

# ZORGPAD ADHD

Versie 2019



Een praktische leidraad voor de  
detectie, diagnostiek, behandeling  
en opvolging van ADHD bij  
kinderen / jongeren / volwassenen.



Lokaal Multidisciplinair Network  
BRUGGE • OOSTENDE • HOUTLAND

# Inleiding

<b>1. Stap 1 - Signalen / onderzoek en diagnostiek</b>	<b>4</b>
1.1. Signalen	
1.2. Onderzoek en diagnostiek	
<b>2. Stap 2 - Behandeling - Drie trappen</b>	<b>7</b>
2.1. Trap 1: Basis: psycho-educatie	
2.2. Trap 2: Pedagogisch-therapeutische interventies (milde tot matige ADHD)	
2.3. Trap 3: Behandeling en medicatie (ernstige ADHD)	
<b>3. Stap 3 - Opvolging</b>	<b>11</b>
<b>4. Nuttige links</b>	<b>12</b>

## Doel

---

Het zorgpad beoogt een optimale samenwerking tussen de sleutelactoren betrokken in het proces van ADHD bij kinderen en (jong)volwassenen.

## Werkgroep

---

De realisatie van deze praktische leidraad kwam tot stand in dialoog tussen de huisartsen van verschillende West-Vlaamse artsenkringen, de West-Vlaamse apothekersvereniging, het CLB, de revalidatiecentra en de gespecialiseerde GGZ in de provincie West-Vlaanderen, met de coördinatie van het overlegplatform GGZ West-Vlaanderen en het Lokaal Multidisciplinair Netwerk Brugge-Oostende-Houtland.

## Werken mee aan het zorgpad

---

*E. Nelis (KAS Brugge, AZ Sint-Lucas), B. Henau (CGG Largo), K. Supply (VCLB Izegem), J. Wieme (KAS Brugge, AZ Sint-Jan), M. Willems (KAS Brugge, AZ Sint-Lucas), I. Huysentruyt (West-Vlaamse Apothekersvereniging), M. Deleu (Revalidatiecentrum Overleie, de Korbeel), L. Depoorter (HABO), C. Verhoyen (HZW), G. Everaert (Kliniek St-Jozef), F. Dejonghe (De Korbeel), C. Everaert (Overlegplatform GGZ West-Vlaanderen), K. Loeys (LMN Brugge-Oostende-Houtland)*

## 1. STAP 1 - Signalen / onderzoek en diagnostiek

De symptomen van ADHD zijn vaak niet aanwezig tijdens het consultatiemoment waardoor een heteroanamnese is aangewezen.

Een diagnose is het resultaat van uitgebreid onderzoek op verschillende levensdomeinen door een multidisciplinair team i.s.m. een psychiater. De diagnose ADHD is dus ruimer dan het nagaan van de DSM 5-criteria.

### 1.1 Signalen<sup>1</sup>

**A** Een persistent patroon van onoplettendheid en/of hyperactiviteit-impulsiviteit dat interfereert met het functioneren of de ontwikkeling, zoals gekenmerkt door (1) en/of (2):

#### **A 1. Onoplettendheid:**

Zes (of meer) van de volgende symptomen zijn gedurende minstens zes maanden aanwezig geweest in een mate die niet consistent is met het ontwikkelingsniveau en die een negatieve invloed heeft op sociale en schoolse of beroepsmatige activiteiten. <sup>[2]</sup>

#### **DE BETROKKENE:**

**A:** Slaagt er vaak niet in voldoende aandacht te geven aan details, of maakt achteloos fouten in schoolwerk, op het werk of gedurende andere activiteiten.

**B:** Heeft vaak moeite om aandacht bij taken of spelactiviteiten te houden.

**C:** Lijkt vaak niet te luisteren als hij of zij direct wordt aangesproken.

**D:** Volgt vaak aanwijzingen niet op en slaagt er dikwijls niet in schoolwerk, karweitjes of taken op het werk af te maken.

**E:** Heeft vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten.

**F:** Vermijdt vaak om, heeft een afkeer van, of is onwillig zich bezig te houden met taken die een langdurige geestelijke inspanning vereisen.

**G:** Raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of activiteiten.

**H:** Wordt vaak gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels (bij (jong)volwassenen kan het gaan om gedachten aan iets anders).

