

ADHD Child Evaluation

Diagnostisch interview voor kinderen met ADHD

ACE

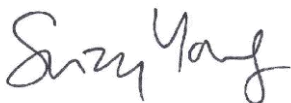
Nederlands

Professor Susan Young

Voorwoord

Ik begon meer dan 20 jaar geleden te werken met kinderen met ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder). Het klinische beeld is in deze jaren sterk gewijzigd door wetenschappelijk onderzoek, waardoor onze kennis over en begrip voor het ontstaan, de presentatie, de behandeling en de prognose aanzienlijk is toegenomen. ADHD wordt op dit moment erkend als een aandoening die het hele leven kan blijven bestaan, maar ondanks internationale richtlijnen over herkennen, behandelen en begeleiden van mensen met ADHD bereiken toch veel adolescenten ongediagnosticeerd de volwassen leeftijd. Dit betekent dat de diagnose is gemist of dat zij een foute diagnose opgeplakt hebben gekregen. Dit betekent dus ook dat deze jonge mensen niet de beste behandeling voor hun symptomen en begeleidende problemen zullen krijgen. Velen halen hun niveau niet en voor sommigen ziet de toekomst er somber uit. Het goede nieuws is dat de behandeling vaak zeer effectief is en dat het nooit te laat is om te beginnen. Maar als wij willen dat kinderen uitgroeien tot zelfverzekerde jonge mensen die goed in hun vel zitten en een goede kwaliteit van leven hebben dan moeten wij zo vroeg mogelijk ingrijpen. Dat is de reden dat ik de ACE (ADHD Child Evaluation: ADHD kinderevaluatievragenlijst) heb ontwikkeld in de hoop dat dit semigestructureerde interview hulpverleners waar ook ter wereld zal helpen bij het herkennen en diagnosticeren van ADHD bij kinderen.

Ik dank al mijn collega's die opbouwend commentaar hebben geleverd op het concept, in het bijzonder Cornelius Ani, David Coghill, Eric Taylor, Isaac Szpindel, Jade Smith, Nader Ali Perroud, Tami Kramer, Tony Rostain en Paul Ramchandani. Speciaal dank ik ook Hannah Mullens voor haar steun bij het ontwerpen en ontwikkelen van dit project en de vorm waarin de ACE is gegoten. Ik dank ook Rob Rodrigues Pereira, kinderarts in de Kinderpraktijk Hillegersberg, Rotterdam voor zijn Nederlandse vertaling.



Professor Susan Young
Londen, 1 juli 2015

| | Pagina |
|--|---------------|
| Inleiding in ADHD | 3 |
| ACE Administratie | 5 |
| INTERVIEW | |
| Achtergrond | 7 |
| Beoordeling van Symptomen | 11 |
| Observaties | 30 |
| Comorbiditeiten en Andere Aandoeningen | 31 |
| DSM-5 Score Formulier | 37 |
| ICD-10 Score Formulier | 38 |

Inleiding in ADHD

ADHD

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is een ontwikkelingsstoornis van de hersenen die wordt gekenmerkt door symptomen van onoplettendheid, impulsiviteit en hyperactiviteit die niet passen bij het ontwikkelingsniveau van het kind. Voor de diagnose is vereist dat het gedrag en andere bijkomende problemen van ADHD leiden tot duidelijke verstoring van het functioneren van het kind. Dit betekent dat ADHD gepaard kan gaan met een scala aan problemen waaronder slechte schoolprestaties, relatieproblemen, en later in het leven problemen op het werk (Shaw et al., 2012). Een tijdige diagnose geeft ons de kans om vroeg in te grijpen, wat zal leiden tot verbetering van de kwaliteit van leven gedurende de rest van het leven.

Bij sommige kinderen verdwijnen de symptomen met het ouder worden, (vooral de hyperactieve en impulsieve symptomen), terwijl bij anderen de symptomen niet verdwijnen, zij blijven disfunctioneren als volwassenen. ADHD komt bij ongeveer 5% van de kinderen voor en bij 2,5% van de volwassenen (American Psychiatric Association, 2013). Bij jongens wordt de diagnose viermaal zo vaak gesteld als bij meisjes, bij volwassenen is de verhouding gelijk (Ford et al., 2003; Kessler et al., 2006). Waarschijnlijk worden jongetjes vaker verwezen in verband met hun drukkere gedrag. ADHD is een behandelbare aandoening, dit interview legt de nadruk op het vaststellen van ADHD.

Diagnostische criteria

Meestal wordt een van de beide lijsten met diagnostische criteria gebruikt, de "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition" (DSM-5) of de "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision" (ICD-10). De criteria verschillen bij de classificatie van ADHD. De DSM-5 en ICD-10 criteria zijn ontwikkeld als leidraad voor hulpverleners en zijn geen algoritmes.

De DSM-5 criteria, vastgesteld door de American Psychiatric Association (2013), kennen drie subtypes van ADHD: de voornamelijk onoplettende, voornamelijk hyperactieve/impulsieve, en de gecombineerde presentatie. In de DSM-5 criteria is vereist dat de symptomen begonnen zijn voor het 12e jaar (maar nog niet hoeven te hebben geleid tot disfunctie). Voor kinderen zijn zes (of meer) symptomen vereist terwijl voor adolescenten en volwassenen (boven de 17 jaar) minimaal vijf symptomen aanwezig moeten zijn. Deze symptomen moeten minstens zes maanden en meer dan normaal voor de ontwikkeling aanwezig zijn en tot directe disfunctie leiden op sociale en cognitieve bezigheden of werk. Deze criteria worden algemeen gebruikt en zijn onderdeel van de SNAP-IV (Swanson, 1992), BAARS-IV (Barkley, 2011), ADHD Rating Scale-IV (DuPaul et al, 1998), en de Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL; Kaufman et al., 1996).

De ICD-10 criteria, vastgesteld door de World Health Organization (1992), classificeert ADHD onder de term Hyperkinetic Disorder. De symptomen blijven hetzelfde als in de DSM-5, maar de negen hyperactiviteit/impulsiviteitssymptomen worden apart benoemd als vijf hyperactiviteits- en vier impulsiviteitssymptomen. De ICD-10 vereist begin van de symptomen voor het zevende jaar (maar hoeft niet te leiden tot disfunctie). Om tot de diagnose Hyperkinetic Disorder te komen moeten

kinderen minimaal zes onoplettendheidssymptomen hebben, aangevuld met minstens drie hyperactiviteitssymptomen en minimaal één impulsiviteitssymptoom. Het aantal symptomen is bij de ICD-10 niet afhankelijk van de leeftijd en derhalve voor kinderen en volwassenen hetzelfde. Maar zowel voor DSM-5 als ICD-10 moeten de symptomen meer dan normaal voor de ontwikkeling aanwezig zijn, minimaal zes maanden bestaan en leiden tot disfunctie op meerdere levensgebieden. In tegenstelling tot de DSM-5 onderscheidt de ICD-10 geen subtypes van de Hyperkinetic Disorder, maar officieel wordt de diagnose wel erkend als een persoon “sub-threshold” symptomen heeft in een van de onderdelen van de diagnose, bijvoorbeeld als een kind onder het afkappunt voor hyperactiviteit scoort maar wel zeer onoplettend is.

