), 2 gedragstherapie en 3 de combinatie van medicijnen en psychotherapeutische interventies. Uit dit overzicht werd geconcludeerd dat behandeling met medicijnen effectief was, alleen psychotherapie niet en een combinatie wel. De waarde van deze conclusies werd door de auteurs zelf beperkt geacht gezien de scheve verhouding tussen de verschillende onderzoeken.

Hill en Taylor (2001) hebben een diagram gemaakt waarin medicatie en dieetinterventies zijn aangegeven. In 2004 publiceerden Taylor e.a. een uitgebreid diagram waarin verschillende interventies zijn opgenomen, maar geen dieetmaatregelen.

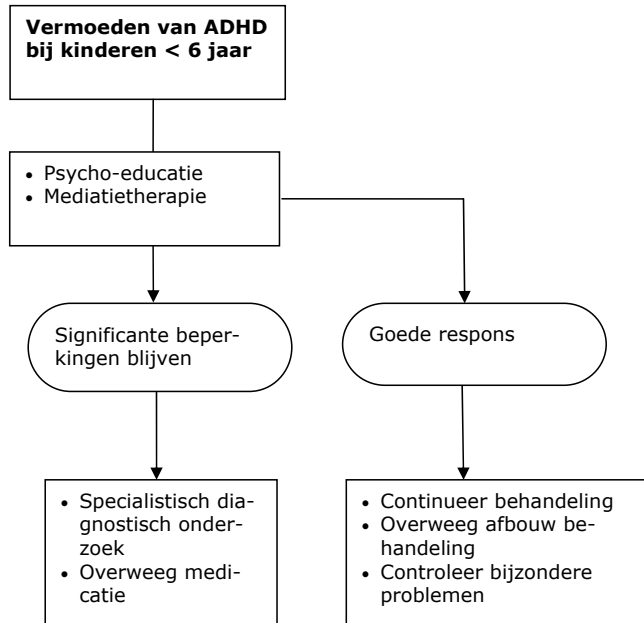
In deze bijlage zijn drie diagrammen opgesteld:

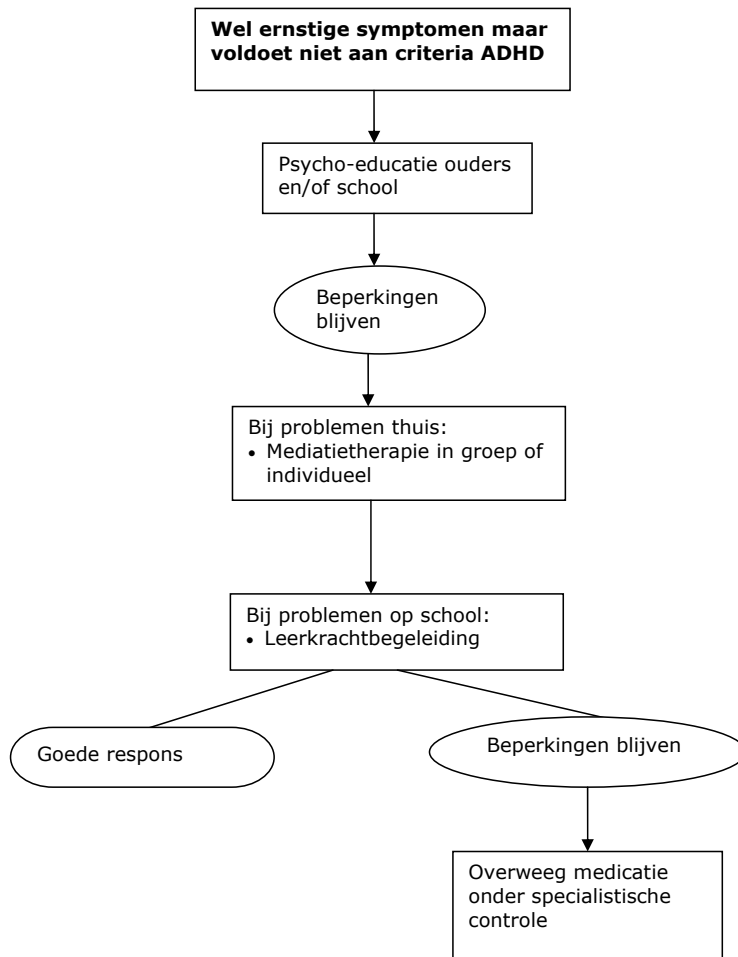
- ADHD-stoornis vastgesteld bij kinderen > 6 jr.
- Vermoeden van ADHD bij kinderen < 6 jr.
- Wel ernstige symptomen maar voldoet niet aan criteria ADHD.

