

Er is in het veld grote behoefte aan betrouwbare, gebundelde informatie over de hulpverlening aan de belangrijkste doelgroepen in de GGZ, op basis waarvan regionale afspraken gemaakt kunnen worden over een samenhangend hulpaanbod.

Dit basisprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen voorziet in deze behoefte. Het bevat op hoofdlijnen alle ingrediënten die nodig zijn om een op de regio toegesneden zorgprogramma voor ADHD bij kinderen en jeugdigen op te stellen.

Een zorgprogramma is een samenhangend hulpaanbod voor een omschreven doelgroep. Het beschrijft welk hulpaanbod in de regio beschikbaar moet zijn en door wie dat geleverd kan worden, de betreffende doelgroep, de hulpvraag van de doelgroep, de comorbiditeit, het wenselijk hulpaanbod op basis van de beste wetenschappelijke, professionele en ervaringskennis en de noodzakelijke randvoorwaarden voor een zorgprogramma gericht op de betreffende doelgroep.

Een basisprogramma is voor instellingen een leidraad bij het opstellen en implementeren van een regionaal zorgprogramma. In een basisprogramma wordt de inhoudelijke kern van een zorgprogramma weergegeven, op basis van de meest recente wetenschappelijke kennis en evidence.

Uniek is hier dat het gaat om een breed basisprogramma voor de Jeugd-GGZ, waarin het preventieve hulpaanbod, de hulpverlening in de eerste lijn en de hulpverlening in de gespecialiseerde GGZ is meegenomen en dat ook de regionale samenwerking met het onderwijs beschreven wordt. Dit sluit aan bij de tendens in de regionale praktijk om in het kader van de zorgprogrammering over de grenzen van de gespecialiseerde GGZ te kijken.

Marjon Vink is senior wetenschappelijk medewerker van het Trimbos-instituut, Utrecht

Anneke van Wamel is wetenschappelijk medewerker van het Trimbos-instituut, Utrecht

Loes Bandsma is GZ-psycholoog, Kinder- en Jeugdpsychotherapeut te Amsterdam

Deanne Radema is als senior medewerker verbonden aan het Landelijk Centrum Onderwijs en Jeugd van het NJi, Utrecht

Dolf van Veen is hoofd van het Landelijk Centrum Onderwijs en Jeugd van het NJi, Utrecht

Henk Verburg is senior wetenschappelijk medewerker van het Trimbos-instituut, Utrecht

Landelijk Basisprogramma **ADHD bij kinderen en jeugdigen**

Trimbos-instituut

Marjon Vink
Anneke van Wamel

*Met bijdragen van
Loes Bandsma
Deanne Radema
Dolf van Veen
Henk Verburg*

Landelijk Basisprogramma
**ADHD bij kinderen
en jeugdigen**

Trimbos-instituut

Marjon Vink

Anneke van Wamel

Met bijdragen van Loes Bandsma, Deanne Radema, Dolf van Veen, Henk Verburg

Dit basisprogramma is tot stand gekomen dankzij financiering van het Ministerie van VWS

Colofon

Opdrachtgever:

VWS

Financiering

VWS

Projectleiding

Marjon Vink

Projectuitvoering

Marjon Vink

Productiebegeleiding

Hessel den Uijl

Frédéric Zolnet

Vormgeving en druk

Ladenius Communicatie BV Houten

Met dank aan:

Luuk Kalverdijk – Accare

Aafje Knispel – Trimbos-instituut

Arge Paternotte – Vereniging Balans

Ineke Voordouw – Trimbos-instituut

Carry Wensing – Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland

Deze uitgave is te bestellen bij het Trimbos-instituut, via 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. Onder vermelding van artikelnummer AF0752. U krijgt een factuur voor de betaling.

ISBN 978-90-5253-591-3

Trimbos-instituut

Postbus 725

3500 AS Utrecht

Da Costakade 45

3521 VS Utrecht

www.trimbos.nl

T: 030-2971100

F: 030-2971111

© 2007, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoud

1. Inleiding	
A Wat is een landelijk basisprogramma?	5
B Waarom een landelijk basisprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen?	6
C De inhoud van het basisprogramma	7
2. Doelgroep	
A Doelgroep in zorgprogramma's	13
B Wat is de doelgroep in het basisprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen?	13
C Bijkomende aspecten	16
3. Hulpvraag	
A De hulpvraag in zorgprogramma's	19
B Wat is de hulpvraag in het basisprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen?	19
C Specifieke hulpvraag van bepaalde doelgroepen	22
4. Doelen	
A Doelen in zorgprogramma's	23
B Doelen in het basisprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen	23
5. GGZ preventie	
A Preventie in zorgprogramma's	27
B Wat is de plaats van preventie in het basisprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen?	27
C Regionaal bepaalde aspecten	30
6. Indicatiestelling en zorgtoewijzing	
A Indicatiestelling en zorgtoewijzing in zorgprogramma's	33
B Hoe verloopt de indicatiestelling en zorgtoewijzing in het basisprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen?	34
C Nadere diagnostiek	38
7. Behandelmodules en activiteiten	
A Behandelmodules en activiteiten in zorgprogramma's	41
B Behandelmodules en activiteiten in het basisprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen	41
C Module- en activiteitenoverzicht	45
8. Randvoorwaarden	
A Randvoorwaarden bij zorgprogramma's	55
B Randvoorwaarden binnen het basisprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen	56
C Aspecten waarmee verder rekening gehouden moet worden	61

9. Implementatie	
A Implementatie in zorgprogramma's	63
B Implementatie in het basisprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen	64
C Implementatie van zorgprogramma's in de regio	68
D Samenwerking tussen jeugdzorg en onderwijs bij ADHD	70
10. Literatuur- en bronverwijzingen	77
Bijlage 1 Beslisbomen Multidisciplinaire Richtlijn ADHD	83

Hoofdstuk 1 Inleiding

Inleiding

- A Wat is het landelijke basisprogramma?
- B Waarom een landelijk basisprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen?
- C De inhoud van het basisprogramma

A Wat is een landelijk basisprogramma?

Een landelijk basisprogramma¹ bevat op hoofdlijnen alle ingrediënten die nodig zijn om een op de regio toegesneden zorgprogramma op te stellen. Een zorgprogramma is een samenhangend hulpaanbod voor een omschreven doelgroep. Het beschrijft welk hulpaanbod in de regio beschikbaar moet zijn en door wie dat geleverd kan worden.

Het landelijke basisprogramma beschrijft de betreffende doelgroep, de hulpvraag van de doelgroep, de professionele analyse van die hulpvraag, de co-morbiditeit, het wenselijke hulpaanbod op basis van de beste wetenschappelijke, professionele en ervaringskennis en de noodzakelijke randvoorwaarden voor een zorgprogramma gericht op de betreffende doelgroep.

Een basisprogramma dient als een leidraad bij het opstellen en implementeren van een regionaal zorgprogramma. Het basisprogramma is niet bedoeld als een handleiding voor de individuele hulpverlener bij zijn of haar werkzaamheden, maar het is een tekst die op enige afstand staat van de individuele hulpverleningspraktijk. Het basisprogramma verwijst bijvoorbeeld naar bruikbare diagnostische instrumenten en relevante interventies, zonder dat deze instrumenten en interventies in de tekst gedetailleerd worden beschreven.

In een basisprogramma wordt de inhoudelijke kern van een zorgprogramma weergegeven, op basis van de meeste recente wetenschappelijke kennis en evidence. Een regio kan daarmee een zorgprogramma opstellen, daarbinnen de noodzakelijke instrumenten en interventies concretiseren en over de uitvoering ervan afspraken maken met de relevante regionale partijen.

Er is in het veld grote behoefte aan dergelijke betrouwbare gebundelde informatie over de hulpverlening aan de belangrijkste doelgroepen in de GGZ, op basis waarvan regionale afspraken gemaakt kunnen worden over een samenhangend hulpaanbod.

Het gaat in deze tekst om een breed basisprogramma, waarin het preventieve hulpaanbod, de hulpverlening in de eerste lijn en de hulpverlening in de gespecialiseerde GGZ is meegenomen. Dit sluit aan bij de tendens in de regionale praktijk om in het kader van de zorgprogrammering over de grenzen van de gespecialiseerde GGZ te kijken. Het onderstaande figuur maakt duidelijk dat geestelijke gezondheid en daarmee ook de geestelijke gezondheidszorg als een continuüm beschouwd moeten worden. Mensen bewegen zich op het continuüm van gezondheid heen en weer. Dit wordt steeds veroorzaakt door een combinatie van biologische, sociale en psychologische factoren. Het gehele spectrum van zorg(instellingen) en diensten zou daarom in samenhang beschouwd moeten worden. Veel domeinen (bijvoorbeeld gezondheidsbevordering en welzijnswerk enerzijds en de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg anderzijds) zijn echter nog steeds sterk van elkaar gescheiden.

In het model zijn vier niveaus te onderscheiden:

Op niveau 1 gaat het om algemene gezondheidsbevordering en het creëren van voorwaarden waaronder mensen zichzelf optimaal kunnen ontwikkelen en ontplooiën. Algemene versterking van sociaal-emotionele competentie alsmede het creëren van gezondheidsbevorderende leefomstandigheden (school, gezin, wijk, arbeid, verzorgingshuizen) staan centraal.