Hoewel ADHD gediagnosticeerd kan worden onder de leeftijd van vijf jaar (er wordt geen minimumleeftijd gesteld voor de diagnose), kan het moeilijk zijn om te bepalen of de symptomen afwijken van de normale variatie in de peuter- en kleuterleeftijd. Voorzichtigheid is dus geboden bij beoordeling van kinderen met ADHD onder de vijf jaar.

Comorbiditeiten an andere aandoeningen

Voor de diagnose ADHD moeten de symptomen niet beter passen bij een andere psychiatrische stoornis (zoals verslaving, angststoornis); een differentiaaldiagnose hoort dan ook bij de evaluatie. Vaak hebben kinderen met ADHD een tweede psychiatrisch probleem. Aangenomen wordt dat tot twee derde van de kinderen een of meer co-morbiditeiten heeft, zoals oppositionele en antisociale gedragsstoornis, angst of depressie, ticstoornis of autisme spectrum stoornis (Biederman et al, 1991; Goldman et al, 1998; Pliszka, 1998; Elia, et al, 2008). Dus de diagnosticus moet onderscheid maken tussen primaire (dus differentiaal diagnostische) en secundaire (dus comorbide) aandoeningen.

De classificatiesystemen verschillen op dit punt. De DSM-5 erkent comorbiditeiten en staat deze toe, terwijl het bij de ICD-10 exclusie criteria zijn. Mede hierdoor hebben hulpverleners vaak een voorkeur voor de ruimere DSM-5 criteria omdat deze beter passen bij hun dagelijkse praktijk en ervaring.

Referenties

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Association.
- Barkley, R. A. (2011). *Barkley Adult ADHD Rating Scale – IV (BAARS-IV)*. New York: Guilford Press.
- Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148(5), 564-577.
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., & Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale-IV (for Children and Adolescents): Checklist, Neerms, and Clinical Interpretation*. New York: Guilford Press.
- Elia, J., Ambrosini, P., & Berrettini, W. (2008). ADHD characteristics: 1. Concurrent co-morbidity patterns in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(15), 1-9.
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1203-1211.
- Goldman, L. S., Genel, M., Bezman, R. J., & Slanetz, P. J. (1998). Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 279(14), 1100-1107.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., ... & Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children – Present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988.
- Kessler, R. C., Adler, L., Berkley, R., Biederman, J., Connors, C. K., Demler, O., ... & Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716-723.
- Pliszka, S. R. (1998). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(suppl.7), 50-58.
- Shaw, M., Hodgkins, P., Caci, H., Young, S., Kahle, J., Woods, A., & Arnold, L.G. (2012). A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: Effects of treatment and non-treatment. *BMC Medicine*, 10(99), 1-15.
- Swanson, J. M. (1992). *School-based assessments and interventions for ADD students*. Irvine: K. C. Press.
- World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10th ed.). Geneva: World Health Organization.

De ADHD Child Evaluation (ACE, betekent “uitblinker”) is een instrument om hulpverleners te helpen bij de evaluatie van kinderen met ADHD van 5-16 jaar. Het ACE interview leidt u door het diagnostisch proces door evaluatie van de kernsymptomen en de mate waarin zij leiden tot disfunctie. De ACE stelt een aantal vragen die overeen komen met de kernsymptomen van ADHD en geeft typische voorbeelden van uitingen van deze kernsymptomen die gebruikt kunnen worden door de hulpverlener om te komen tot een goede klinische beoordeling. Om te bepalen of de kernsymptomen in twee of meer situaties leiden tot problemen worden vragen gesteld over de thuis- en de schoolsituatie. Voorbeelden voor beide milieus worden gegeven. Buitenschoolse activiteiten horen bij de thuissituatie.

De geïnterviewde

De ACE is een klinisch interview dat afgenomen moet worden door de hulpverlener bij mensen die vlak bij het kind staan en hem/haar al lang kennen. Zij moeten precies weten hoe het kind in verschillende situaties functioneert. Het meest in aanmerking komen ouders en verzorgers of andere familieleden die weten hoe het kind thuis functioneert. Meestal wordt het kind ook betrokken bij het interview om zo zijn/haar eigen mening te horen en ook om het gedrag te zien tijdens de diagnostiek. Indien mogelijk moet ook onafhankelijke informatie van school worden verkregen (dus interview met leerkracht en inzage in schoolrapporten). DE ACE kan door adolescenten zelf worden ingevuld, maar het is wenselijk ook aanvullende informatie van ouders en school te krijgen.

Inleiding bij het ACE interview

Voordat het interview start moet de hulpverlener de geïnterviewde uitleggen wat de bedoeling is om hem op zijn gemak te stellen. Aanbevolen wordt om te beginnen met open vragen over het kind en de familie zoals: *“Ik wil graag zo veel mogelijk over uw kind en zijn gedrag te weten komen. Kunt u mij iets over uw kind en over uw zorgen vertellen?”* Het is nuttig om te horen hoe het overdag gaat met het kind en zijn omgeving en te begrijpen wat er thuis van hem wordt verwacht (bijv gedrag, klusjes) en hoe het op school gaat. Bij het begin van het interview is het belangrijk het doel uiteen te zetten door de geïnterviewde uit te leggen dat het gaat om vragen die betrekking hebben op symptomen binnen de diagnostische criteria die in de laatste zes maanden aanwezig waren. Vraag de geïnterviewde zoveel mogelijk voorbeelden te noemen van symptomen thuis op school of bij andere activiteiten. Ook is het belangrijk om te vragen of de symptomen zich vaker voordoen dan bij kinderen van de dezelfde leeftijd en ontwikkeling zoals broertjes of zusjes en vrienden.

Invullen van het ACE interview

Begin het interview met het invullen van de achtergrond informatie. Naast de demografische gegevens bevat dit stuk ook vragen over vroege risicofactoren in het leven van het kind, vragen over voorgeschiedenis op medisch gebied, school, opvoeding, vriendjes en familieachtergrond. Het is belangrijk om dit goed uit te vragen voor het begrijpen van de achtergrond van het gedrag van het kind en het kan bovendien inzicht verschaffen over zijn disfunctioneren.

Hierna volgen vragen over de negen criteria voor onoplettendheid, vijf voor hyperactiviteit en vier voor impulsiviteit. Lees eerst de vraag voor en vraag of dit symptoom thuis of op school aanwezig is. De vragensteller wordt door een korte beschrijving geleid die de gebruikelijke symptomen samenvat zoals ze zich in de verschillende situaties voordoen. Deze beschrijving is een leidraad en moet niet worden voorgelezen. Vraag de geïnterviewde om bepaalde situaties te beschrijven of voorbeelden te geven van momenten dat de klachten aanwezig zijn of beginnen, hoe vaak ze voorkomen in welke situaties, hoe erg ze zijn en welke omstandigheden van invloed zijn. Het is vooral van belang om de ernst van de disfunctie in te schatten zoals het kind het ervaart op basis van zijn klachten of problemen en of deze vaker voorkomen dan bij kinderen van dezelfde leeftijd of ontwikkeling. Noteer dit in de vakjes thuis/op school. De aantekeningen moeten duidelijk genoeg zijn voor de hulpverlener om te kunnen besluiten of het symptoom al dan niet aanwezig is.