Deze diagrammen hebben dezelfde uitgangspunten, namelijk dat eenvoudige psychosociale interventies, zoals psychoeducatie, steun en adviezen aan ouders en leerkrachten als eerste dienen plaats te vinden. Bij een ernstige vorm wordt in elk geval medicatie (psychostimulantia) geadviseerd. Training van ouders en/ of leerkrachten wordt geadviseerd bij problemen in respectievelijk het gezin en op school.



\*\* Dieet-interventies kunnen overwogen worden als er een bekende overgevoeligheid of allergie voor voedingsstoffen is.





## Bijlage 2 Competentiematrix voor de signalering, diagnostiek en behandeling van ADHD

Vraag: Welke zorgverleners en zorginstellingen zijn betrokken bij de signalering, diagnostiek en behandeling van ADHD?

Signalering (S), diagnostiek (D) en behandeling (B) van ADHD zal over het algemeen een multidisciplinaire taak zijn. Om het proces van S-D-B voor de patiënt snel en optimaal te laten verlopen is onderlinge afstemming en samenwerking van verschillende disciplines een voorwaarde. De competenties die nodig zijn om dit proces kwalitatief optimaal vorm te geven zijn weergegeven in de onderstaande matrices. Beroepsbeoefenaars zullen in de regel kennis en ervaring hebben tav een aantal, maar niet alle van deze cellen. Een enkele specialist zal wellicht kennis en vaardigheid hebben om vrijwel alle cellen inde matrix te overzien.

Het antwoord op de vraag welke professional geraadpleegd moet worden bij welke vraag wordt bepaald door de kennis en vaardigheden op de bovenstaande gebieden en door:

- 1 de fase in het proces van signalering, diagnostiek en behandeling (screening/nadere analyse)
- 2 de noodzakelijke specifieke vaardigheden m.b.t specifieke diagnostiek- en behandelmethoden.

Dit vraagt specifieke kennis en vaardigheid die in de verschillende beroepsgroepen specifiek aanwezig zijn. Wellicht zijn er sommigen die zich binnen een beroepsgroep zodanig hebben gespecialiseerd dat zij de volledige matrix kunnen overzien en in veel van de cellen of wellicht zelfs alle cellen kennis en vaardigheid bezitten, maar het is waarschijnlijk dat het traject van signalering, diagnostiek en behandeling van ADHD een multidisciplinaire aangelegenheid is, waarbij de verschillende hulpverleners/professionals verschillende competenties bezitten en verschillende bevoegdheden.

De overkoepelende matrix van competenties bestaat uit 10 dimensies van kennis (en vaardigheid):

Kennis van:

- etiologie van ADHD
- presentatie van de kenmerken, in een ontwikkelingsperspectief
- het te verwachten beloop
- de aangedane en bedreigde psychische functiegebieden (alle cognitieve en emotionele functies)
- de specifieke kenmerken die passen bij de ontwikkelingsfase
- impact van de symptomen op het functioneren van de patient, zijn systeem en de omgeving
- evidentie op het gebied van effectieve begeleiding en behandeling.
- geslachtsspecifieke kenmerken
- cultuurspecifieke aspecten
- en vaardigheid op het gebied van de behandeling

De uitgewerkte competentiematrix bevat de volgende componenten. De kenniscompetenties uit bovenstaand overzicht zijn uiteraard van toepassing op de onderstaande cellen.