**I:** Is vaak vergeetachtig tijdens dagelijkse bezigheden.

## A 2. Hyperactiviteit en impulsiviteit:

Zes (of meer) van de volgende symptomen zijn gedurende zes maanden aanwezig geweest in een mate die niet overeenstemt met het ontwikkelingsniveau en die een negatieve invloed heeft op sociale en schoolse of beroepsmatige activiteiten. <sup>[3]</sup>

### DE BETROKKENE:

**A:** Beweegt vaak onrustig met handen of voeten, of draait in zijn of haar stoel.

**B:** Staat vaak op in situaties waarin verwacht wordt dat je op je plaats blijft zitten.

**C:** Rent vaak rond of klimt overal op in situaties waarin dit ongepast is. (Bij (jong)volwassenen of volwassenen kan dit beperkt zijn tot gevoelens van rusteloosheid).

**D:** Kan moeilijk rustig spelen of zich bezighouden met ontspannende activiteiten.

**E:** Is vaak 'in de weer' of 'draaft maar door'.

**F:** Praat excessief veel.

**G:** Gooit het antwoord er vaak al uit voordat een vraag afgemaakt is.

**H:** Heeft vaak moeite op zijn of haar beurt te wachten.

**I:** Verstoot vaak anderen of dringt zich op.

**B** Verscheidene symptomen van onoplettendheid of hyperactiviteit-impulsiviteit waren voor het 12<sup>de</sup> jaar aanwezig.

**C** Verscheidene symptomen van onoplettendheid of hyperactiviteit-impulsiviteit zijn aanwezig op twee of meer terreinen (bijvoorbeeld op school of werk; met vrienden of gezinsleden; tijdens andere activiteiten).

**D** Er zijn duidelijke aanwijzingen dat de symptomen interfereren met het sociale, schoolse of beroepsmatige functioneren, of de kwaliteit daarvan verminderen.

**E** De symptomen treden niet uitsluitend op in het beloop van schizofrenie of een andere psychotische stoornis en kunnen niet beter worden verklaard door een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld een stemmingsstoornis, angststoornis, dissociatieve stoornis, persoonlijkheidsstoornis, onttrekkingsyndroom van een middel).

## **SPECIFIEER:**

### **Gecombineerd beeld**

Als gedurende de afgelopen zes maanden voldaan is aan zowel criterium A1 (onoplettendheid) als criterium A2 (hyperactiviteit-impulsiviteit).

### **Overwegend onoplettend beeld**

Als gedurende de afgelopen zes maanden voldaan is aan criterium A1 (onoplettendheid), maar niet aan criterium A2 (hyperactiviteit-impulsiviteit).

### **Overwegend hyperactief-impulsief beeld**

Als gedurende de afgelopen zes maanden voldaan is aan criterium A2 (hyperactiviteit-impulsiviteit), maar niet aan criterium A1 (onoplettendheid).

## **1.2. Onderzoek & diagnostiek**

**Bij de detectie van signalen voeren we verder onderzoek.**

### **Wat bevragen?** (*voorbeeld verwijfsbrief: zie bijlage 1*)

- Probleemformulering: hier en nu
- Medische antecedenten en ontwikkelingsgeschiedenis
- Hulpverleningsgeschiedenis
- Functioneren thuis, op school, in vrije tijd, werkomgeving
- Sterkte/zwakte analyse: individueel profiel van vaardigheden
- Persoonlijke beleving van kind/jongere/volwassene
- Medisch onderzoek: algemene gezondheid, zintuiglijke ontwikkeling, motorische ontwikkeling, anamnese voeding en slaap
- Klinisch onderzoek: lengte, gewicht, schedelomtrek, bloeddruk en pols
- Middelengebruik
- Familiale voorbeschiktheid op vlak van psychopathologie
- Gezinsfunctioneren: sterktes en beperkingen

### **Waar kan verder onderzoek?**

- Bij twijfel of geen zicht op de schoolse context verwijzen naar CLB als centrale partner voor het uitklaren van signalen bij kinderen/jongeren en als gids voor het zorgaanbod in de regio.
- Revalidatiecentrum
- Centrum Geestelijke Gezondheidszorg
- (Kinder- en jeugd)psycholoog
- (Kinder- en jeugd)psychiater
- (Kinder)neuroloog/neuropediater

## Geïsoleerde ADHD is zeldzaam. Let op comorbiditeit.

### Belang onderzoek en diagnostiek

- Helpt beperkingen en positieve groeikansen af te lijnen
- Spoort morbiditeit op met o.a. leer-, gedrags- en emotionele stoornissen, autisme, mentale beperking, Gilles de la Tourette, tics.
- Helpt secundaire problemen te vermijden. Vb. onderpresteren met negatief zelfbeeld, angst, depressie, toenemende gedrags- en sociale problemen, relatie- en werkproblemen, middelenmisbruik.