Uit de beoordeling van elk symptoom zal de hulpverlener het oordeel destilleren of het symptoom aanwezig is en of het leidt tot disfunctie. Indien er teveel onzekerheid bestaat om een gedegen beslissing te kunnen nemen dan kan verwezen worden naar andere aanwezige informatie (zoals schoolrapporten) of worden geprobeerd van anderen die zorgen voor het kind of die het kind buitenschool begeleiden informatie te krijgen.

Er is ook ruimte om observaties te noteren die opvallen tijdens het interview of in andere situaties.

Comorbiditeiten en andere aandoeningen

Na het invullen van de observaties wordt de hulpverlener gevraagd de mogelijke differentiaal diagnoses of comorbiditeiten te overwegen, die in een lijst zijn bijgevoegd. Dit zijn onder andere aandoeningen op het gebied van ontwikkeling, cognitie, gedrag, emotie, of lichamelijke of medische ziekten. Er staat een korte beschrijving van de verschillende aandoeningen bij. Het is echter niet de bedoeling om alle problemen, aandoeningen of ziekten voor te lezen. Bij voorkeur worden algemene vragen gesteld die kunnen wijzen op een aandoening, hierna kan dit verder worden uitgevraagd. Er is ook ruimte om te noteren of er al diagnoses zijn gesteld in het verleden en of deze nog verder onderzoek behoeven. Het is belangrijk om te onthouden dat de DSM-5 criteria ook comorbide aandoeningen toestaan, bij de ICD-10 is dit niet mogelijk. Deze sectie is niet bedoeld om tot een diagnose te komen, maar de bedoeling is veeleer om gedrag te beschrijven dat mogelijk zal leiden tot onderzoek naar comorbiditeit of andere differentiaal diagnose.

Scoren van het interview

Instructies om het ACE interview te scoren staan aan het eind van het interview. Een op basis van de DSM-5 en een op basis van de ICD-10 criteria.

INTERVIEW - Achtergrond

Naam:

Geboortedatum:

Geslacht:

Jongen

Meisje

Ingevuld door:

Relatie tot kind:

Datum interview:

Naam hulpverlener:

Aantekeningen:

Vroege Risicofactoren (vink aan en vul hieronder aan):

Prematuur geboren*

Hersenschudding met bewusteloosheid*

Laag geboortegewicht*

Psychiatrische problemen bij ouders*

Trauma(bijv lichamelijk, geestelijk of seksueel misbruik)*

Roken, alcohol en of middelenmisbruik in zwangerschap*

*Licht toe:

Is er een niveaubepaling gedaan?

Ja*

Nee

*Licht toe:

Medische Voorgeschiedenis

Heeft het kind medische problemen gehad?

Ja*

Nee

*Licht toe:

Neemt het kind medicatie?

Ja*

Nee

* Licht toe:

School

Wat is het opleidingsniveau?
(in welke klas)

Special onderwijs?

Ja

Nee *

* Licht toe:

Heeft het kind behoefte aan special onderwijs?

Ja *

Nee

* Licht toe:

Krijgt het kind extra steun of aandacht op school?

Ja *

Nee

* Licht toe:

Is het kind ooit van school gestuurd?

Ja *

Nee

*Hoe vaak?

Een

Twee

Meer dan
twee maal

*Wat was
de reden?

Is het kind ooit blijven zitten?
(dus niet zijn verwachte prestatie heeft geleverd?)

Ja *

Nee

* Licht toe:

Sociale Relaties met Leeftijdsgenoten

Beschrijf de hechtheid van de vriendschappen van het kind (zowel buiten als op school)

Familie Achtergrond

Is er een familielid met (verdenking op) de diagnose ADHD?

Ja - gediagnosticeerd (Relatie tov kind: _____)

Ja - verdacht (Relatie tov kind: _____)

Nee

Heeft een familielid een ander psychiatrische of ontwikkelingsstoornis (bijv autisme spectrumstoornis, zwakbegaafdheid)?

Ja (Relatie tov kind en diagnose: _____)

Nee

Heeft een familielid een specifieke leerstoornis?

Ja (Relatie tov kind en diagnose specifieke leerstoornis: _____)

Nee

Heeft een familielid in de voorgeschiedenis een psychiatrische stoornis?

Ja (Relatie tov kind en diagnose: _____)

Nee

Opleiding moeder (hoogst behaalde diploma):

Opleiding vader (hoogst behaalde diploma):

Werk moeder:

Werk vader:

Beoordeling van Symptomen

De vragen 1-9 gaan over de mogelijkheden van het kind om op te letten.

De vragen 10-14 vragen naar de overbeweeglijkheid en hyperactiviteit van het kind.

De vragen 15-18 gaan over impulsief gedrag van het kind.

Bij het invullen graag speciale aandacht voor de volgende punten:

- › **Begin:** Wanneer deed zich het symptoom voor het eerst voor? (Symptomen dienen voor de leeftijd van 7 jaar aanwezig te zijn voor de ICD-10 en voor het 12e jaar voor de DSM-5).
- › **Duur:** Was dit symptoom reeds zes maanden of meer aanwezig?
- › **Aanwezigheid:** Is dit symptoom in meer dan een situatie aanwezig (bijv op school en thuis)?
- › **Frequentie:** Is dit symptoom vaker aanwezig dan verwacht bij een kind van dezelfde leeftijd en ontwikkeling? Het moet dan “vaak” aanwezig zijn dus als een eigenschap van het kind die vaak of meestal aanwezig is. Dit hangt echter wel van de situatie af en kan variëren.
- › **Disfunctie:** hoeveel last veroorzaakt dit symptoom voor het functioneren en de ontwikkeling van het kind?

Als de ouders/verzorgers of andere familieleden de vragen beantwoorden over de omstandigheden in de thuissituatie, is het verstandig om onafhankelijke informatie te krijgen over de situatie op school, bijv van een leerkracht of via schoolrapporten. Meestal worden ook vragen gesteld aan het kind om ook zijn eigen kijk op de problemen te kunnen verwerken en ook om zijn gedrag te kunnen observeren tijdens het interview. Oudere kinderen en pubers kunnen de ACE zelf invullen, hoewel het wel verstandig is om ook aanvullende informatie uit andere bronnen te betrekken of schoolrapporten in te zien.