¹ In de hierna volgende tekst worden de termen basisprogramma en landelijke basisprogramma naast elkaar gebruikt. Vanwege de leesbaarheid is het woord landelijk meestal weggelaten. Waar basisprogramma staat wordt dus het landelijke basisprogramma bedoeld.

Evenals de eerder uitgebrachte landelijke basisprogramma's voor depressie, angststoornissen en eetstoornissen heeft het basisprogramma ADHD een brede opzet, dat wil zeggen dat het preventieve hulpaanbod, de hulpverlening in de eerste lijn en de hulpverlening in de gespecialiseerde GGZ aan bod komen. In dit basisprogramma voor kinderen en jeugdigen wordt ook beschreven waar aansluiting met de onderwijsomgeving noodzakelijk of wenselijk is.

Het doel van het basisprogramma is om regionale werkgroepen en hulpverleners in staat te stellen een zo goed mogelijk regionaal zorgprogramma voor ADHD bij kinderen en jeugdigen te schrijven, met als uiteindelijk doel de cliënt een zo passend mogelijk hulpaanbod te kunnen bieden.

Er verschijnen in toenemende mate (digitale) publicaties waarin de meest recente wetenschappelijke kennis over ADHD bij kinderen en jeugdigen en de behandeling ervan beschreven wordt. Het is niet voor iedere hulpverlener mogelijk om hiervan op de hoogte te blijven én om die kennis te vertalen naar de behandelpraktijk. Het basisprogramma tracht de hulpverleners hierin tegemoet te komen door als gids beknopt weer te geven wat de meest recente kennis is en waar welke onderwerpen en activiteiten te vinden zijn.

Het basiszorgprogramma is geschreven voor:

- regio's die nog niet met zorgprogramma's werken, maar wel van plan zijn daarmee te starten,
- leden van (beginnende) werkgroepen zorgprogrammering,
- regio's die wel met zorgprogrammering werken, maar waar de zorgprogramma's inhoudelijk aan bijstelling en/of verbetering toe zijn,
- regio's die in hun zorgprogramma's de deur open willen stellen naar preventie en de eerste lijn, en naar het onderwijsveld,
- medewerkers in het preventieveld en de eerste lijn die bezig zijn met hun positionering naar de tweedelijns GGZ,
- regio's die een zorgprogramma ADHD bij kinderen geschreven hebben, maar dat nog niet ingevoerd hebben. Zij kunnen hun tekst aan de hand van het basisprogramma bijstellen met gebruikmaking van de meeste recente kennis en voordeel hebben van het hoofdstuk over implementatie.

Dit basisprogramma beschrijft wat de inhoud van een zorgprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen zou moeten zijn. Maar met het schrijven van een zorgprogramma is de klus nog niet geklaard. Het invoeren of implementeren van een zorgprogramma is een traject dat niet onderschat moet worden. Het implementeren dient goed voorbereid en zorgvuldig te verlopen, in goed overleg tussen alle betrokken partijen (zoals het onderwijs, de eerste lijn, de jeugdgezondheidszorg, de tweedelijns GGZ). Dit proces begint al bij het opstellen van het zorgprogramma. Daarin wordt onder meer concreet beschreven wie betrokken is bij de implementatie van het programma, welke evaluatiepunten vastgesteld zijn en wat de organisatorische consequenties zijn.

C De inhoud van het basisprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen

Het basiszorgprogramma ADHD beschrijft de volgende inhoudelijke thema's:

- doelgroep
- hulpvraag
- doel
- GGZ-preventie en geestelijke gezondheidsbevordering,
- indicatiestelling en zorgtoewijzing,
- behandelmodules en -activiteiten
- randvoorwaarden
- implementatie
- aansluiting op onderwijs(zorg)programma's

Alle hoofdstukken zijn opgebouwd volgens hetzelfde stramien:

- Deel A: waarin beschreven is wat onder dat onderdeel verstaan wordt en waarom het belangrijk is dat het in een zorgprogramma beschreven wordt.
- Deel B: waarin dat onderdeel wordt uitgewerkt voor ADHD bij kinderen en jeugdigen. Hierin komen de zogenaamde 'kern' teksten aan bod, d.w.z. onderwerpen die in ieder geval in een zorgprogramma ADHD bij kinderen aan bod zouden moeten komen.
- Deel C: waarin onderwerpen staan die niet in elke regio dezelfde zwaarte hebben, maar die wel overwogen dienen te worden. Uitzondering op dit stramien is Hoofdstuk 4, dat geen deel C heeft.
- Deel D: In het Basisprogramma ADHD is aan Hoofdstuk 9 deel D toegevoegd over de samenwerking tussen jeugdzorg en onderwijs.

Onderstaand een korte introductie van de genoemde thema's:

Doelgroep (H2)

In deel A wordt beschreven wat onder doelgroep in een zorgprogramma verstaan wordt. Deel B beschrijft de doelgroep kinderen en jeugdigen met ADHD. Het basisprogramma beschrijft en richt zich op kinderen met de subtypen ADHD zoals beschreven in de DSM-IV-TR (2):

- het overwegend onoplettendheid type
- het overwegend hyperactief-impulsief type
- het gecombineerde type

Daarna komen aan bod: de omvang van de doelgroep (prevalentie), risicogroepen en -factoren en risicovormende omstandigheden. In deel C worden aspecten rond co-morbiditeit, seksespecifieke aspecten en allochtone groepen kort besproken.

Hulpvraag (H3)

Deel A beschrijft wat onder het begrip hulpvraag in een zorgprogramma verstaan wordt. In deel B worden de hulpvragen omschreven waarmee cliënten met ADHD en hun familie zich in de eerste en de tweede lijn veelal aanmelden. De hulpvragen op verschillende levensgebieden (cognitief functioneren, psychisch functioneren, sociaal functioneren, lichamelijk functioneren, dagstructurering, onderwijs en vrije tijd worden nader omschreven.

In deel C komen de hulpvragen van specifieke doelgroepen aan bod; van allochtone kinderen, kinderen met comorbide stoornissen, kinderen met leerproblemen en kinderen zonder een specifieke hulpvraag.

Doelen (H4)

In deel A komt ter sprake wat de doelen van een zorgprogramma in het algemeen dienen te zijn. In deel B wordt dit gespecificeerd naar doelen waarnaar gestreefd wordt in het contact met een kind met ADHD, d.w.z. de verschillende behandeldoelen. Hierbij is ook aandacht voor doelen van preventie.

GGZ-preventie en gezondheidsbevordering (H5)

Preventie heeft in het basisprogramma een grotere plaats gekregen dan in de meeste bestaande zorgprogramma's het geval is. Hiermee wordt een begin gemaakt met het overschrijden van de grenzen tussen preventie, eerstelijns- en tweedelijns GGZ.

In deel A wordt beknopt beschreven welke vier vormen van GGZ preventie er te onderscheiden zijn: universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerichte preventie. Ook wordt het verschil tussen GGZ preventie en gezondheidsbevordering uitgelegd.

In deel B wordt de plaats van preventie in het basisprogramma ADHD verduidelijkt en worden de vier preventievormen voor ADHD beschreven. Daarna komen specifieke risico- en beschermende factoren aan bod. Deel C behandelt de mogelijke aanbieders van preventie in een regio, de jeugd-GGZ, de Jeugdgezondheidszorg en het Onderwijs, en geeft een overzicht van preventieve interventie mogelijkheden.

Indicatiestelling en zorgtoewijzing (H6)

Dit hoofdstuk heeft tot doel om een helder overzicht te geven van de verschillende stappen die in het proces van indicatiestelling en zorgtoewijzing genomen moeten worden. Waar mogelijk zijn aan deze stappen de instrumenten toegevoegd die daarbij te gebruiken zijn. Aangegeven wordt wat de multidisciplinaire richtlijn adviseert over het gebruik van specifieke instrumenten op dit terrein.

In deel A worden de termen gedefinieerd. Daarna worden de stappen in het indicatie- en toewijzingsproces genoemd die in een zorgprogramma minimaal beschreven moeten worden.

Deze stappen zijn in vier fasen samen te vatten: aanmelding en/of intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing en opstellen van het behandelplan (meestal onderdeel van de behandeling), bewaking en bijstellen van het behandelplan.

In deel B is uitgewerkt hoe deze fasen bij cliënten met ADHD horen te verlopen.

Met betrekking tot *aanmelding en intake* komen aan bod:

- aanmelding en herkenning van klachten in de eerste lijn en het onderwijs
- doorverwijzing
- het gebruik van screeners
- onderdelen van de psychiatrische diagnostiek (o.a. classificatie en beloop)
- classificatie instrumenten
- ernstbepaling en beloop

Met betrekking tot *indicatiestelling* komen aan bod:

- doelen van en eisen aan het indicatieproces
- rol van de cliënt
- verwijzingen

Met betrekking tot het *opstellen, bewaken en bijstellen van het behandelplan* wordt besproken:

- definiëring van de termen
- inhoud van een behandelplan
- positie van de cliënt

In deel C worden de verdere diagnostische activiteiten beschreven die nodig kunnen zijn indien het voorgaande nog niet tot een goed behandelplan leidt. De hulpverlener en cliënt zullen een aanvullend diagnostisch pakket samen moeten stellen uit de genoemde activiteiten. Het is aan de samenstellers van het regionale zorgprogramma om te kiezen welke aanvullende diagnostische activiteiten in het zorgprogramma beschreven worden en in welk detail.