## 2. STAP 2 - Behandeling - Drie trappen

De behandeling van ADHD is steeds multimodaal, gericht op kind of (jong)volwassene én (opvoedings)omgeving. Ze heeft tot doel de belemmeringen ten gevolge van ADHD te beperken en ontwikkelingsbevorderende factoren te versterken. De behandeling van ADHD is steeds maatwerk. Het hulpverleningsnetwerk en het gezin bespreken best samen de diagnose en de specifieke noden van het kind of de (jong)volwassene en het gezin en stellen samen een zorgplan op. Hierbij is aandacht nodig voor de (diverse) psychologische, educatieve of andere noden en (persoonlijke) behoeften van de persoon met ADHD.

### 2.1 TRAP 1: Basis psycho-educatie

Geef advies en deel basiskennis rond ADHD: internetsites, boeken, ouderverenigingen ...  
Neem een empathische en aandachtige houding aan voor de effecten van de diagnose ADHD.

#### 1. Individuele begeleiding

- Psycho-educatie vanaf 6 jaar.
- Steun kind en (jong)volwassene, zoek de sterktes op en moedig aan om samen met de hulpverleners te zoeken naar het best passend hulpaanbod. Mogelijke partners zijn psycholoog, CLB ...

#### 2. Gezinsluik

- Psycho-educatie aan ouders, partner en kinderen.
- Steun familieleden bij contacten. Luister, zie hun inzet en moedig aan om te zoeken naar het best passend hulpaanbod.

### **3. Onderwijsomgeving**

- Psycho-educatie aan leerkrachten via CLB die de school ondersteunt bij het realiseren van een brede basiszorg en bij het installeren van aanpassingen op klasniveau.
- Sensibiliseer docenten en medestudenten om (jong)volwassenen met ADHD zo goed mogelijk te ondersteunen.

## **2.2. TRAP 2: Pedagogisch-therapeutische interventies (milde tot matige ADHD)**

### **1. Individuele begeleiding**

- Vanaf 6 jaar kan psycho-educatie aangevuld worden met individuele of groepsgerichte therapeutische interventies. Deze zijn gericht op zelfcontrole, probleemoplossing en/of sociaal emotioneel functioneren.
- Mogelijke partners zijn CGG en revalidatiecentra.

### **2. Gezinsluik**

- Ondersteunende begeleiding, ouderschaps- en opvoedingstraining.
- Mogelijke partners zijn CGG, thuisbegeleiding, psychologen of zelfhulp.

### **3. Onderwijsomgeving**

CLB wordt betrokken voor de ondersteuning binnen de school als er verhoogde zorg of redelijke aanpassingen nodig blijken. Deze aanpassingen kunnen ook binnen de hogeschool of universiteit aangevraagd worden. Er wordt gestreefd naar een geïndividualiseerde toekenning van faciliteiten voor studenten.