Thuis

Uw kind voert taken niet efficiënt uit, bijv taken of andere activiteiten niet volledig uit te voeren, niet op te letten bij instructies, of brokken te maken bij ruw spel (niet op te letten bij wat zij aan het doen zijn). Het kind kan ook veel fouten maken bij het huiswerk, zelfs als hij goed begrijpt hoe het moet, en het huiswerk kan er slordig en met veel doorhalingen uit zien. Het kind kan belangrijke informatie uit de omgeving niet oppikken, zoals in het verkeer bij kruispunten en bij verkeersborden.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **thuis** leidt tot disfunctioneren.*

School

Het kind kan onaf of slordig huiswerk inleveren dat er afgeraffeld uitziet vol met fouten. Bij proefwerken kunnen vragen overgeslagen zijn of het kind heeft er niet aan gedacht dat op de achterkant van het blaadje ook nog vragen stonden (wat er toe leidt dat het een laag cijfer krijgt). Vooral gedetailleerde taken vinden kinderen vaak stressvol en moeilijk vol te houden.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het op **school** leidt tot disfunctioneren.*

Thuis

Thuis of op een club kan je dit symptoom vaak bij het kind zien: hij wisselt vaak van speelgoed of verandert van activiteit. Soms houdt hij zich maar een paar minuten met een taak bezig. Dit kan komen door verveling of omdat hij iets anders leuks heeft gezien. Het kan kinderen soms veel moeite kosten om een activiteit af te maken, zelfs als de ouders helpen. Soms kunnen zij bijvoorbeeld een hekel hebben aan boeken lezen of kunnen zij een film niet in zijn geheel afkijken. Soms raken zij ook de draad van hun gedachten kwijt als zij aan het praten zijn.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **thuis** leidt tot disfunctioneren.*

School

Het kind vindt vaak voorkomende taken of taken waarbij hij lang zijn aandacht bij moeten houden erg moeilijk vergeleken met zijn leeftijdsgenoten, bijvoorbeeld klaagt het kind over of heeft het moeilijk met een opstel. Leerkrachten zeggen dat kinderen vaak aangestuurd moeten worden en gewezen moeten worden op hun taak. Het kind zegt vaak dat de taak saai is en is niet gemotiveerd hem af te maken, hij raakt geprikkeld, gefrustreerd en kan lastig gedrag vertonen. Daarentegen kan hij ook minder (of helemaal geen) moeite hebben met leuke taken. Het kind lijkt vaak niet tot rust te komen in pauzes of bij de lunch; hij wisselt vaak in het spel van vriendje of van speelgoed.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **op school** leidt tot disfunctioneren.*

Thuis

Het lijkt of het kind niet oplet of zit te dagdromen. Familie of bezoek maken er ook opmerkingen over. Het kan ook zijn dat het kind juist lijkt te luisteren, maar vervolgens vergeet of niet in staat is de instructies uit te voeren. Bijvoorbeeld bij sporten lijkt het kind naar de coach te luisteren, maar volgt vervolgens de instructies niet op.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **thuis** leidt tot disfunctioneren.*

School

Leerkrachten maken opmerkingen over het kind dat in de klas niet luistert. Zij zeggen dat het kind herhaaldelijk instructies nodig heeft of dat deze in kleine stukjes moeten worden gegeven om te zorgen dat het kind met succes zijn taak afrondt. Leerkrachten zetten het kind soms voor in de klas of naast een klasse-assistent. Sommige leerkrachten denken ten onrechte dat het kind uitdagend gedrag vertoont.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **op school** leidt tot disfunctioneren.*

Thuis

Bij klusjes in huis slaat het kind soms taken over en/of maakt niet alles af waar hij aan begint. Voorbeelden zijn niet zorgen voor normale hygiëne of aankleden; boodschappen vergeten te halen of met andere dingen thuiskomen; de kraan laten lopen; en vaak gewaarschuwd moeten worden om dingen af te maken. Zelfs na instructies op papier mist het kind bepaalde zaken, bijvoorbeeld bij het in elkaar zetten van speelgoed, waardoor het speelgoed niet werkt of verkeerd in elkaar zit.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **thuis** leidt tot disfunctioneren.*

School

Het kind heeft soms last om instructies te onthouden, wat leidt tot onafgemaakt werk en niet op tijd klaar zijn. Bijvoorbeeld, het kind begint ergens mee maar vergeet dingen, slaat stappen over of stopt helemaal voordat het af is. Kinderen krijgen vaak waarschuwingen of straf voor tegendraads gedrag of voor onvolledig gemaakt school- of huiswerk.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **op school** leidt tot disfunctioneren.*

Thuis

Het kind lijkt altijd haast te hebben, of te laat te komen op de club of bij activiteiten. Het kind doet soms taken in een voor anderen onlogische volgorde door slechte planning en organisatievaardigheden. Kinderen lijken niet altijd schoon en hebben vaak moeite hun speelgoed of kleren te vinden. Oudere kinderen hebben moeite met een goed evenwicht tussen huiswerk en vrije tijd, niet omdat zij huiswerk niet belangrijk vinden maar meer door slechte tijdsindeling en organisatievaardigheden. Zij hebben moeite met relaties omdat zij bijeenkomsten missen en vrienden dumpen.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **thuis** leidt tot disfunctioneren.*

School

Het kind is niet op tijd klaar omdat hij zijn werk niet efficiënt heeft georganiseerd en gepland. Hij ziet er vaak slordig en vies uit (qua uiterlijk en qua bezittingen). Hij maakt vaak ongestructureerde aantekeningen in de les. Als de schooltijden ingewikkelder worden bij de overgang naar de middelbare school komen de kinderen vaak te laat op school en worden gestressed omdat verwacht wordt dat zij zelfstandiger zijn. Zij vergeten spullen thuis zoals openbaar vervoer pasjes, sleutel van de kluis, broodtrommel, gymnastiekspullen en huiswerk.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **op school** leidt tot disfunctioneren.*

Thuis

Het kind vermijdt vaak taken die geestelijke inspanning vereisen of stelt ze uit. Zij maken taken die zij moeilijk vinden en/of die vaak terugkomen niet af. Het kind schuift huiswerk voor zich uit of doet het niet. Als hij een klusje moet uitvoeren doet hij eerst de kleine taken en stelt de moeilijkere taken uit, en/of beklagt zich er over dat hij de taak moet afmaken. Het kind wordt lid van een club maar doet dan niet mee met spelletjes zonder lichamelijke activiteit. Het kind vermijdt opvoedkundige, saaie spelletjes die lang gaan duren, hij wordt dan opstandig omdat hij er een hekel aan heeft.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **thuis** leidt tot disfunctioneren.*

School

Het kind probeert bepaalde lessen te vermijden die hij erg vermoeiend vindt en waarbij hij moet nadenken zoals wiskunde, schrijven en opstel. Het kind kan in de les protesteren of niet zijn best doen en vervolgens gefrustreerd en prikkelbaar worden. Hij kan ook onrustig en/of opstandig worden. Het kind verzint smoesjes om uit de les te kunnen lopen, doet net of hij ziek is. In extreme gevallen blijft hij thuis of verzuimt een paar lessen en veinst ziek te zijn, en/of spijbelt van school.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **op school** leidt tot disfunctioneren.*

Thuis

Het kind verliest dingen zoals openbaar vervoer pasjes, sleutels, kleren, schoolwerk, speelgoed of legt ze op verkeerde plaatsen en weet dan niet meer waar hij ze heeft gelegd. Dat betekent dat hij onvoorbereid bij activiteiten verschijnt en/of geen materiaal of uitrusting bij zich heeft die hij nodig heeft, hij komt bijvoorbeeld zonder jas, das, voetbal, racket, USB stick en/of schrift.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **thuis** leidt tot disfunctioneren.*