Aan bod komen:

- Aanvullende psychiatrische diagnostiek: hetero-anamnese, aandacht voor probleembeleving / zelfbeeld van het kind, neuropsychologisch en/of intelligentieonderzoek
- Somatische diagnostiek: somatische anamnese, lichamelijk onderzoek
- Sociale diagnostiek: gezinsanamnese, instrumenten om dit deel in kaart te brengen, systeemonderzoek, informatie uit de jeugdgezondheidszorg en het onderwijs

Behandelmodules en -activiteiten (H7)

In deel A wordt de plaats van behandelmodules en -activiteiten in een zorgprogramma beschreven. Ook komen de criteria waaraan de beschrijvingen van de modules en activiteiten moeten voldoen aan bod:

- Naam
- Inhoud
- Indicatie of zo mogelijk een onderbouwing van het (evidence based) niveau van de module
- Ontvangers van de module: organisatorische en financiële aspecten

In deel B wordt de inhoud en de achtergrond van de Multidisciplinaire Richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen kort beschreven. Hier is ook een schema opgenomen waarin de mogelijke interventies zijn gezet. Hierin kan worden opgezocht welke interventies in de Multidisciplinaire Richtlijn terug te vinden zijn.

In deel C zijn vervolgens beschrijvingen van de modules en activiteiten te vinden. Per beschrijving is aangegeven of de interventie wordt genoemd in de richtlijn en wat het niveau van de bewijsvoering is.

Randvoorwaarden (H8)

Het werken met zorgprogramma's heeft gevolgen voor de organisatie van de zorg. In dit hoofdstuk worden de minimale vereisten behandeld waaraan voldaan moet worden om het zorgprogramma te laten functioneren. Dit zijn de zogenaamde randvoorwaarden.

De randvoorwaarden om programmatisch te kunnen werken zijn in vijf thema's in te delen. Deze worden in deel A beschreven:

- Continuïteit in het aanbod, deze betreffen continuïteit op het niveau van de doelgroep
- Continuïteit in de sturing van de zorg, dit betreft continuïteit op het niveau van de individuele cliënt
- Planning van het aanbod, op kwantiteit en kwaliteit
- Bewaking van de kwaliteit van de zorg, zowel de uitvoering als de inhoud van het zorgprogramma
- Kwaliteit van de hulpverleners

In deel B worden deze vijf thema's specifiek uitgewerkt naar een zorgprogramma voor ADHD bij kinderen en jeugdigen.

In deel C wordt verder ingegaan op wat de rol van de cliënt in het bovenstaande kan zijn. Ook worden voorbeelden geschetst van de wijze waarop afstemming van de organisatie en het zorgprogramma tot stand kan worden gebracht.

Implementatie (H9)

In dit hoofdstuk wordt een eerste handreiking geboden bij het nadenken over de implementatie van zorgprogramma's en het opstellen van een implementatieplan.

In deel A wordt beschreven waarom het belangrijk is dat er in een zorgprogramma aandacht is voor implementatie. Een van de voornaamste redenen daarvoor is dat zorgprogramma's geen gemakkelijke vernieuwingen zijn om in te voeren.

In deel B komt vervolgens een model voor de implementatie van vernieuwingen in de zorg aan de orde (3). Dit model beschrijft een aantal stappen, dat gevolgd moeten worden om te komen tot een succesvolle invoering van de verandering:

- 1 Het ontwikkelen van een voorstel
- 2 Analyse van de doelgroep en de setting
- 3 Selectie van strategieën om veranderingen in te voeren
- 4 Ontwikkelen, testen en uitvoeren van het implementatieplan
- 5 Evaluatie en (eventueel) bijstelling van het plan

In deel C zijn concrete ervaringen te vinden van regio's die zorgprogramma's daadwerkelijk geïmplementeerd hebben. Aan de orde komen de mogelijkheden met betrekking tot invoeringstrajecten, en de belangrijkste knelpunten en bevorderende factoren. Tot slot worden de aanbevelingen genoemd uit onderzoek in deze regio's.

In deel D van dit Landelijk Basisprogramma is een paragraaf opgenomen over de regionale samenwerking tussen de jeugdzorg en het onderwijs rond ADHD bij kinderen en jeugdigen. Hierin wordt vanuit het perspectief van het onderwijs beschreven waar rond ADHD de verbindinglijnen met de jeugd-GGZ en de jeugdzorg liggen en wat voor de betrokken ouders en kinderen (en overige betrokkenen) daarvan de meerwaarde kan zijn. Ter verduidelijking is een lijst toegevoegd met in het onderwijs gehanteerde begrippen.

Hoofdstuk 2 Doelgroep

Doelgroep en professionele analyse

“Een gespecificeerde groep hulpvragers met overeenkomstige problematiek en zorgbehoefte”.

- A Doelgroep in zorgprogramma's
- B Wat is de doelgroep van het basisprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen?
- C Bijkomende aspecten

A Doelgroep in zorgprogramma's

Een zorgprogramma heeft een duidelijk omschreven doelgroep. Deze doelgroep wordt omschreven als een gespecificeerde groep hulpvragers met overeenkomstige problematiek en/of zorgbehoefte.

Er moet goed nagedacht worden op grond waarvan gezegd kan worden dat de problematiek en hulpvraag 'overeenkomstig' is. Wordt bijvoorbeeld gekozen voor een psychiatrische DSM-classificatie of wordt de overeenkomst door de benodigde zorgintensiteit bepaald. Aangezien de basis van het zorgprogramma de geaggregeerde hulpvraag van de doelgroep is, is het belangrijk hier van tevoren een zorgvuldige keuze in te maken.

De gekozen doelgroep kan meer of minder ruim omschreven worden. In het algemeen wordt aangeraden dat het segmenteren van de doelgroep aan de orde is als de problematieken (en daarmee de hulpvragen) tamelijk ver uiteen lopen. De doelgroep wordt niet omschreven in termen van het hulpaanbod of methodiek. Ook is de doelgroep niet per se gerelateerd aan één diagnose.

Waar het om gaat is dat de problematiek en de zorgbehoefte van de doelgroep in zoverre overeen komen dat het zorgprogramma voldoende op ieder van hen van toepassing is.

B Wat is de doelgroep van een basisprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen?

In dit basisprogramma is gekozen voor een doelgroep kinderen van 5 tot 16 jaar met ADHD (conform de DSM-IV-TR criteria voor ADHD bij kinderen). Bij deze doelgroep bestaat het risico op belemmering van de algehele ontwikkeling en op problemen in het dagelijks functioneren (2).

De DSM-IV (vooral in de tweede lijn) en de ICD-10 (vooral in de eerste lijn) zijn de meest gebruikte classificatiesystemen voor o.a. psychische stoornissen.

De DSM is een classificatiesysteem voor psychische stoornissen, en werd ontwikkeld onder verantwoordelijkheid van de American Psychiatric Association. In juni 1994 verscheen de vierde editie (DSM-IV), in 2001 verscheen een tekstrevisie (DSM-IV-TR). De DSM is ontwikkeld voor gebruik bij met name onderzoek. Door internationaal dezelfde criteria af te spreken voor psychiatrische aandoeningen wordt onderzoek en communicatie duidelijker en betrouwbaarder.

De DSM-IV bestaat uit vijf assen:

- As 1 Klinische stoornis (bijv. ADHD),
- As 2 Persoonlijkheidsstoornissen (bijv. afhankelijke persoonlijkheidsstoornis),
- As 3 Lichamelijke aandoeningen (relevant voor het begrijpen of behandelen van een psychische stoornis) (bijv. slaapproblemen),
- As 4 Psychosociale en omgevingsfactoren (bijv. alleenstaande ouder),
- As 5 Algehele beoordeling van het functioneren (Global Assessment of Functioning Scale, GAF) uitgedrukt op een schaal van 0 tot 100.

De tiende editie van de International Classification of Diseases (ICD-10) is de internationale standaard voor het classificeren van ziekten, gebreken en andere gezondheidsproblemen, ontwikkeld door de World Health Organization. Hoofdstuk V van de ICD-10 bevat een classificatie van meer dan 300 psychische stoornissen en gedragsstoornissen. Het is bedoeld voor de algemene klinische praktijk, het onderwijs en de hulpverlening.

In dit basisprogramma is getracht de inhoud een brede basis te geven door ook preventie en de hulpverlening in de eerste lijn te beschrijven voor kinderen met druk gedrag of ADHD. Daarmee zijn de kinderen die nog niet aan alle DSM-IV criteria voldoen, maar wel een serieuze verdenking hebben op de diagnose ADHD aan de doelgroep toegevoegd.

Zowel in de DSM-IV als in de ICD-10 is het gemeenschappelijke kenmerk van de doelgroep kinderen met ADHD:

- moeite met het vasthouden van aandacht
- overmatig rusteloos, impulsief en ongeconcentreerd gedrag
- problemen met het organiseren van taken en activiteiten
- moeite met het doseren van gedrag in een sociale context, dus in contact met anderen (ongeremdheid)

DSM-IV criteria

De DSM-criteria zijn gevalideerd voor kinderen van 4 – 16 jaar oud. ADHD-symptomen nemen af met de leeftijd. Als voor iedere leeftijd dezelfde drempel wordt aangehouden, zou dit bij jonge kinderen fout-positieve en bij volwassenen fout-negatieve diagnoses opleveren. Beneden de leeftijd van 5 jaar is de diagnose ADHD niet goed te stellen (4).