	<b>Noodzakelijke onderdelen van S-D-B</b>	<b>Opties in het proces van S-D-B</b>
<b>Fase S-D-B</b>		
<b>Signalering</b>		
	Vaardigheid in het beoordelen of de kenmerken in het gedrag van het kind opvallend zijn	
	Vaardigheid in het beoordelen of de ontwikkeling wordt gehinderd door de ADHD kenmerken (cognitief, sociaal-emotioneel en didactisch)	
<b>Diagnostiek (waaronder classificatie)</b>	Vaardigheid in inventarisatie van symptomen volgens de DSM middels interview en observatie	
	Vaardigheid in het differentiëren van ADHD symptomen van andere beelden	
	Vaardigheid in het onderkennen en inventariseren van comorbiditeit	
	Vaardigheid in het doen van een anamnestic interview	
	Vaardigheid in het afnemen van de familieanamnese	
	Vaardigheid in het opvragen van specifieke informatie van school, al dan niet met gebruik making van gestandaardiseerde instrumenten	
	Vaardigheid in het gebruik van gestandaardiseerd instrumenten om probleemgedrag te inventariseren	
	Kunnen beoordelen of een somatische beoordeling noodzakelijk is	Uitvoeren van somatisch onderzoek (doel het uitsluiten van somatische verklaringen voor de symptomen of het onderzoeken van somatische factoren die samenhangen met de problematiek)
	Vaardigheid in het stellen van de indicatie voor (neuro)psychologisch onderzoek	Uitvoeren van (neuro)psychologisch onderzoek (doel specifiek profiel van cognitieve vaardigheden vaststellen)
	Vaardigheid in het stellen van de indicatie voor orthodidactisch onderzoek	Uitvoeren van orthodidactisch onderzoek (doel leerproblemen vaststellen)
	Vaardigheid in het stellen van de indicatie voor gezinsdiagnostisch onderzoek	Uitvoeren van gezinsdiagnostisch onderzoek (doel invloed van ADHD problematiek op gezinsinteracties onderzoeken en inventariseren van invloed van gezinsfactoren op probleemgedrag)
	Vaardigheid in het uitvragen en wegen van omgevingsvariabelen	

	<b>Noodzakelijke onderdelen van S-D-B</b>	<b>Opties in het proces van S-D-B</b>
<b>Behandeling</b>	Vaardigheid in het indiceren van farmaco-therapie	Vaardigheid in het uitvoeren van farmaco-therapie
	Vaardigheid in het stellen van een onderbouwde en verantwoorde indicatie voor psychosociale interventies	
	Geven van psychoeducatie	Vaardigheid in gedragstherapeutische oudertraining
		Vaardigheid in intensieve opvoedingsondersteuning in de thuissituatie
		Vaardigheid in het geven van ouderbegeleiding
		Vaardigheid in het uitvoeren van psychosociale interventies op school (psycho-educatie en gedragstherapeutische interventies)
		Vaardigheid in het uitvoeren van psychosociale interventies met het kind (zelfregulatietraining, sociale vaardigheidstraining)
		Vaardigheid en setting voor het bieden van daghulp of opvang in een ander milieu
		Vaardigheid in creatieve therapie
		Vaardigheid in psychomotore therapie
		Vaardigheid in dieet behandeling
		Vaardigheid in overige interventies





## **Bijlage 3 Adressen relevante patiënten-/familieorganisaties**

### **Balans**

Balans is een vereniging voor ouders van kinderen met leer-, ontwikkelings- en gedragstoornissen, waaronder ADHD, dyslexie en PDD-NOS.

Balans is een organisatie die bemiddelt tussen gebruikers en aanbieders van zorg en onderwijs, met als doel het versterken van de maatschappelijke positie van kinderen en hun ouders (en omgeving) die te maken hebben met leer- ontwikkelings en/of gedragstoornissen.

Balans is er ook voor personen in de naaste omgeving van kinderen met leer-, ontwikkelings- en gedragsstoornissen, zoals medewerkers binnen het onderwijs en de hulpverlening. Ook op hen is de informatie van Balans gericht.

*Postadres:*

Postbus 93  
3720 AB Bilthoven

*Bezoekadres:*

De Kwinkelier 39  
3722 AR Bilthoven  
Telefoon: (030) 2255050  
Fax: (030) 2252440  
Website: [www.balansdigitaal.nl](http://www.balansdigitaal.nl)

### **OVAK**

De vereniging van en voor ouders van een Onopvallend Anders Kind opereert in de gezondheidsregio's Rijnmond en Dordrecht. De vereniging richt zich op ouders van kinderen met psychiatrische problemen of handicaps.

Website: [www.ovak.nl](http://www.ovak.nl)