School

Het kind verliest of kan zijn schooltas, boeken, bus pasje en sportspullen niet vinden. Het kind zoekt vaak bij de gevonden voorwerpen naar verloren kleren, etuis en schoolboeken. Leerkrachten melden dat hij vaak op school zit zonder spullen of materiaal voor de les.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **op school** leidt tot disfunctioneren.*

Thuis

Het kind lijkt vaak te dagdromen en/of snel zijn aandacht te verplaatsen naar andere (meer uitdagende) taken. Het kind wordt snel afgeleid door de omgeving of door activiteiten en/of achtergrondgeluid (zoals televisie), waar andere kinderen zich niet aan storen of niet op letten. Multitasken is vooral een uitdaging. Het kind kan methoden ontwikkelen waarbij hij geen last heeft van het symptoom, zoals huiswerk maken in een rustige kamer.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **thuis** leidt tot disfunctioneren.*

School

Het kind is vaak meer afgeleid door de omgeving dan zijn leeftijdsgenoten. Het wordt afgeleid door geluid en activiteiten in het klaslokaal, maar ook door lawaai en activiteiten van buiten, zoals kinderen op het speelplein of door sportactiviteiten buiten. Leerkrachten melden dat het kind stopt met zijn werk om te kletsen met klasgenoten, of dat hij zit te dagdromen en aangemoedigd moet worden om aan zijn werk te gaan. Zij melden ook vaak dat zij beter in een een-op-een situatie werken of in kleine groepjes.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **op school** leidt tot disfunctioneren.*

Thuis

Het kind vergeet vaak waar hij iets heeft neergelegd en besteedt veel tijd aan het zoeken van zijn spullen, speelgoed, kleren en dergelijke. Het kind vergeet vaak afspraken, bijeenkomsten of clubactiviteiten. Hij vergeet ook vaak belangrijke informatie of brieven door te geven aan zijn ouders en verzorgers (blijven in hun tas zitten). Als ze bij vriendjes of familie spelen vergeten ze vaak hun spullen of speelgoed mee te nemen, zelfs belangrijke zaken. Zij moeten vaak herinnerd worden aan dagelijkse taken zoals tanden poetsen.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **thuis** leidt tot disfunctioneren.*

School

Het kind vergeet vaak zijn rooster en of vergeet spullen die hij op school nodig heeft. Hij vergeet vaak alles mee te nemen als hij van klas wisselt. Het kind vergeet vaak wanneer hij zijn huiswerk klaar moet hebben of moet inleveren, zelfs als het al af is. Zij vergeten vaak afspraken of bijeenkomsten, of zelfs nablijven voor straf, terwijl zij wel de consequenties kennen.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **op school** leidt tot disfunctioneren.*

Thuis

Het kind zit vaak te friemelen of te bewegen, zelfs bij het televisie kijken, bij het eten en/of in de auto. Het kind friemelt zelfs bij taken of activiteiten die hij leuk vindt, ook als hij moe is. Zij moeten vaak gewaarschuwd worden om niet te wippen, te wiebelen met hun benen of te friemelen aan dingen. Dit gedrag kan problemen veroorzaken in de bioscoop, kerk en/of in restaurant.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **thuis** leidt tot disfunctioneren.*

School

Leerkrachten melden dat het kind zit te friemelen en onrustig is in de klas, onafhankelijk van het onderwerp of de activiteit, en dat dit gedrag de andere kinderen stoort. Het kind schuift heen en weer op zijn stoel, wiebelt met zijn benen, zit te wippen, speelt met zijn spullen op zijn wektafel, tekent op zijn boeken. Het kind lijkt onhandig omdat hij vaak valt over spullen of er tegen aan stoot.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **op school** leidt tot disfunctioneren.*

Thuis

Het kind heeft vaak moeite om te blijven zitten. Het kind heeft vooral moeite te blijven zitten als het moet of als het belangrijk is, staat dan vaak even op. Soms zie je het kind in de kamer rondlopen als hij televisie aan het kijken is en/of opstaan tijdens het eten. Het kind moet er steeds op gewezen worden te blijven zitten in het openbaar vervoer en hij heeft het moeilijk bij lange reizen.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **thuis** leidt tot disfunctioneren.*

School

Ondanks veel waarschuwingen en op zijn plaats zetten heeft het kind toch moeite te blijven zitten. Het kind zit te wippen of staat op en gaat op de grond zitten. Als het kind iets op de grond zit te doen rolt het vaak om en stoort andere kinderen. Het kind zoekt soms uitvluchten om op te staan en rond te lopen, naar de wc te gaan, even een praatje te maken met iemand of naar iets te gaan kijken. Het lukt het kind niet, zelfs niet na aanmaningen of straf, zijn gedrag aan te passen.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **op school** leidt tot disfunctioneren.*

Thuis

Het kind rent vaak rond en klimt overal op ondanks pogingen van de ouders of verzorgers om dit gedrag te beïnvloeden. Het kind maakt hierdoor huisraad kapot of verwondt zichzelf. Hij rent of klimt ook op plaatsen waar dat niet mag en vertoont risicovol of gevaarlijk gedrag, zoals op het dak of op auto's en in bomen klimmen, de straat of spoorlijn op rennen. Oudere kinderen kunnen hun drang tot klimmen en rennen omzetten in sportactiviteiten.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **thuis** leidt tot disfunctioneren.*

School

Het kind is vaak onrustig en kijkt uit naar de pauze en naar lichamelijke activiteit waar hij druk kan spelen en klimmen. Hij heeft meer tijd nodig om weer rustig te worden als hij terugkomt in de klas. Het kind krijgt straf voor rennen in de gang. Op klassenuitjes heeft hij extra supervisie nodig om te zorgen dat hij bij de groep blijft of niet gevaarlijke dingen doet. Oudere kinderen zijn meestal meer onrustig dan duidelijk hyperactief.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **op school** leidt tot disfunctioneren.*

Thuis

Het kind zie je meestal niet bezig met rustige activiteiten, maar is meestal luidruchtig, druk bezig en hyperactief. Als je vraagt om rustig te spelen stopt het kind vaak, staat op, rent rond en maakt veel lawaai. Het kind heeft moeite zich aan sociale regels te houden en zich goed te gedragen in musea, tentoonstellingen of in de kerk. Het kind stoort anderen omdat hij door televisieprogramma's heen praat en zit praten in de bioscoop.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **thuis** leidt tot disfunctioneren.*

School

Het kind praat of schreeuwt op rustige momenten of tijdens activiteiten waarbij iedereen zich moet concentreren. Hij stelt altijd veel vragen, valt anderen in de rede of leidt klasgenoten af. Herhaald verzoek om rustig te zijn helpt meestal niet. Als hij mag kiezen vermijdt het kind rustige activiteiten, hij kiest liever lichamelijke of luidruchtige activiteiten. Oudere kinderen krijgen vaak straf voor kletsen en storen van hun medeleerlingen tijdens hun werk en/of kunnen niet blijven zitten bij proefwerken.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **op school** leidt tot disfunctioneren.*