De DSM-IV classificeert drie subtypen van ADHD bij kinderen en jeugdigen:

- het overwegend onoplettendheid type: er is vooral sprake van ernstig en aanhoudend aandachtstekort
- het overwegend hyperactief-impulsief type: er is vooral sprake van ernstige en aanhoudende impulsiviteit en hyperactiviteit
- het gecombineerde type: beide soorten problemen komen samen voor; dit is het meest voorkomende type

Er is sprake van het ADHD als aan de volgende criteria wordt voldaan:

A Ofwel (1), ofwel (2):

- (1) Zes (of meer) van de volgende symptomen van *aandachtstekort* zijn gedurende ten minste zes maanden aanwezig geweest in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau:

Aandachtstekort

- (a) slaagt er vaak niet in voldoende aandacht te geven aan details of maakt achteloos fouten in schoolwerk, werk of bij andere activiteiten
 - (b) heeft vaak moeite de aandacht bij taken of spel te houden
 - (c) lijkt vaak niet te luisteren als hij/zij direct aangesproken wordt
 - (d) volgt vaak aanwijzingen niet op en slaagt er vaak niet in schoolwerk, karweitjes af te maken of verplichtingen op het werk na te komen (niet het gevolg van oppositioneel gedrag of van het onvermogen om aanwijzingen te begrijpen)
 - (e) heeft vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten
 - (f) vermijdt vaak, heeft een afkeer van of is onwillig zich bezig te houden met taken die een langdurige geestelijke inspanning vereisen (zoals school- of huiswerk)
 - (g) raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of bezigheden (bijvoorbeeld speelgoed, huiswerk, potloden, boeken of gereedschap)
 - (h) wordt vaak gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels
 - (i) is vaak vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden
- (2) Zes (of meer) van de volgende symptomen van *hyperactiviteit-impulsiviteit* zijn gedurende ten minste zes maanden aanwezig geweest in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau:

Hyperactiviteit

- (a) beweegt vaak onrustig met handen of voeten, of draait in zijn/haar stoel
- (b) staat vaak op in de klas of in andere situaties waar verwacht wordt dat men op zijn plaats blijft zitten

- (c) rent vaak rond of klimt overal op in situaties waarin dit ongepast is (bij adolescenten of volwassenen kan dit beperkt zijn tot subjectieve 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 vaak aan een stuk door

Impulsiviteit

- (g) gooit het antwoord er vaak al uit voordat de vragen afgemaakt zijn
 - (h) heeft vaak moeite op zijn/haar beurt te wachten
 - (i) verstoort vaak bezigheden van anderen of dringt zich op (bijvoorbeeld mengt zich zomaar in gesprekken of spelletjes)
- B Enkele symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit of onoplettendheid die beperkingen veroorzaken waren voor het zevende jaar aanwezig.
- C Enkele beperkingen uit de groep symptomen zijn aanwezig op twee of meer terreinen (bijvoorbeeld op school (of werk) en thuis).
- D Er moeten duidelijke aanwijzingen van significante beperkingen zijn in het sociale, school- of beroepsmatig functioneren.
- E De symptomen komen niet uitsluitend voor in het beloop van een pervasieve ontwikkelingsstoornis, schizofrenie of een andere psychotische stoornis en zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld stemmingsstoornis, angststoornis, dissociatieve stoornis of een persoonlijkheidsstoornis).

Hoe groot is de doelgroep?

Op basis van voornamelijk buitenlands onderzoek wordt aangenomen dat 3% tot 5% van de kinderen onder de 16 jaar lijdt aan ADHD. Van alle 2 miljoen kinderen van 5 tot 14 jaar in Nederland zouden dus 60.000 tot 100.000 voldoen aan de diagnose ADHD. Het aantal kinderen dat voor ADHD behandeling nodig heeft wordt geschat op 40.000. (RIVM 2006)

De hierboven genoemde prevalentie-cijfers impliceren dat in een gemiddelde huisartspraktijk circa zeven kinderen met ADHD voorkomen.

Bij de schatting hoeveel kinderen ADHD hebben is de onderzoeksmethode die gebruikt wordt zeer belangrijk, zo blijkt uit Nederlands onderzoek onder adolescenten:

- Als alleen aan adolescenten zelf wordt gevraagd of ze last hebben van de symptomen van ADHD, dan lijkt het aantal kinderen met ADHD vrij laag; slechts enkele procenten (5).
- Als alleen aan de ouders wordt gevraagd naar symptomen van ADHD bij hun kinderen - zonder dat oordeel te checken bij de kinderen - dan is het aantal adolescenten met ADHD veel hoger. Dat kan oplopen tot 35%.
- Als in plaats van de gebruikelijke diagnostische criteria (uit de DSM-IV) het medisch classificatiesysteem (de ICD-10) wordt gebruikt, is het percentage juist kleiner (1% tot 4%). Dat komt omdat in dat systeem strengere eisen worden gesteld aan de duur en de ernst van de klachten.

Het aantal kinderen met ADHD is de afgelopen 20 jaar niet of nauwelijks toegenomen. Het aantal kinderen dat behandeld wordt is wel erg gestegen omdat de stoornis steeds beter herkend wordt. Geschat wordt dat ongeveer 1% tot 3% van de jongvolwassenen lijdt aan ADHD. Ook dit percentage is sterk afhankelijk van de gekozen criteria en meetinstrumenten (6).

ADHD komt meer voor bij jongens dan bij meisjes. In bevolkingsonderzoeken wordt gevonden dat 2 á 3 maal zoveel jongens als meisjes ADHD hebben, terwijl bij kinderen die in behandeling zijn het aantal jongens zelfs 5 maal groter is dan het aantal meisjes. Bij volwassenen met ADHD liggen deze verhoudingen meer gelijk (4). Of ADHD meer voorkomt in stedelijke gebieden is niet bekend.

Beloop

Over het beloop van ADHD in de algemene bevolking is vrij weinig bekend. Vrijwel alle informatie over het beloop is afkomstig van onderzoek onder behandelde patiënten (6).

Er is lang verondersteld dat ADHD een rijpingsprobleem was en dat het vanzelf zou verdwijnen met het ouder worden. Dat is onjuist gebleken. Bij 30% van de behandelde adolescenten met ADHD verdwijnen de symptomen vrijwel helemaal. Bij nog eens 30% blijven de klachten in een iets lichtere, maar nog altijd hinderlijke vorm bestaan. Bij de overige 30% blijft de diagnose ook na het 18e jaar van kracht. Deze groep kan hier behoorlijke last van ondervinden bij werk en sociaal functioneren.

Bij het natuurlijke beloop valt op dat aandachtsproblemen met de leeftijd minder afnemen dan hyperactiviteit en impulsiviteit. De meeste patiënten met ADHD blijven in meer of mindere last houden van hun symptomen. Nadelige gevolgen van de symptomen zijn onder andere: schooluitval, meer kans op verkeersongevallen, moeite met het maken van vrienden en onderpresteren op het werk (7).

Ook worden problemen met relaties, meer contacten met justitie en tiener-zwangerschappen gemeld (8).

Het is op basis van de huidige kennis niet met zekerheid te voorspellen of bij een kind met ADHD de klachten tot in de adolescentie of volwassenheid zullen blijven voortbestaan.

Een chronisch beloop van ADHD kan samenhangen met:

- meer en ernstiger symptomen van ADHD
- agressief gedrag op jonge leeftijd
- lagere intelligentie en leerproblemen
- gezinsproblemen
- slechte relaties met leeftijdsgenootjes
- meer familieleden met ADHD
- bijkomende psychische stoornissen, in het bijzonder gedragsstoornissen, stemmingstoornissen en angststoornissen (6)

C Bijkomende aspecten

De doelgroepomschrijving zoals die hierboven staat is algemeen geldend voor wat onder ADHD bij kinderen wordt verstaan. Dat wil zeggen dat deze criteria en factoren gelden voor alle personen met deze diagnose, los van waar in Nederland ze wonen, wat hun land van herkomst of wat hun sekse is.

Daarnaast zijn er factoren die voor bepaalde groepen of individuen van belang zijn, zoals co-morbiditeit, sekse- en cultuurspecifieke aspecten. Afhankelijk van hoe de populatie er in de regio uitziet zal aan deze factoren beknopt of meer uitgebreid aandacht besteedt moeten worden.

