

Zakkaartje ADHD

Gebaseerd op NHG-Standaard ADHD

1. Rol huisartsenpraktijk • Herkennen van gedrag dat mogelijk bij ADHD past (huisarts/POH/JGZ). • Diagnostiek, gedragstherapie en medicatie starten = géén basisaanbod → ggz. • Wél facultatief in de praktijk: voorlichting, opvoed- en leefstijladviezen. • Overnemen herhaalmedicatie + controles na stabiele instelling in ggz = facultatief. • Kernvraag: eerst omstandigheden aanpassen, of aanvullend onderzoek nodig?	2. Wanneer aan ADHD denken? • ≥ 6 mnd overmatig druk, impulsief of onoplettend. • Beperkingen in ≥ 2 omgevingen (thuis, school, leeftijdsgenoten). • Kenmerken vóór 12e jaar aanwezig. • Beoordeel altijd t.o.v. de ontwikkelingsfase; jong kind = lastiger te herkennen. • Let op: relatief jonge leerling in de klas → 2× vaker classificatie.	3. Anamnese • Aard, begin, beloop; door wie ervaren (ouder/leerkracht/kind). • Onoplettendheid, hyperactiviteit, impulsiviteit; invloed op functioneren. • Ontwikkeling, opvoeding, steun school; slaap, roken/middelen, energiedrankjes. • Psychosociaal: pesten, scheiding, geweld/misbruik, woonsituatie. • DD-verklaringen: bèta2-mimetica, gehoor/visus, hyperthyreoïdie.
4. Onderzoek & evaluatie • LO: dysmorphe trekken? Gehoor/visus op indicatie (evt. via JGZ). • Aanvullend onderzoek = ggz (of facultatief in praktijk mits expertise). • Vragenlijsten alléén sluiten ADHD niet uit/aan; semigestructureerd interview nodig. • ADHD = beschrijving van gedrag, géén verklaring. • Lichte beperkingen zonder DSM-criteria → zelfde adviezen als bij ADHD.	5. Niet-medicamenteus (1e stap) • Voorlichting: niet stigmatiserend; benoem sterke kanten; gedrag = onvermogen. • Opvoeding: positieve aandacht, grenzen, consequent, structuur, dagindeling. • Bewegen: dagelijks ≥ 1 uur matig intensief; 3× p/wk spier-/botversterkend. • Voeding: Schijf van Vijf. Géén dieet of supplementen (onvoldoende bewijs). • Verwijs desgewenst naar JGZ/POH-ggz voor opvoedondersteuning.	6. Vóór start medicatie • Eerst voorlichting + gedragstherapie geprobeerd; besluit samen met ouders/kind. • Check contra-indicaties + familieanamnese plotse hartdood/cardiaal. • Bepaal bloeddruk (kindermanchet!) en hartfrequentie vóór start. • Leg lengte + gewicht vast in groeidiagram (tno.nl/groei). • Bespreek verwachte bijwerkingen en te bereiken doelen.
7. Keuze medicatie (kind ≥ 6 jr) • 1e keus: methylfenidaat (kort- én langwerkend gelijkwaardig). • 2e keus: dex- of lisdexamfetamine (bij onvoldoende effect/bijwerkingen). • 3e keus: atomoxetine/guanfacine → alleen via ggz/kinderarts. • Langwerkend: beter bij therapietrouw/gebruiksgemak; minder misbruik. • Opiumwet: methylfenidaat + dexamfetamine. Kind < 6 jr → ggz.	8. Doseringen kind • MPH kortwerkend: start 0,3 mg/kg/dag in 2-3 doses; max 2 mg/kg (60 mg). • MPH langwerkend 12u: 18 mg 1dd; max 54 mg (6-12 jr) / 72 mg (12-18 jr). • Dexamfetamine: start 0,15 mg/kg/dag in 2 doses; max 1 mg/kg (40 mg). • Lisdexamfetamine: 20-30 mg 1dd; tot 70 mg. • Laatste MPH-dosis uiterlijk 4 uur vóór slapen.	9. Controles kind • Bij aanpassing: hercontrole na 1-2 wkn (effect, bijwerkingen, RR + pols). • Stabiel: elke 6 mnd effect, therapietrouw, bijwerkingen, psyche. • Meet lengte/gewicht (groeidiagram), bloeddruk (kindermanchet) en pols. • Vraag naar misbruik/doorgeven medicatie (pubers/adolescenten). • Herhaalmedicatie alléén als kind op controle verschijnt; evt. max 2 wkn.
10. Bijwerkingen aanpakken • Slaap: slaaphygiëne; laatste dosis vervroegen; melatonine alleen bij ernst. • Eetlust/gewicht: innemen tijdens/na maaltijd; tussendoortjes. • Groei: afbuiging > 1 SDS → verwijs kinderarts. • Tics/onwillekeurig: verminderen/stoppen; denk Tourette. • Dysforie/psychose: stop bij psychose/bipolair → ggz met speed.	11. Stoppen & proefstop • Medicatie in principe tijdelijk (max 6-12 mnd); evalueer voortzetting. • Overweeg jaarlijkse proefstop bij langdurig (> 1 jr) gebruik. • Plan proefstop in rustige periode (bv. normale schoolweek), 1-2 wkn. • Bouw MPH/(lis)dexamfetamine af in 1-2 wkn (voorkomt depressie/vermoeidheid). • Ouder kind = vaak makkelijker stoppen; eerdere mislukte stop geen beletsel.	12. Verwijzen naar ggz • Kind < 6 jr; ernstige beperkingen (schoolvermijding/schorsing). • Ernstige opvoedproblematiek / weinig draagkracht gezin. • Vermoeden comorbiditeit, verstandelijke beperking of (kleine) criminaliteit. • Onvoldoende effect / medicatie niet verdragen. • Kinderarts bij somatische oorzaak/contra-indicatie (bv. hyperthyreoïdie).