Thuis

Het kind wordt vaak beschreven als altijd druk bezig van 's morgens tot 's avonds en heeft moeite om tot rust te komen om naar bed te gaan. Jonge kinderen lijken wel een wervelwind, vliegen van de ene naar de andere bezigheid, rennen rond en doen niet mee met activiteiten. In het openbaar vervoer moet er extra op het kind worden gelet zodat hij blijft zitten en veilig reist. Ouders en verzorgers melden vaak dat zij gesloopt zijn door het kind. Oudere kinderen lijken minder chaotisch maar blijven moeite houden met rustig zitten en aandachtig met iets bezig zijn. Het kind zegt soms te willen ontspannen maar meldt dat het hem niet lukt om zichzelf "uit te zetten" zelfs als hij naar bed moet.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **thuis** leidt tot disfunctioneren.*

School

Het kind wordt beschreven als een wervelwind dat rent, klimt en doelloos tussen activiteiten heen beweegt. Het kind lijkt altijd bezig te zijn. Aan het eind van de dag lijkt het kind niet altijd moe maar lijkt dan juist prikkelbaar en opgeladen. Het kind kijkt meer uit naar afgesproken pauzes en lichamelijke activiteiten dan naar schoolwork. Hij kiest liever buitenschoolse lichamelijke activiteiten dan minder actieve bezigheden.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **op school** leidt tot disfunctioneren.*

Thuis

Het kind kan niet wachten op zijn beurt als hij iets wil zeggen maar flapt het er meteen uit of interrumpeert anderen. Hij heeft moeite zich aan de regels van een gesprek (op je beurt wachten) te houden, hij lijkt direct te willen zeggen wat hij op zijn hart heeft (zelfs als dit niet met het onderwerp te maken heeft). Hij kan maar met moeite wachten tot een ander is uitgesproken. Oudere kinderen maken andermans zinnen nog al eens af.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **thuis** leidt tot disfunctioneren.*

School

Het kind moet vaak eraan herinnerd worden niet te praten in de les of krijgt straf hiervoor. Het kind is dominant aanwezig door vaak luid te praten of anderen in de rede te vallen. Het kind kan moeilijk op zijn beurt wachten om iets te zeggen of vragen te beantwoorden. Oudere kinderen beseffen dit probleem wel maar vinden het moeilijk om hun gedrag bij te stellen. Dit gedrag kan leiden tot irritaties bij leeftijdsgenoten en maakt het kind impopulair.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **op school** leidt tot disfunctioneren.*

Thuis

Het kind heeft vaak een hekel aan wachten en wordt snel ongeduldig. Het kind kan dan zeer emotioneel worden als iets wat hij wil er niet is. Hij probeert te vermijden in de rij te staan of voor te dringen, voor zijn beurt te praten of dingen af te pakken. Als het kind moet wachten kan hij onhandelbaar, opstandig of hinderlijk worden. Van de ouders kan je horen dat zij bepaalde plaatsen moeten verlaten, bijvoorbeeld bij het winkelen. Dit gebeurt zelf wel als ze staan te wachten bij iets waar het kind graag heen wil, bijvoorbeeld in een pretpark.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **thuis** leidt tot disfunctioneren.*

School

Het kind kan straf krijgen voor dringen in de rij en/of voordringen bij activiteiten in de klas of bij spelen met vriendjes. Het kind kan vervelend gaan doen en of geprikkeld of opgewonden raken zelfs bij activiteiten waar hij maar kort voor hoeft te wachten om iets leuks te gaan doen. Leerkrachten melden dat het kind het goed bedoelt maar te enthousiast wordt en of problemen krijgt met leeftijdsgenoten die hem egocentrisch vinden.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **op school** leidt tot disfunctioneren.*

Thuis

Het kind breekt in in gesprekken, in de persoonlijke ruimte of activiteiten van anderen. Het kind begrijpt de sociale grenzen, maar kan er niet mee omgaan door gebrek aan rust. Zij interrumpen vaak gesprekken en hun gedrag wordt ervaren als aandachttrekkerij. Het kind lijkt de privacy van ouders en verzorgers of broertjes en zusjes niet te respecteren, gebruikt ongevraagd bezittingen van anderen. Zij handelen zonder na te denken over de consequenties van hun gedrag. Straffen heeft maar beperkt effect.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **thuis** leidt tot disfunctioneren.*

School

Leerkrachten melden dat het kind anderen in de rede valt, door de groep heen praat, spullen gebruikt die niet van hem zijn, de baas lijkt te spelen en de persoonlijke ruimte en tijd van anderen inneemt. (van kinderen en van de begeleiding). Zij handelen zonder na te denken over de consequenties van hun gedrag. Het kind lijkt niet te merken hoe zijn gedrag wordt ervaren door anderen en dit kan leiden tot conflicten met leeftijdsgenoten.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **op school** leidt tot disfunctioneren.*

Thuis

Het kind blijft doorkletsen, zelfs als hij weet dat hij rustig moet doen. Het kind springt van de hak op de tak, blijft maar door vertellen en domineert het gesprek terwijl hij zijn best doet om te stoppen. Hij interrumpeert gesprekken van anderen, zelfs als er wordt getelefoneerd. Ouders en verzorgers vertellen dat zij het kind vaak moeten manen rustig te zijn of te gaan zitten.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **thuis** leidt tot disfunctioneren.*

School

Het kind klemt met klasgenoten zelfs als hij gemaand wordt rustig te gaan werken of tijdens proefwerken. Zij reageren vaak niet op aanmaningen of op straf. Zij domineren gesprekken, praten door anderen heen (zelfs door leerkrachten) en geven niet relevante antwoorden op vragen.

*Is dit symptoom aanwezig? Zo ja, geef voorbeelden en vraag uit hoe het **op school** leidt tot disfunctioneren.*

Observaties

Gebruik deze ruimte om extra observaties over gedrag en interacties nauwkeuriger op te schrijven. Let vooral op de mate van onoplettendheid, hyperactiviteit en impulsiviteit in de tijd. Typisch gedrag uit zich vaak als: niet afmaken of helemaal stoppen van activiteiten voor ze af zijn en niet meer er aan beginnen; Chaos bij activiteiten; bijvoorbeeld beginnen met tekenen voordat je alle potloden bij elkaar hebt; friemelen en beweeglijkheid; doen zonder na te denken.

Datum van waarneming:

Tijd van waarneming:

Plaats van waarneming:

Duur van waarneming:

Comorbiditeiten en Andere Aandoeningen

Veel voorkomende differentiaal diagnoses en comorbiditeiten volgen hieronder. De diagnosticus moet elk probleem apart beschouwen en beslissen of het primair is (differentiaal diagnose) of secundair is (co-morbiditeit). Het is ook belangrijk of het probleem chronisch is of dat het recent begonnen is. Cave: bij de ICD-10 worden geen comorbiditeiten geclassificeerd. De diagnosticus moet NIET over de aandoening (zoals gecategoriseerd) praten. De diagnosticus moet bij voorkeur eerst algemene vragen stellen over de aandoening voor hij overgaat op specifieke symptomen.