Co-morbiditeit

Van co-morbiditeit is sprake als bij een persoon meer dan één stoornis in een bepaalde tijdsperiode voorkomt. Co-morbiditeit heeft belangrijke consequenties. Het is geassocieerd met ernstigere klachten, meer functionele beperkingen, meer gebruik van de gezondheidszorg en langere duur van de stoornis. Het is daarom van belang om zorgvuldig, en waar nodig periodiek, na te gaan of mogelijk andere aandoeningen aanwezig zijn. Bij een ruime meerderheid van de kinderen met ADHD is er co-morbiditeit met andere stoornissen (9). De belangrijkste comorbide problemen zijn de volgende: oppositioneel-opstandige gedragsstoornis of een gedragsstoornis, syndroom van Gilles de la Tourette/ticstoornis, angststoornis, stemmingsstoornis, leerstoornis, mentale retardatie, epilepsie of een autismespectrumstoornis (4). Ook bij volwassenen met ADHD zijn bijkomende psychische stoornissen eerder regel dan uitzondering. In een Nederlands onderzoek leden drie van de vier volwassenen met ADHD aan een bijkomende psychische stoornis (10). Het ging daarbij met name om angststoornissen, depressie, verslavingsproblemen en persoonlijkheidsstoornissen. Eén op de drie volwassenen met ADHD had meer dan één bijkomende stoornis (6).

Gedragsstoornissen

Ongeveer eenderde tot de helft van alle kinderen met ADHD heeft ook een gedragsstoornis (CD) of oppositio- neel-opstandige gedragsstoornis (ODD). De kans op een bijkomende gedragsstoornis is bij kinderen met ADHD meer dan tien maal zo groot dan bij andere kinderen. Omgekeerd wordt geschat dat tien tot dertig procent van de kinderen met een gedragsstoornis ook ADHD heeft.

Kinderen die zowel ADHD als een gedragsstoornis hebben, lopen meer kans om als volwassene een antisociale persoonlijkheidsstoornis te krijgen. Als gevolg van gedragsstoornissen is er verhoogde kans op middelennis- bruik en/of verslaving (6).

Depressie en angststoornissen

Ook depressie en angststoornissen komen veel voor bij kinderen met ADHD. De kans op depressie is bij kinderen met ADHD vijf à zes maal zo groot als bij andere kinderen. De kans op een angststoornis is drie maal zo groot (11).

Leerstoornissen

Ongeveer twintig tot vijftig procent van de kinderen met ADHD kampt tegelijkertijd met een leerstoornis (9) (12). Vooral dyslexie treedt vaak op.

Pervasieve ontwikkelingsstoornissen

Symptomen van ADHD komen dikwijls voor bij stoornissen uit het autistisch spectrum, bijvoorbeeld PDD- NOS. Bij 10- 20 % van de kinderen met ADHD gaan de beide stoornissen samen (13). Daarnaast neemt, waarschijnlijk door een betere herkenning, de prevalentie van PDD nog toe. In sommige gevallen is het nodig om beide stoornissen apart te diagnosticeren en als zodanig te behandelen. Voor de behandeling is het van belang de invloed van beide stoornissen op het dagelijks functioneren te onderkennen en af te wegen op welke aspecten de behandeling zich primair moet richten.

Alcohol- en middelengebruik

Adolescenten met ADHD roken gemiddeld eerder en meer sigaretten en gebruiken meer drugs en alcohol dan hun leeftijdsgenoten zonder ADHD (14) (9) (15). Ook lopen zij meer kans om als volwassene verslaafd te raken aan drugs of alcohol (16).

Seksespecifieke aspecten

In de diagnostiek en de behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen dient aandacht besteedt te worden aan seksspecifieke aspecten. Bekend is dat de diagnose ADHD vaker wordt gesteld bij jongens dan bij meis- jes. Een gangbare verklaring is een grotere kwetsbaarheid voor aandoeningen in het algemeen bij jongens. Een andere verklaring is dat bij meisjes sprake is van onderrapportage (vanwege comorbiditeit met angst).

Meisjes / vrouwen

Bij meisjes vraagt signalering van aandachtstekorten om meer alertheid dan bij jongens, aangezien meisjes in de regel ander externaliserend gedrag vertonen. Meisjes vertonen aanzienlijk minder vaak dan jongens storende hyperactiviteit/ impulsiviteit, maar er kan wel sprake zijn van teveel praten, teveel interacteren (bemoeien), etc. Daarnaast is er bij hen relatief vaker sprake van ADD, het diagnostische subtype van aan- dachtsstoornissen zonder hyperactief of impulsief gedrag (17).

Allochtonen

Het is onbekend hoe groot de prevalentie van ADHD bij kinderen en jeugdigen is onder niet-westerse allochtone kinderen is. Recent is onderzoek verricht naar signalering van gedragsstoornissen, respectievelijk ADHD in niet-westerse populaties van 6 tot 10 jaar (18). Uit het onderzoek bleek dat de totale prevalentie van psychiatrische stoornissen voor de verschillende etnische groepen niet verschilde. Dit gold ook voor de prevalentie van ADHD in het bijzonder.

Ondanks deze gelijke prevalentie en de observatie van leraren, dat allochtone kinderen evenveel belemmerd werden door hun probleemgedrag als autochtone kinderen, bleken de allochtone kinderen (tussen de 70% en 80%) minder vaak behandeld te worden voor deze problemen dan de autochtone kinderen. Uit het onderzoek bleek ook dat dit verschil gedeeltelijk te verklaren is door de ondersignalering van gedragsstoornissen door allochtone ouders. Herkenning van probleemgedrag door ouders is immers een voorwaarde voor het zoeken van hulp. Turkse, Marokkaanse en Surinaamse ouders signaleerden gedragsstoornissen in het algemeen, en ADHD in het bijzonder, minder dan autochtone ouders. De gevonden verschillen bleek echter ook een gevolg van signaleringsproblemen bij de hulpverlener en binnen het onderwijs.

Hoofdstuk 3 Hulpvraag

Hulpvraag

“De vraag om hulp zoals de cliënt en/of de mensen in de omgeving deze stellen.”

- A De hulpvraag in zorgprogramma's
- B Wat is de hulpvraag in het zorgprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen?
- C Specifieke hulpvraag van bepaalde doelgroepen

A De hulpvraag in zorgprogramma's

De hulpvraag is de vraag om hulp zoals iemand met een psychische stoornis of de omgeving deze stelt. In een zorgprogramma wordt de hulpvraag uitgewerkt omdat dit het uitgangspunt vormt voor de uiteindelijke behandeling. Iemand komt in contact met een hulpverlener als hulp gevraagd wordt bij psychische of somatische problemen. De basis voor een doelgericht behandeltraject wordt gelegd door het afstemmen van de visie op de problematiek van de hulpvrager én die van de hulpverlener (naar beider tevredenheid).

Op individueel niveau is de hulpvraag het uitgangspunt van hulpverlening in het zorgprogramma. Samen met de cliënt³ zoekt de hulpverlener naar de aard of de oorzaken van de stoornis. Het eigen inzicht van de cliënt in aard en oorzaken staat hierbij voorop. De deskundigheid van de professionele hulpverlener wordt aangewend om het inzicht van de cliënt te vertalen in de diagnose en een passende vorm van hulpverlening. Het gaat er om de hulpvraag zo goed mogelijk te inventariseren. Inzet moet zijn om zowel de expliciete hulpvraag als de meer impliciete, latente hulpvraag helder in beeld te krijgen. Het zorgprogramma moet aanknopingspunten bieden om problemen op te lossen op alle levensgebieden waarop cliënt en hulpverlener samen een hulpvraag formuleren.

Er wordt een onderverdeling gemaakt in hulpvragen van de persoon met een psychische stoornis en hulpvragen uit diens omgeving. Iemand zoekt zelf hulp als hij of zij kan inschatten dat de draaglast van de psychische stoornis te groot wordt. Meestal gebeurt dit als er een ernstige interferentie is opgetreden van de klachten met één of meer belangrijke levensgebied(en), zoals verderop beschreven wordt. Indien het gaat om personen met ernstige en/of recidiverende stoornissen, is de hulpvraag juist vaak afkomstig uit de omgeving van degene met een psychische stoornis. Er wordt contact gezocht met een hulpverlener als de draagkracht van het systeem overschreden wordt.

Hulpvragen bij stoornissen op kinderleeftijd worden doorgaans door ouders of opvoeders gesteld. De hulpvraag kan zowel betrekking hebben op het kind als op het gezinssysteem of de opvoedings- en leeromgeving.

Over de hulpvraag bestaat niet altijd overeenstemming tussen de cliënt en diens omgeving. Het is dan van belang dat relevante sleutelfiguren uit het systeem van de cliënt betrokken worden om tot een duidelijke hulpvraag en een juiste afstemming te komen op het behandel aanbod.

B Wat is de hulpvraag bij ADHD bij kinderen en jeugdigen?

De hulpvraag zal over het algemeen afkomstig zijn van de ouders, omdat deze de meeste lijdensdruk ervaren. De hulpvraag kan ook uit de omgeving van het kind komen, met name vanuit het onderwijs of vrijetijdsorganisaties. Het functioneren van kinderen met ADHD is vaak sterk belastend voor hun systeem, dat als geheel sterk kan worden beperkt in het normale functioneren of sterk compenserend moet optreden. Soms kan de hulpvraag ook van de jeugdige zelf afkomstig zijn.

³ Omdat deel A gaat over hulpvraag in zorgprogramma's in het algemeen wordt hier de term cliënt gebruikt. Specifiek voor ADHD wordt hier uiteraard het cliëntsysteem bedoeld, d.w.z.: het kind, de ouders en relevante personen uit de omgeving van het kind.