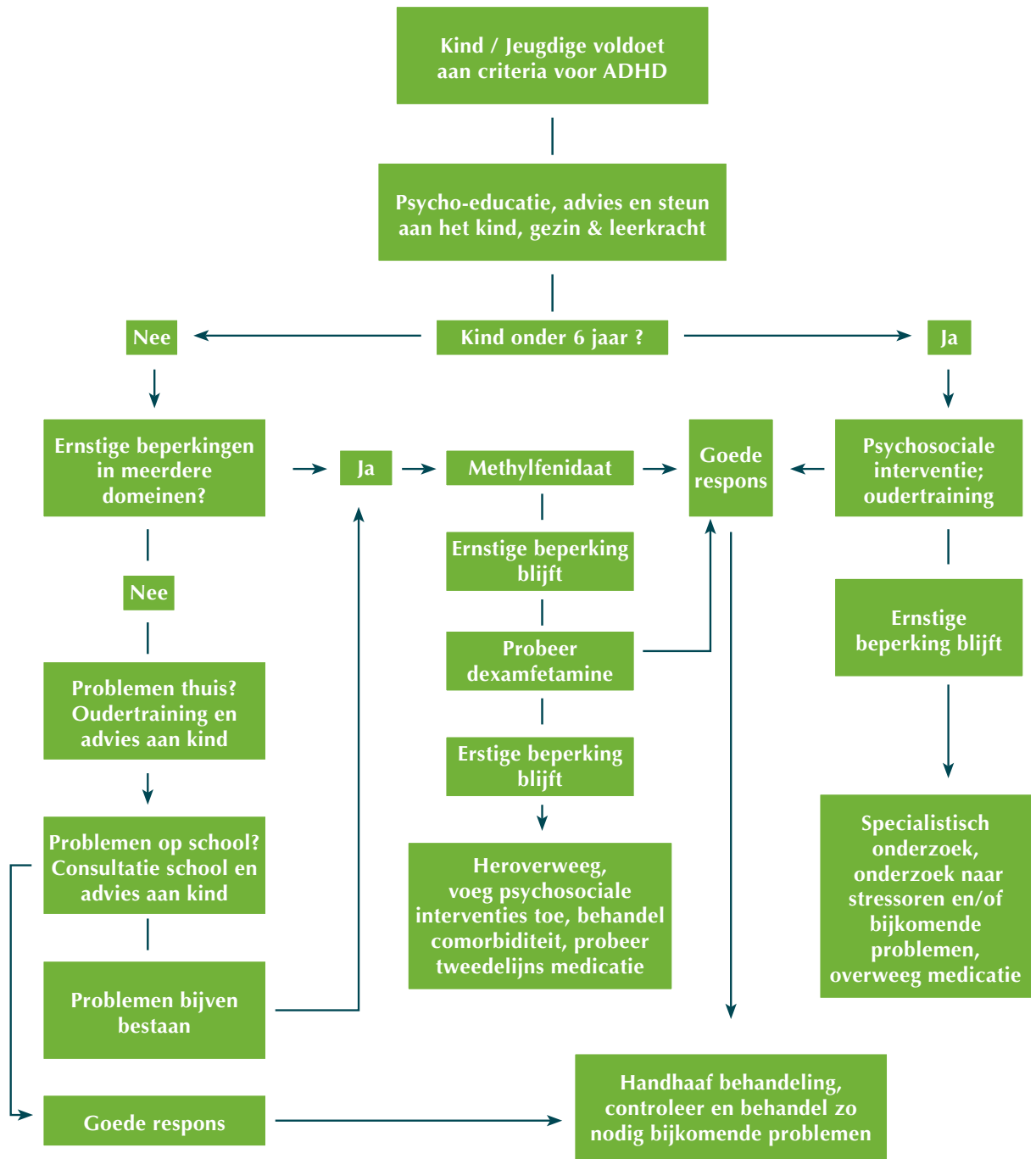
## 2.3. TRAP 3: Behandeling en medicatie (ernstige ADHD)

**Opstart psychofarmaca bij minderjarigen dient te gebeuren door artsen gespecialiseerd in gedragswetenschappen (kinder- en jeugdpsychiater, kinderneuroloog)<sup>4</sup>**

**Farmacotherapie krijgt een belangrijke rol toebedeeld in de behandeling van ADHD. Er wordt aanbevolen om deze te plaatsen in een uitgebreid behandelplan met aandacht voor de diverse psychologische, educatieve of andere noden en persoonlijke behoeften van de persoon met ADHD.**

Medicatie kan overwogen worden bij aanwezigheid van matige hinder of het uitblijven van voldoende effect van pedagogisch-therapeutische interventies. Als er weerstand is tegen het gebruik van medicatie, is het belangrijk om voldoende tijd te nemen om wetenschappelijk correcte informatie te geven over de voor- en nadelen van medicatie.

Bij kinderen en jongeren met ernstige ADHD is medicatie, gecombineerd met pedagogisch-therapeutische interventies voor ouders, verzorgers en kind/jongere, eerste keuze.



## Farmacotherapie

Belang van samenwerking met een (kinder)psychiater/-neuroloog.

### Eerste keuze – stimulantia<sup>5</sup>

METHYLFENIDAAT <sup>6</sup>	RILATINE® 10 MG MEDIKINET® 5, 10, 20 MG	3-4u, 2-3 maal per dag
	RILATINE MR® 10, 20, 30, 40 MG (50%-50%) MEDIKINET-RETARD® 5, 10, 20, 30, 40 MG EQUASYM-XR® 10, 20, 30 MG (30%-70%)	+/- 8u, 1 maal per dag
	CONCERTA® 18, 27, 36, 54 MG (22%-78%)	+/- 12u, 1 maal per dag
	ATOMOXETINE	STRATTERA® 10, 18, 25, 40, 60, 80, 100MG
GUANCIFINE	INTUNIV® 1, 2, 3, 4 MG	24u
DEXAMFETAMINE (MAGISTRAAL)		5-6u, meestal 2 maal per dag
OFF-LABEL	CLONIDINE	