Autisme Spectrum Stoornis

Zijn er aanwijzingen voor spraak/taalachterstand, aangaan en houden van sociale relaties, wederkerig contact, starheid, fladderen of sensorische overgevoeligheid?

Aantekeningen:

Heeft al
diagnose: Ja

Nee

Nader onderzoek
nodig: Ja

Nee

Verstandelijke Beperking

Zijn er aanwijzingen voor gegeneraliseerde of specifieke leerstoornissen zoals moeilijkheden bij lezen, schrijven of rekenen?

Aantekeningen:

Heeft al
diagnose: Ja

Nee

Nader onderzoek
nodig: Ja

Nee

Spraak- Taalstoornissen

Zijn er aanwijzingen voor achterstanden in spraak- taalontwikkeling?

Aantekeningen:

Heeft al
diagnose: Ja

Nee

Nader onderzoek
nodig: Ja

Nee

Ticstoornis (Waaronder Tourette's Syndroom)

Zijn er aanwijzingen voor motorische of vocale tics?

Aantekeningen:

Heeft al
diagnose: Ja

Nee

Nader onderzoek
nodig: Ja

Nee

Andere Ontwikkelingsstoornissen

Zijn er aanwijzingen voor ontwikkelingsproblemen op het gebied van grove of fijne motoriek?

Aantekeningen:

Heeft al
diagnose: Ja

Nee

Nader onderzoek
nodig: Ja

Nee

Traumatisch Hersenletsel

Zijn er aanwijzingen voor een ernstig schedeltrauma of recente hersenbeschadiging (bijv na een val, bij sportongelukken, verkeersongelukken)? Noteer al dan niet bewustzijnsverlies.

Aantekeningen:

Heeft al
diagnose: Ja

Nee

Nader onderzoek
nodig: Ja

Nee

Oppositieel-Opstandige Gedragsstoornis en Agressieve Gedragsstoornis

Zijn er aanwijzingen voor oppositieel gedrag of voor het niet opvolgen van instructies door een autoriteit of voor serieus antisociaal gedrag?

Aantekeningen:

Heeft al
diagnose: Ja

Nee

Nader onderzoek
nodig: Ja

Nee

Interpersoonlijke Problemen

Zijn er aanwijzingen voor problemen met leeftijdsgenoten, gaat het kind liever om met veel jongere/oudere kinderen of zijn er verstoorde relaties met leerkrachten en/of andere volwassenen?

Aantekeningen:

Heeft al
diagnose: Ja

Nee

Nader onderzoek
nodig: Ja

Nee

Post-Traumatische Stresstoornis

Heeft het kind een ernstig lichamelijk, seksueel of emotioneel trauma meegemaakt?

Aantekeningen:

Heeft al
diagnose: Ja

Nee

Nader onderzoek
nodig: Ja

Nee

Angststoornis

Zijn er aanwijzingen voor een fobie, paniek, separatieangst of een algemeen gevoel van angst?

Aantekeningen:

Heeft al
diagnose: Ja

Nee

Nader onderzoek
nodig: Ja

Nee

Dwang en Drangstoornis

Zijn er aanwijzingen voor dwang, drang, rituelen of stereotiep gedrag?

Aantekeningen:

Heeft al
diagnose: Ja

Nee

Nader onderzoek
nodig: Ja

Nee

Depressie

Zijn er aanwijzingen voor somberheid, negatieve gedachten, laag zelfbeeld, wisselende stemmingen en prikkelbaarheid? Noteer of er ooit suicide gedachten zijn geweest of een suicide poging is gedaan.

Aantekeningen:

Heeft al
diagnose: Ja

Nee

Nader onderzoek
nodig: Ja

Nee

Disruptieve Stemmingsdysregulatie Stoornis

Zijn er aanwijzingen voor ernstige prikkelbaarheid en/of boosheid, ofwel in heftigheid, frequentie of in gemak om te provoceren?

Aantekeningen:

Heeft al
diagnose: Ja

Nee

Nader onderzoek
nodig: Ja

Nee

Middelenmisbruik

Zijn er aanwijzingen dat het kind middelen gebruikt of misbruikt, inclusief alcohol, sigaretten, medicatie op recept en of soft of harddrugs?

Aantekeningen:

Heeft al
diagnose: Ja

Nee

Nader onderzoek
nodig: Ja

Nee

Andere Medische Problemen

Heeft het kind een andere diagnose of bestaat het vermoeden op een aangeboren of verworven aandoening (bijvoorbeeld gehoorsprobleem, slaap apneu, voedingsdeficientie, obesitas, foetal alcohol syndroom en/of genetische, metabole of endocriene stoornissen)?

Aantekeningen:

Heeft al
diagnose: Ja

Nee

Nader onderzoek
nodig: Ja

Nee

Andere Psychiatrische Problemen

Heeft het kind een andere psychiatrische stoornis zoals eetstoornis, bipolaire stoornis of psychose?

Aantekeningen:

Heeft al
diagnose: Ja

Nee

Nader onderzoek
nodig: Ja

Nee

DSM-5 Score Formulier

Bij gebruik van de DSM-5 criteria moeten de kinderen zes of meer symptomen hebben van onoplettendheid en/of hyperactiviteit/impulsiviteit voor de diagnose ADHD. Een deel van deze symptomen moet in verschillende situaties voorkomen (bijvoorbeeld op school en thuis) en de symptomen moeten langdurige en negatieve impact hebben op het sociale en schoolse functioneren van het kind in de laatste zes maanden. ADHD moet beschouwd worden als hoofddiagnose en de aanvang van de symptomen moet voor het 12e jaar zijn. Vink elk symptoom aan, thuis en op school met een '✓'.

Domein Onoplettendheid

| Vraag | Symptomen aanwezig thuis en/of op school |
|-------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | <input type="checkbox"/> |
| 4 | <input type="checkbox"/> |
| 5 | <input type="checkbox"/> |
| 6 | <input type="checkbox"/> |
| 7 | <input type="checkbox"/> |
| 8 | <input type="checkbox"/> |
| 9 | <input type="checkbox"/> |

Totaal aantal aangevinkte symptomen:

Domein Onoplettendheid

6 of meer symptomen aanwezig thuis en/of op school

Ja / Nee

Domein Hyperactiviteit/Impulsiviteit

| Vraag | Symptomen aanwezig thuis en/of op school |
|-------|--|
| 10 | <input type="checkbox"/> |
| 11 | <input type="checkbox"/> |
| 12 | <input type="checkbox"/> |
| 13 | <input type="checkbox"/> |
| 14 | <input type="checkbox"/> |
| 15 | <input type="checkbox"/> |
| 16 | <input type="checkbox"/> |
| 17 | <input type="checkbox"/> |
| 18 | <input type="checkbox"/> |

Totaal aantal aangevinkte symptomen:

Domein Hyperactiviteit/Impulsiviteit

6 of meer symptomen aanwezig thuis en/of op school

Ja / Nee

Zijn deze symptomen aanwezig in meer dan één setting?

Ja Nee

Waren deze symptomen aanwezig voor het 12e jaar?