De hulpvraag kan betrekking hebben op de aanwezige klachten, maar zal vaak ook andere problemen betreffen. Dit zijn onder andere gedrags- of stemmingsklachten, problemen (o.a. met taakgericht gedrag in relatie met leren) op school, sociale problemen, gezinsproblemen en relatieproblemen van de ouders. Bij jongeren kunnen daar arbeidsproblemen en verslavingsproblematiek bijkomen. De hulpvraag kan gericht zijn op het opheffen van de verschijnselen als zodanig, het verkrijgen van hulp bij de omgang met de verschijnselen (controle krijgen over de symptomen door het opdoen van nieuwe copingstrategieën) of zich concentreren op de negatieve consequenties van ADHD voor de gezinssituatie, de leeromgeving en het sociaal functioneren van de betrokkene.

Ouders kunnen zich generen om met hun problemen naar buiten te treden. Zij kunnen het gedrag van hun kind ervaren als ongehoorzaam, opstandig. Zij kunnen dan het gevoel hebben te falen als opvoeder, of kritiek krijgen van familie, burens, vrienden of school.

In de beginfase moet dan ook veel aandacht besteed worden aan de motivatie van de ouders en van het kind of de jongere. Met name bij jonge cliënten is dit erg belangrijk. Vaak is de hulpvraag geheel afkomstig van de ouders en ligt de motivatie voor behandeling ook bij hen. Om het kind met ADHD en de ouders goed te kunnen behandelen moet een professionele analyse (diagnostiek) van de klachten en symptomen gemaakt worden. Dat is geen eenmalige bepaling, het zal op verschillende momenten in de ontwikkeling moeten gebeuren om nieuwe informatie te krijgen en daarmee het behandelplan regelmatig bij te kunnen stellen. Kinderen ontwikkelen zich, gezinnen veranderen en dit maakt bijstelling nodig.

Hulpvragen op de levensgebieden

Bij het helder krijgen van de hulpvraag worden de problemen of klachten geïnventariseerd op verschillende levensgebieden. Kinderen met ADHD ervaren niet altijd op alle gebieden problemen. Welke problemen ervaren worden is erg afhankelijk van de ontwikkelingsfase en het type ADHD. Een kind met ADD, dus zonder verschijnselen van hyperactiviteit zal op andere leefgebieden problemen ervaren dan een kind met de hyperactieve vorm van ADHD.

Psychisch functioneren

Kinderen met ADHD worden in hun gedrag gekenmerkt door ongeconcentreerdheid, impulsiviteit en hyperactiviteit. Hierdoor stellen zij hoge eisen aan de opvoedingskwaliteiten en de inzet van de ouders en aan de verdraagzaamheid van hun sociale omgeving (4). Er kan een negatieve spiraal ontstaan in de interactie tussen kind en omgeving waardoor de communicatie verstoort wordt. Dit kan de sociale prognose voor het kind op de langere termijn verslechteren.

Veel kinderen ontwikkelen in combinatie met ADHD depressieve gevoelens, angst- en/of gedragsproblemen. Ouders kunnen ondersteuning vragen bij de opvoeding of bij de praktische problemen thuis (4).

Sociaal functioneren

Kinderen of jeugdigen met ADHD hebben in het algemeen de neiging impulsief te reageren en daarbij hun eigen wensen te volgen zonder rekening te houden met die van de ander. Afwijzende reacties van anderen kunnen dit gedrag versterken waardoor de gedragsproblemen verder toenemen.

Circa de helft van de kinderen met ADHD vertoont ook overmatig opstandig en agressief gedrag (*ODD/CD*) wat de sociale acceptatie nog verder bemoeilijkt (4).

Naast ouders kunnen ook leerkrachten advies nodig hebben over een passende aanpak van de gedragsproblemen bij het kind.

Lichamelijke symptomen

De problemen van kinderen en jeugdigen met ADHD met het inslapen en/of niet door kunnen slapen is een veel voorkomend symptoom van ADHD, waar kind en ouders onder lijden. Voor de motorische en slaapproblematiek kan om (specialistische) hulp gevraagd worden.

Dagstructurering, onderwijs en vrijetijdsbesteding

Het zelf aanbrengen van een goede dagstructuur kan grote problemen opleveren.

Alle kinderen met ADHD hebben behoefte aan een duidelijke structurering van de dagelijkse bezigheden en activiteiten, zowel thuis, op school als in de vrije tijd. Kinderen met een onbehandelde ADHD presteren door hun symptomen vaak onder hun niveau, wat bij veel kinderen een negatieve invloed heeft op de schoolcarrière. Daarnaast treedt bij een groot aantal kinderen ook een leerstoornis op (4).

Het afronden van een opleiding en het instromen in het arbeidsproces is voor een grote groep jeugdigen met ADHD een fase waarin nieuwe problemen en hulpvragen ontstaan.

Welbevinden en probleembeleving

Kinderen met ADHD krijgen dikwijls negatieve reacties van anderen op hun problematiek. Elke sterke emotie of uitlating wordt gekoppeld aan de diagnose ADHD. Kinderen en jeugdigen met ADHD geven aan dit als stigmatiserend te ervaren en vinden dat de sterke kanten van ADHD (bijvoorbeeld energie, creativiteit) ondergewaardeerd worden.

Kinderen merken soms zelf nauwelijks iets van hun handicap of ontkennen die, vinden dat zijzelf geen last hebben van hun problemen, maar dat het de ouders zijn die er een probleem van maken. Het is voor een kind met ADHD vaak moeilijk de problemen een plaats te geven en om te gaan met een veranderend zelfbeeld tijdens en na de behandeling. Aanvaarden dat je kampt met een handicap en functioneert met beperkingen is voor veel kinderen moeilijk (6).

Verheldering en beïnvloeding van de hulpvraag

De behoefte aan informatie bij ouders van kinderen met ADHD is groot. Zij willen de oorzaken weten waardoor het kind zich zo gedraagt en tonen een duidelijke voorkeur van wie of waar ze informatie willen krijgen. Tijdens de diagnostische fase willen ouders vooral informatie krijgen over wat voor stoornis ADHD is, in hoeverre ADHD erfelijk is en wat de behandelmogelijkheden zijn. Verschillende levensfasen van het kind (kind, puber, volwassene) vragen daarna om voortdurende aangepaste informatie-uitwisseling en voorlichting. Hulpverleners kunnen ook informatie geven over mogelijkheden voor lotgenotencontact en cliëntenverenigingen en over relevante wettelijke voorzieningen (4).

Bij de eerste hulpvragen zullen meestal eerstelijns hulpverleners (huisarts, jeugdarts, eerstelijnspsycholoog) en de onderwijsinstelling betrokken zijn.

Veel hulpvragers bezoeken de huisarts of eerstelijns hulpverleners niet voor ADHD, maar voor druk, ongehoorzaam of ongeremd gedrag, sociale problemen of lichamelijke klachten. Ongemerkt hebben ouders zich vaak zo aangepast aan het kind dat ze niet goed beseffen hoe het hele gezinsleven draait om het kind. Daarnaast schamen mensen zich om over gedrags- of opvoedingsproblemen te praten. Het is van belang dat de hulpverlener dit onderkent en ruimte biedt.

Het is voor de samenwerking tussen ouders, kind en hulpverlener van belang dat alle partijen hun visie op de problematiek uiten en nagaan of men verschillend over de problemen en hun oorzaken denkt. Door de mogelijk aanwezige comorbiditeit kunnen hulpverleners naar een zijspoor geleid worden. Consultatie vanuit de tweedelijns GGZ kan hier dan hulp bieden.

Verwijzing naar de tweede lijn vindt voor alle kinderen en jeugdigen plaats om de diagnose ADHD definitief vast te stellen.

Vaak heeft de hulpvraag bij aanmelding in de tweede lijn betrekking op langer bestaande gedrags- of ontwikkelingsproblemen. De hulpvraag ontstaat meestal als de tot dusver gehanteerde copingstrategieën tekort blijken te schieten waardoor ontwikkelingsbelemmeringen optreden.

Na de check op de screening van de huisarts of andere eerstelijnsdisciplines richt de diagnostiek in de tweede lijn zich vooral op het vaststellen van de diagnose, van de ernst en van comorbide stoornissen, maar vooral ook op het in kaart brengen van de ontwikkeling en de context in brede zin. Hierbij worden factoren die de gedrags- of leerproblemen veroorzaken en in stand houden bekeken, evenals de gevolgen op de verschillende levensgebieden.

C Specifieke hulpvraag van bepaalde doelgroepen

Allochtonen

In andere culturen dan de westerse kunnen psychische- en gedragsproblemen anders geduid worden. De visie op kinderen, ouderschap en opvoeden kan sterk verschillen met de visie in Nederland hierop, en dit kan ook bij gedragsproblemen bij kinderen tot uiting komen.

