

ADHD (aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis)

De stoornis

ADHD is te zien als uiterste op het continuüm van geconcentreerd, rustig en beheerst gedrag naar ongeconcentreerd en/of druk en impulsief gedrag. Bij kinderen staan de impulsiviteit en hyperactiviteit vaak wat meer op de voorgrond, bij jongeren en volwassenen de problemen met aandacht, planning en het organiseren van het dagelijks leven. Mensen die daardoor op meerdere levensgebieden in de knel komen hebben passende zorg nodig. Professionele zorg richt zich niet zozeer op het veranderen van eigenschappen zoals mate van impulsiviteit of concentratievermogen, maar eerder op het omgaan met de problemen die mensen als gevolg daarvan in het dagelijks leven ervaren. De ernst van de aandoening kan variëren. De mate waarin patiënten beperkingen ervaren wordt beïnvloed door omstandigheden en levensgebeurtenissen.

Gevolgen

ADHD gaat samen met een verhoogd risico op ongelukken en vroeg overlijden, onderpresteren, leer- en werkproblemen, schooluitval, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, relatieproblemen en partnergeweld, tienerzwangerschappen en seksueel overdraagbare aandoeningen, slaapproblemen, zelfbeschadiging en suïcidepogingen, problematisch middelengebruik en criminaliteit.

Het stigma op de aandoening en afkeurende reacties van de omgeving op het gedrag of op achterblijvende schoolresultaten kunnen leiden tot een negatief zelfbeeld.

De epidemiologische kenmerken

Geschat wordt dat 3-5% van de kinderen en 2-3% van de volwassenen voldoet aan de criteria voor ADHD. ADHD wordt ca. 2-3 keer vaker vastgesteld bij jongens dan bij meisjes, bij volwassenen is hier geen belangrijk verschil. ADHD wordt bij meisjes en vrouwen vaak minder snel herkend. Het beeld is per persoon anders en kan veranderen met de leeftijd.

De symptomen van ADHD ontstaan door een samenspel van een groot aantal erfelijke en omgevingsfactoren. ADHD komt meestal tot uiting in de kindertijd en kan tot in de volwassenheid en tot op hoge leeftijd voortduren. Regelmatig wordt de aandoening pas in de volwassenheid opgemerkt, soms omdat iemand hulp zoekt voor depressie, eet- of slaapproblemen, problemen op het werk waarbij ADHD mede een rol blijkt te spelen. Mensen bij wie ADHD in de jeugd is vastgesteld, lijken een blijvende kwetsbaarheid te houden die van lichte tot ernstige beperkingen in het functioneren kunnen leiden.

Vroege onderkenning en preventie

Vroege onderkenning betekent bij kinderen en jongeren tijdig signaleren van druk gedrag of aandachtsproblemen (thuis, op school of in de eerste lijn: ouders, leerkracht, huisarts of praktijkondersteuner, jeugdarts, het wijkteam of CJG). Op basis van de ernst wordt ondersteuning en zo nodig verdere diagnostiek en behandeling geboden (secundaire preventie). Bij volwassenen kunnen ADHD-symptomen overschaduwd worden door maatschappelijke en/of psychische problemen.

Risicogroepen

- De kans dat een kind, een ouder, een broer of een zus van iemand met ADHD óók ADHD heeft, is zo'n 5-10 maal hoger dan in de algemene bevolking.
- ADHD komt verder o.a. vaker voor bij: vroeggeborenen, kinderen en jongeren in pleegzorg, kinderen en jongeren met gedragsproblematiek of een angst- of stemmingsstoornis, mensen met epilepsie of neurobiologische ontwikkelingsstoornis, volwassenen met andere psychische aandoeningen of met (een geschiedenis van) problematisch middelengebruik, gedetineerden, en mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH).

Diagnostiek

Van ADHD is volgens DSM-5 sprake als iemand een aanzienlijk aantal symptomen heeft rond druk en/of impulsief gedrag en/of aandachtsproblemen en deze symptomen voor het 12de levensjaar zijn opgemerkt. Bij sommige mensen worden de symptomen echter pas duidelijk met het toenemen van taken en verantwoordelijkheden.

ADHD wordt meestal in drie beelden onderscheiden:

- gecombineerd beeld: druk en impulsief gedrag én moeite met het vasthouden van de aandacht;
- overwegend onoplettend beeld (vaak 'ADD' genoemd);
- overwegend hyperactief/ impulsief beeld.

Er wordt onderscheid gemaakt naar ernst van de symptomen en beperkingen in het functioneren (licht, matig of ernstig). De symptomen moeten zich voordoen in meer dan één context.

Aandachtspunten kinderen en jongeren

- Houd rekening met de mogelijk stigmatiserende effecten van een classificatie en bespreek deze altijd in een normaliserend kader.
- Diagnosticeer beschrijvend met een inventarisatie van de symptomen en ervaren belemmeringen, een (gestructureerde) anamnese, een analyse van somatische, sociale, culturele en psychologische factoren die mogelijk hebben bijgedragen aan het ontwikkelen van de problemen. Classificatie is daarvan de afsluiting.
- Betrek betrokkenen uit meer dan één context, bijvoorbeeld ouders en leerkracht.
- Gebruik bij voorkeur semigestructureerde interviews.