Ja Nee

Waren deze symptomen langer dan zes maanden aanwezig?

Ja Nee

Beperken deze symptomen het kind in functioneren en ontwikkeling?

Ja Nee

Worden deze symptomen beter verklaard door andere aandoeningen?

Ja Nee

DSM-5 Diagnose

Overwegend Onoplettende Type (314.00)

Onoplettendheids criterium aanwezig maar hyperactiviteits/impulsiviteits criterium niet (dwz Ja, alleen in het onoplettendheids domein)

Overwegend Hyperactief/Impulsieve Type (314.01)

Hyperactiviteits/impulsiviteits criterium aanwezig maar onoplettendheids criterium niet (dwz Ja, alleen in het hyperactiviteits/impulsiviteits domein)

Gecombineerde Type (314.01)

Zowel het onoplettendheids criterium als het hyperactiviteit/impulsiviteits criterium zijn aanwezig (dwz Ja, zowel in onoplettendheids en hyperactiviteit/impulsiviteits domein)

ICD-10 Score Formulier

Bij gebruik van de ICD-10 criteria, moeten de kinderen zes of meer symptomen van onoplettendheid, plus drie of meer symptomen van impulsiviteit hebben voor de diagnose Hyperkinetic disorder. Een aantal van deze symptomen moet in verschillende situaties aanwezig zijn (bijvoorbeeld thuis en op school), langdurig aanwezig zijn en een negatieve invloed hebben op het sociale en schoolse functioneren van het kind in het laatste halve jaar. ADHD moet beschouwd worden als de primaire diagnose en het begin moet voor het zevende levensjaar liggen. Kruis elk symptoom dat thuis of op school aanwezig was aan met een '✓' in de vakjes.

Domein Onoplettendheid

| Vraag | Symptoom aanwezig thuis en/of op school |
|---|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | <input type="checkbox"/> |
| 4 | <input type="checkbox"/> |
| 5 | <input type="checkbox"/> |
| 6 | <input type="checkbox"/> |
| 7 | <input type="checkbox"/> |
| 8 | <input type="checkbox"/> |
| 9 | <input type="checkbox"/> |
| Total aantal aanwezige symptomen: | <input type="checkbox"/> |
| Domein Onoplettendheid 6 of meer symptomen aanwezig thuis en/of op school | Ja / Nee |

Domein Hyperactiviteit

| Vraag | Symptoom aanwezig thuis en/of op school |
|---|---|
| 10 | <input type="checkbox"/> |
| 11 | <input type="checkbox"/> |
| 12 | <input type="checkbox"/> |
| 13 | <input type="checkbox"/> |
| 14 | <input type="checkbox"/> |
| Total aantal aanwezige symptomen | <input type="checkbox"/> |
| Domein Hyperactiviteit 3 of meer symptomen aanwezig thuis en/of op school | Ja / Nee |

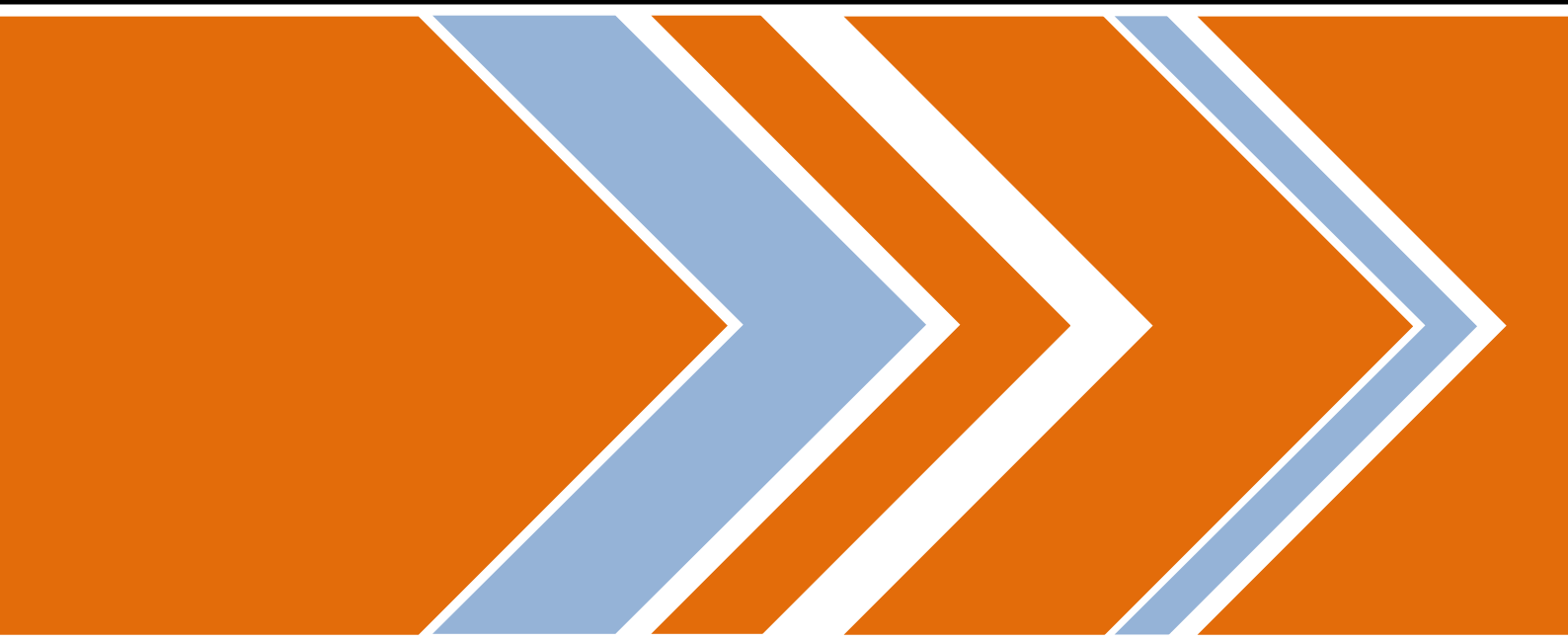
Domein Impulsiviteit

| Vraag | Symptoom aanwezig thuis en/of op school |
|---|---|
| 15 | <input type="checkbox"/> |
| 16 | <input type="checkbox"/> |
| 17 | <input type="checkbox"/> |
| 18 | <input type="checkbox"/> |
| Total aantal aanwezige symptomen | <input type="checkbox"/> |
| Domein Impulsiviteit 1 of meer symptomen aanwezig thuis en/of op school | Ja / Nee |

- Zijn deze symptomen aanwezig in meer dan één setting? Ja Nee
- Waren deze symptomen aanwezig voor het 7e jaar? Ja Nee
- Waren deze symptomen langer dan zes maanden aanwezig? Ja Nee
- Beperken deze symptomen het kind in functioneren en ontwikkeling? Ja Nee
- Worden deze symptomen beter verklaard door andere aandoeningen? Ja Nee

ICD-10 Diagnose

Hyperkinetic Disorder (F90.0)
Aan de criteria van onoplettendheid, hyperactiviteit en impulsiviteit (dwz Ja, in alle drie de domeinen)



www.psychology-services.uk.com