De attitude waarvan uit diagnostiek en behandeling vorm krijgt wordt bij voorkeur gekenmerkt door:

- een respectvolle houding ten aanzien van cultuur en cultuurgebonden klachteninterpretatie,
- bijzondere aandacht voor relationele aspecten in het opbouwen van een vertrouwensrelatie,
- een a-priori niet afwijzende houding en/of dominantie van de eigen cultuur van de hulpverlener,
- een open, alerte attitude om de problematiek te begrijpen in de juiste (culturele) en individuele context,
- verscherpen van een multiculturele en multimethodische optiek ten aanzien van externaliserende gedragsproblematiek en opvoedingsopvattingen,
- andere diagnostische activiteiten om zicht op de hulpvraag achter de cultuurbepaalde presentatie duidelijk te krijgen,
- een flexibele therapeutische stijl om een klachtenverklaring te formuleren die past in de belevingswereld van de cliënt,
- de grotere, bestaande distantie tussen hulpverlener en cliënt met extra therapeutische activiteiten overbruggen,
- verantwoorde improvisatie met methodieken zonder inbreuk te doen op de theoretisch-technische uitgangspunten en principes,
- bereidheid tot meer consultatie, samenwerking, overleg en het werken in specifieke behandelteams.

Zoals al eerder is genoemd blijkt dat allochtone ouders minder vaak hulp zoeken bij gedragsproblemen dan autochtone ouders. Omdat herkenning van probleemgedrag door ouders een voorwaarde is voor het zoeken van hulp, vraagt dit extra aandacht van opvoeders of begeleiders buiten het gezin (18).

De behandeling van ADHD bij allochtone kinderen en jeugdigen is in principe niet anders dan bij autochtonen. Er zijn wel nuanceverschillen. Allochtonen zijn nogal eens wat meer extern gericht en klachten worden dan vaker verklaard door externe factoren. Ook kan in het gezinssysteem een generatieverschil bestaan met betrekking tot de mate van integratie in de samenleving. Dit heeft gevolgen voor de beleving van de problematiek en de aanvaarding van de diagnose en het behandel aanbod.

Seksespecifieke kenmerken

Een onderbelichte hulpvraag bestaat bij het subtype ADD, de vorm zonder hyperactieve symptomen. Uit de behandeling van volwassenen met ADHD is gebleken dat deze vorm relatief vaker voorkomt bij vrouwen. De naar binnen gerichte uiting van de stoornis ADD leidt ertoe dat deze in de kindertijd niet altijd wordt onderkend (19) (20) (21).

De groep zonder hulpvraag

Bij een groep kinderen met psychische problemen is er geen sprake van een expliciete hulpvraag. Gedacht moet hierbij o.a. worden aan groepen jongeren met problemen, maar zonder adequate hulpvraag, waar wel degelijk ADHD aan de orde is, bv. probleemjongeren, jongeren in internaten of justitie-setting, etc. De prevalentie is hier hoog, maar signalering en verwijzing lopen niet soepel. Het vereist daarom een zekere gevoeligheid en inspanning om de behoeften van deze groep waar te nemen of op te sporen. Van de kant van de betrokkenen (bv. de school, groepsleiders, de arts van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ)) kunnen signalen komen die duiden op dreigende psychosociale problematiek of van bestaande problematiek die uit de hand dreigt te lopen. Een belangrijke bron van informatie zijn de lotgenotengroep en intermediaire personen zoals hulpverleners en onderwijskrachten, die te maken hebben met kinderen met gedragsproblemen.

Hoofdstuk 4 Doelen

Doelen van het programma

“De wenselijke eindsituatie waartoe het programma bij de omschreven doelgroep zou moeten leiden.”

A Doelen in zorgprogramma’s

B Doelen in het zorgprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen

A Doelen in zorgprogramma’s

Ieder programma dient duidelijk omschreven doelen te hebben. Vanuit deze doelen kan het programma getoetst en de kwaliteit gemeten worden. De vraaggerichte hulpverlening en professionele kwaliteit van die hulpverlening vormen het centrale en overkoepelende doel in een zorgprogramma. Hieruit worden concretere (behandel)doelen afgeleid. Individuele doelen worden pas concreet als de professional in samenspraak met de hulpvrager een zorgplan opstelt.

Het zorgprogramma functioneert als onderhandelingskader bij het opstellen van het individuele zorgplan. Het programma geeft een opsomming van de mogelijkheden waaruit door de hulpvrager en hulpverlener een optimaal pakket aan zorg geselecteerd kan worden. Waar mogelijk wordt inzicht gegeven in de kwaliteit en effectiviteit van de zorg. Een algemeen uitgangspunt van dit zorgplan is het aansluiten op de wensen en behoeften van de hulpvrager (22).

Behandeldoelen van de individuele cliënt

De behandeling in het programma dient te leiden tot een wenselijke eindsituatie. De doelstellingen die tot deze wenselijke eindsituatie van de behandeling moeten leiden zijn in concrete termen geformuleerd in het zorgplan. Er moet een relatie bestaan tussen elk gehanteerd onderdeel van het hulpaanbod en de geformuleerde doelen. Of de genoemde doelstellingen gehaald zijn kan gezien worden door regelmatig de resultaten van de behandeling te evalueren. Een positieve evaluatie kan een reden zijn om de behandeling af te bouwen of te beëindigen. In geval van een negatieve evaluatie of complicaties dient de behandeling bijgesteld of geïntensiveerd worden. De doelen worden in de volgende paragraaf voor preventie en behandeling verder beschreven.

B Doelen in het basisprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen

De prognose van ADHD kan wisselen en is onder andere afhankelijk van de ernst, voorkomen van ADHD in de familie, intelligentie en co-morbiditeit. De mogelijkheden van de cliënt om van de hulp te profiteren hangen hiermee samen. Vanuit dit perspectief kunnen de volgende behandeldoelen worden geformuleerd:

Preventiedoelen

Preventieve interventies zijn interventies om ernstige psychische problemen te voorkómen, dan wel tijdig op te sporen en te behandelen. Daarnaast zijn er ook preventieve activiteiten mogelijk als iemand al een ernstig psychisch probleem heeft. Preventie is dan bijvoorbeeld bedoeld om de gevolgen van de aandoening voor de persoon en zijn omgeving te verzachten of om te voorkomen dat deze persoon ook nog last krijgt van andere aandoeningen.

De preventieve doelen in dit basisprogramma zijn gericht op de groep kinderen bij wie de diagnose ADHD nog niet gesteld is of aan wie nog geen geïndiceerde zorg wordt geboden. Maar daarnaast kan de preventie zich ook richten op het voorkómen van complicaties of van terugval, bij kinderen en jeugdigen die al voor ADHD behandeld worden. De preventie van ontwikkelings-, gedrags- en leerproblemen zou een belangrijk onderdeel van een zorgprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen moeten vormen. Vanuit het perspectief van de publieke gezondheid dient er naar gestreefd te worden het aantal kinderen met schadelijke gevolgen door hun ADHD zo laag mogelijk te houden.

De belangrijkste doelen voor preventie zijn:

- het bevorderen van tijdige onderkenning van nieuwe gevallen van ADHD bij kinderen,
- complicaties vermijden (toename van gedragsproblemen, falen op school, of negatieve ontwikkeling van het zelfbeeld),
- het voorkómen van terugval na een periode van goed functioneren.

Als additionele doelen voor preventie kunnen gesteld worden:

- voorkómen dat de ADHD te veel nadelige complicaties krijgt, bijvoorbeeld in termen van verlies van kwaliteit van leven of van te grote invloed op het gezinsklimaat,
- zoveel mogelijk beperken van het risico op het ontwikkelen van een andere stoornis bij ADHD, zoals bijvoorbeeld depressie.

Behandeldoelen

Voor de meeste kinderen is het doel de belemmeringen ten gevolge van ADHD te beperken en de factoren die de ontwikkeling van het kind bevorderen zoveel mogelijk te versterken. De doelen zijn zowel gericht op het kind als op de directe opvoedingsomgeving. Het leren omgaan met de symptomen van ADHD en het leren hanteren van perioden van toename hiervan zijn belangrijk nevendoele van de behandeling. Ook kan het leren omgaan met ADHD als blijvend gegeven (o.a. in contact met lotgenoten) een expliciet doel van de behandeling zijn.

De behandeling draait dus in algemene termen om:

- symptoom- en klachtenreductie
- symptoommanagement
- verbetering van het functioneren van het gezin / systeem
- ontwikkelen van een positief zelfbeeld (met name ten opzichte van de peergroup)
- acceptatie van kwetsbaarheid en beperkingen
- terugdringen van medische consumptie en van te veel of langdurig medicijngebruik

Deze doelen zijn divers en vragen verschillende strategieën. Daarbij moet rekening gehouden worden met de aard en de ernst van de ADHD, en de (on)mogelijkheden van de cliënt om van de hulp te kunnen en *willen* profiteren. Het is van belang te onderkennen dat een verschil in beleving van de doelen kan bestaan bij het kind of de jongere en bij de ouders. In de uitvoering van de behandeling moet ook rekening gehouden worden met het ontwikkelingsniveau van de jongere.

De behandeldoelen van het programma die hieruit volgen zijn:

■ *Informatieverschaffing (psycho-educatie) en betekenisgeving*

Van belang is dat de klachten van ouders en kind geduid worden, een betekenis krijgen. Dit kan door de ouders en het kind te informeren over het ziektebeeld, de behandelmogelijkheden, de mogelijke investering in tijd en geld, het belang van de eigen motivatie om van de klachten af te komen en de kansen op verbetering. Deze betekenisgeving is van groot belang willen kind en ouders de stoornis ADHD een plaats kunnen geven in hun leven. Het horen van de diagnose geeft duidelijkheid over wat er aan de hand is en geeft aan dat er sprake is van een ziekte waarvoor een behandeling bestaat. Cliënten kunnen hieraan een verschillende betekenis toekennen: voor de een kan deze duidelijkheid een opluchting betekenen terwijl een ander er uitsluitend een negatieve betekenis aan geeft. Deze gesprekken kunnen op zich een (onderdeel van de) behandeling vormen (22).