## 3. STAP 3 – Opvolging

### HUISARTS

- Driemaandelijke check up
- Therapietrouw en correct gebruik nagaan
- Beoordeling nutseffect medicatie:
  - Cognitief (langer volgehouden aandacht, minder afleidbaarheid, verbetering korte termijn geheugen, verminderde impulsiviteit)
  - Motorisch (verminderen hyperactiviteit en onrust, minder storend gedrag in klas/werk, schriftverbetering, verbetering fijnmotorische controle)
  - Sociaal (beter gedrag, meer onafhankelijk werken – huiswerk – en spelen, betere sociale omgang met leeftijdsgenoten, meer vatbaar voor opvoedkundige aanpak, betere ouder-kindrelatie, doorbreken negatieve vicieuze cirkel)
- Beoordeel mogelijke nevenwerkingen van de medicatie o.a. eetgedrag, slaappatroon, stemmingswisselingen en het voorkomen van tics.
- Klinisch onderzoek: opvolgen lengte, gewicht, BD, pols met bijzondere aandacht voor afbuigen van lengte- en/of gewichtscurve.

[5] Terugbetaling tot 18 jaar

[6] in blauw aangeduid Methylfenidaat = off-label bij volwassenen (+18). Meer informatie: [www.bcfi.be](http://www.bcfi.be)

- Blijvende aandacht voor psycho-educatie en opvoedingsondersteuning i.k.v. levenskwaliteit in samenwerking met andere partners.
- Extra aandachtspunten detecteren voor herevaluatie door psychiater
  - ❑ Bijkomende gedragsproblemen (agressie, stelen, spijbelen)
  - ❑ Angststoornis/depressieve klachten
  - ❑ Ernstige leerproblemen
  - ❑ Middelenmisbruik (drugs, alcohol)

## PSYCHIATER

- Jaarlijkse check-up
- Herevaluatie bij aandachtspunten
- Doseringaanpassingen naar optimale symptoomcontrole: school, werk én thuis
- Opvolging bij huisarts ondersteunen

## APOTHEKER

- Ondersteunen en informeren over medicatie aan patiënt
- Bij onduidelijkheid medicatie: contact opnemen met voorschrijvende arts

## 4. Nuttige links

---

- [Evidenced based website FOD](#)
- [Metaforum Het KUL](#)  
*Het toenemend gebruik van psychofarmaca*
- [Advies van de Hoge Gezondheidsraad](#)  
*nr. 8846 – Good clinical practise in de herkenning, diagnose en behandeling van ADHD*
- [Website Similes](#)  
*Vereniging voor gezinsleden en nabijbetrokkenen van personen met psychiatrische problemen*
- [BCFI](#)
- [Kinderformularium](#)
- [Website LMN](#)  
*Website van het Lokaal Multidisciplinair Netwerk Brugge-Oostende-Houtland*
- [Website GGZ WVL](#)  
*Website van het overlegplatform GGZ West-Vlaanderen*

## Bijlage 1 - Voorbeeldbrief

### Verwijsbrief huisarts naar (kinder)psychiater

Patiënt		Psychiater	
Naam		Naam	
Adres		Adres	
Geboortedatum			
Geslacht			

Huisarts	
Naam	
Adres	
Handtekening	

1. Reden van verwijzing / probleemstelling

2. Medische antecedenten – ontwikkelingsgeschiedenis – comorbiditeit

→ **Voorgeschiedenis neuropsychologisch onderzoek** (intelligentie, aandachtsfunctie, andere ontwikkelingsgebieden) en **(Voorgeschiedenis) beeldvorming, neurofysiologie** enkel op indicatie (bij vermoeden van epilepsie, asymmetrie, stilstand of regressie in ontwikkeling).

3. Hulpverleningsgeschiedenis

4. Functioneren thuis/werk/school/vrije tijd en persoonlijke beleving

5. Medisch onderzoek

- Algemene gezondheid:
- Zintuiglijke ontwikkeling:
- Motorische ontwikkeling:
- Anamnese voeding/slaap:

6. Klinische parameters

- Gewicht (kg):
- Lengte (cm):

- BMI (kg/m<sup>2</sup>):
- Bloeddruk onder controle:  ja  nee
- Pols:
- SO:

## 7. Extra informatie

- Middelengebruik:
- Familiale voorbeschiktheid op vlak van psychopathologie:
  
- Gezinsfunctioneren:

## 8. Opmerkingen





Kaatje Loeys & Michelle Roels  
Zorgtrajectpromotoren  
Lokaal Multidisciplinair Netwerk  
Brugge Oostende Houtland

M 0488 87 94 85 (Kaatje)  
M 0485 22 44 77 (Michelle)  
kaatje@zorgtrajectboh.be  
michelle@zorgtrajectboh.be  
www.zorgtrajectboh.be

Caroline Everaert  
Procesbegeleider Overlegplatform  
GGZ West-Vlaanderen

M 0494 12 31 47  
caroline.everaert@op-wvl.be  
www.op-wvl.be