Aandachtspunten volwassenen

- Systematische uitvraag (bijv. met DIVA 5) van verschillende symptomen en de hinder op de verschillende levensgebieden met expliciete aandacht voor het criterium dat de symptomen langdurig bestaan en vanaf de jeugd manifest zijn geworden. Wees alert op onderrapportage.
- Bij volwassenen bij wie ADHD op latere leeftijd is vastgesteld, zijn klachten eerder vaak ten onrechte geïnterpreteerd als symptoom van aandoeningen zoals depressie of burn-out. Met name vrouwen hebben een grotere kans op onderdiagnostiek.

Comorbiditeit

ADHD komt zelden alleen voor. Inventariseer daarom altijd eventuele comorbide klachten en aandoeningen, rekening houdend met risicofactoren en risicogroepen.

Monitoring

Vaak verminderen de symptomen in de loop van de tijd zodanig dat er geen sprake meer is van ADHD. De diagnose wordt regelmatig heroverwogen, in elk geval rond de overgang van de basisschool naar de middelbare school en bij de overgang van jeugdzorg naar volwassenenzorg of huisartsenzorg. Blijf ook alert op signalen van eventuele ontwikkeling van comorbide problematiek.

Behandeling en begeleiding

De zorgstandaard is gebaseerd op verschillende richtlijnen rond ADHD voor kinderen, jongeren en volwassenen (zie onderbouwing).

Kinderen en jongeren

Bij lichte problemen zijn adviezen en ondersteuning aan de ouders en/of de leerkracht de eerste stap. Pas bij onvoldoende resultaat worden verdere stappen overwogen. Bij ernstige problemen (verstoorde relaties in het gezin, uitgeputte ouders, (dreigende) schorsing van school) kan direct worden doorverwezen voor nadere diagnostiek en eventuele behandeling (op basis van gezamenlijke besluitvorming). Aan elke min of meer intensieve behandeling gaat psycho-educatie vooraf en advies over aanpassingen in de omgeving en aanpak door ouders en de school.

De behandeling verschilt per leeftijdsgroep en de ernst van de symptomen en hangt ook af van de aanwezigheid van gedragsproblemen. De zorgstandaard biedt voor vier leeftijdsgroepen beslisbomen, die een globaal inzicht geven in wanneer voor welke behandeling gekozen kan worden.

- Er wordt niet gelijktijdig gestart met een combinatie van medicatie en een psychologische behandeling, zeker niet bij lichte of matige ADHD. Pas bij onvoldoende resultaat van de eerstgekozen behandelvorm wordt een andere behandelvorm toegevoegd (vuistregel).
- Psycho-educatie, advies voor de aanpak aan ouders en eventueel school, gedragstherapeutische training van de ouders (en/of leerkracht), medicatie (terughoudend) en (bij jongeren) cognitieve gedragstherapie (in combinatie met begeleiding of training van ouders) (behandelopties).

Volwassenen

Gestart wordt met psycho-educatie en adviezen. Bij onvoldoende resultaat bekijken behandelaar en patiënt samen welke interventies kunnen worden ingezet en beslissen samen over de meest geschikte behandeling: medicatie, niet-medicamenteus of eventueel een combinatie van beide.

Herstel, participatie en re-integratie

ADHD kan grote gevolgen hebben voor het zelfbeeld en zelfvertrouwen, voor het dagelijkse, sociale en maatschappelijke functioneren en het kunnen voldoen aan maatschappelijke eisen. Goede, tijdige interventies kunnen voorkomen dat iemand op een of meer domeinen ontspooit. De zorg rond ADHD houdt ook in: voorlichting geven over herstel en participatie op basis van de interactie tussen individu en context en het zo nodig in gang zetten van ondersteuningsmogelijkheden. Soms is het nodig om aanpassingen in het werk of de leefomgeving te doen. Patiënten geven aan ondersteuning rond werken heel belangrijk te vinden.

Aandachtspunten

- Benadruk wat iemand wél kan in plaats van wat iemand niet kan.
- Richt de behandeling expliciet op het bereiken van een persoonlijk doel (bijvoorbeeld op school of werk), op meer grip op het dagelijks leven, meer veerkracht en positief zelfbeeld.
- Wijs patiënten op ervaringsdeskundigheid en lotgenotencontact, bijvoorbeeld via de websites www.balansdigitaal.nl en www.impulsenwoortblind.nl.

Organisatie van zorg

- De zorgbehoefte van mensen met ADHD kan veranderen per levensfase en daarom is op- en afschalen vaak noodzakelijk. Betrokken professionals en echelons moeten goed samenwerken om de continuïteit van zorg te waarborgen.
- Samenwerking buiten de zorg en binnen het sociaal domein, met bijvoorbeeld justitie, werkgevers, UWV en CBR kan van groot belang zijn en leiden tot gezondheidswinst.
- Zorg voor een warme overdracht bij de overgang van jeugd ggz naar volwassenenzorg.

Samenhang met zorgstandaarden

- Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-GGZ en Diagnostiek en behandeling van psychische klachten in de huisartsenpraktijk
- Organisatie van zorg voor kind en jongere
- Psychische klachten in de kindertijd
- eHealth

Alle fasen van de behandeling

- Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek
- Comorbiditeit

Re-integratie en participatie

- Arbeid als medicijn (met als doel het voorkomen van problemen op het gebied van werk(hervatting) en de inzet van arbeid als middel tot herstel)
- Destigmatisering (met concrete handvatten om het stigma rond psychische aandoeningen te verminderen)