■ *In kaart brengen van de problematiek*

De problematiek wordt in kaart gebracht door middel van een persoonlijk gesprek van een hulpverlener met de ouders en met het kind. Als er op basis van dit gesprek aanleiding is voor onderzoek naar de oorzaak van de klachten wordt verdere diagnostiek gedaan in de tweede lijn. Met een vragenlijst of ander instru-

ment wordt het beeld van de problematiek verder verhelderd. Van belang is dat de diagnose ADHD wordt gesteld door een GZ-psycholoog, een in ADHD gespecialiseerde kinderarts, of een kinderpsychiater (direct of in consultatie) en dat deze diagnose door de hulpverlener, de ouders én het kind onderschreven wordt. Dit vormt het vertrekpunt voor het behandelen van de symptomen.

■ *Bestrijden of reduceren van de symptomen en belastende factoren*

De behandeling richt zich op het verlenen van hulp bij het opheffen of in belangrijke mate reduceren van de klachten en de directe en indirecte gevolgen ervan, zowel voor het kind als diens relevante leef- en leeromgeving. De behandeling heeft de vorm van medicatie, gesprekken en/of trainingen.

Een belangrijk behandeldoel is het doorbreken van het als verstorend ervaren gedrag. In het geval van lichtere problematiek kan de eerstelijns hulpverlener de behandeling uitvoeren, in geregeld overleg met de tweedelijns hoofdbehandelaar. Als de problematiek zwaarder en complexer is, wordt gericht gezocht naar een gespecialiseerde hulpverlener in de tweede lijn.

■ *Realiseren van het beperken van de gevolgen*

Door het zoveel mogelijk beperken van de gevolgen van ADHD wordt aan verbetering van de toestand van kind en/of gezin gewerkt. Het gaat om de directe gevolgen (aandachts- en gedragsproblemen op school) en indirecte gevolgen (sociale schade, ontwikkelingsproblematiek). Centraal staan ook de gevolgen voor het systeem (ouders, broers/zussen, schoolgroep).

■ *Het herkennen van terugval en chroniciteit*

Er zullen periodes voorkomen waarin de klachten weer toenemen. Dat is voor veel kinderen en hun omgeving een ingrijpende ervaring. Het gevoel de gebeurtenissen niet onder controle te hebben kan het zelfvertrouwen aantasten. Het verwerken van de gevolgen is een persoonlijk proces voor zowel kind als de ouder. In veel gevallen gaat het niet om voorbijgaande klachten. Dit vraagt om een actieve acceptatie van beperkingen en problemen als gevolg van ADHD. Het verwerken van de gevolgen en consequenties kan een complex proces zijn waarin per leeftijdsfase en stap voor stap de controle op het eigen leven hervonden moet worden. Het is daarom zinvol om bij afsluiting van de behandeling cliënten alert te maken op mogelijke signalen voor terugval. Aansluitend kan hen worden geleerd om anders met deze signalen om te gaan dan voor de start van de behandeling. Het anders omgaan met deze signalen kan bestaan uit het anders duiden en interpreteren ervan en uit andere vormen van coping.

■ *Het leren leven met blijvende beperkingen*

Een deel van de kinderen zal moeten leren leven met blijvende beperkingen ten gevolge van de stoornis. Wanneer het volledig verdwijnen van de klachten niet mogelijk blijkt, wordt het beter omgaan met resterende klachten het behandeldoel. ADHD blijft een in aanleg aanwezige stoornis waar men mee moet leren leven. Het zal inspanning kosten om op het bereikte niveau te blijven functioneren. Aandacht voor het verwerken van dit gegeven, het rouwproces daaromtrent en het stigma van 'patiënt' is belangrijk. Cliënten dienen in dit proces steeds geïnformeerd worden over de mogelijke keuzen en de ontwikkelingen rond nieuwe (behandel)mogelijkheden.

■ *Verbeteren/herstellen van het sociale functioneren*

Een veel voorkomend gevolg van ADHD bij kinderen en jeugdigen is dat zij in meer of mindere mate problemen ondervinden in het sociaal functioneren. Ongeremd en ongericht gedrag kan de omgang en relatie met leeftijdgenoten negatief beïnvloeden. Deelname aan activiteiten van de peergroup is van belang als voorbereiding op het maatschappelijk functioneren in de toekomst. Een deel van de kinderen heeft behoefte aan ondersteuning of begeleiding bij het realiseren van contacten op school of in de vrije tijd. Het gericht aanleren van sociale vaardigheden kan hierbij soms ondersteunen. Belang wordt ook gehecht aan sociale steun en contact met lotgenoten, evenals aan een tolerante omgeving waarin plaats is voor psychische problemen. Als er sprake is van schoolverzuim of -uitval, is terugkeer naar school het eerste uitgangspunt. Het vinden van werk na beëindiging van de schoolperiode is niet altijd eenvoudig en er kan behoefte zijn aan steun en hulp.

Hoofdstuk 5 GGZ preventie

GGZ preventie

“Het zoveel mogelijk voorkomen van nadelige gevolgen van ADHD bij kinderen en jeugdigen en het versterken van de geestelijke gezondheid in het algemeen.”

- A** Preventie in zorgprogramma's
- B** Wat is de plaats van preventie in het basisprogramma ADHD?
- C** Regionaal bepaalde aspecten

A Preventie in zorgprogramma's

Veel GGZ programma's die de afgelopen jaren ontwikkeld zijn, beginnen op het moment dat de cliënt in de tweedelijns GGZ binnenkomt, en richten zich daardoor op hulpvragers met ernstigere problematiek en een meer complexe vraagstelling. Inmiddels is er ten behoeve van de doelgroep jeugd een groeiend aanbod van landelijke en regionale preventieve programma's. Dit aanbod beperkt zich niet uitsluitend tot de tweedelijns-GGZ maar kan ook in de eerstelijns of binnen het onderwijs worden aangeboden. Dit biedt ook mogelijkheden voor het preventieve zorgaanbod voor ADHD (23).

Er worden binnen preventie vier vormen onderscheiden:

- *Universele preventie* is gericht op de algemene bevolking of een deel daarvan dat niet geïdentificeerd wordt aan de hand van een specifiek risico. Een interventie is gepast als het voor iedereen wenselijk is en de kosten ervan laag zijn. Bijvoorbeeld een mediacampagne voor de hele bevolking.
- *Selectieve preventie* is gericht op diegenen bij wie het risico op het ontwikkelen van een psychische stoornis aanzienlijk groter dan gemiddeld is, zonder dat die personen al symptomen hebben. Dit kunnen ook mensen uit de omgeving van personen met ADHD zijn.
- *Geïndiceerde preventie* is gericht op individuen die (nog) niet voldoen aan de diagnostische criteria voor een psychische stoornis, maar die al wel verwante symptomen hebben voorafgaand aan definitieve vaststelling van de stoornis. Dit is onder meer van belang voor de groep kinderen onder zes jaar bij wie de diagnose ADHD nog niet definitief kan worden gesteld.
- *Zorggerichte preventie* is gericht op mensen die een psychische aandoening hebben volgens de DSM-IV criteria. Doelen zijn het voorkómen van terugval, herhaling en comorbiditeit. Zorggerichte interventies kunnen ook gericht zijn op de mensen in de directe omgeving van degenen met een stoornis.

Er kan onderscheid gemaakt worden tussen *GGZ preventie* en *geestelijke gezondheidsbevordering*. Geestelijke gezondheidsbevordering gaat primair om het versterken van de geestelijke gezondheid van mensen, bijvoorbeeld door het vergroten van hun competentie in het omgaan met problemen, het versterken van sociale steunstructuren, of het bevorderen van een positief zelfbeeld. Het lijkt daarmee op universele preventie, maar mist de gerichtheid op het voorkómen van ernstige psychische problemen die universele preventie gemeen heeft met de andere vormen van GGZ preventie (1).

B Wat is de plaats van preventie in een basisprogramma ADHD?

In dit basisprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen worden zowel het preventieve aanbod, de vroegtijdige signalering, de hulpverlening in de eerste lijn en de hulpverlening in de gespecialiseerde jeugd-GGZ beschreven. Dit sluit aan bij het in de inleiding beschreven model, waarin de geestelijke gezondheid en daarmee ook de geestelijke gezondheidszorg als een continuüm beschouwd worden.

Risico- en beschermende factoren

GGZ preventie werkt volgens de risicobenadering: interventies zijn bedoeld om risicofactoren te verminderen of beschermende factoren te vergroten.

In de literatuur worden met name genetische en biologische risicofactoren genoemd voor het ontstaan van ADHD (4). De risicofactoren voor aard en ernst van de symptomen zijn een combinatie van sociale, biologische en psychische factoren. Sommige van deze factoren zijn te beïnvloeden via interventies. Andere zijn niet te beïnvloeden, maar helpen wel inzicht te geven in de groepen met een verhoogd risico.

Bij wie komt ADHD voor?

Hieronder worden de belangrijkste risicofactoren en risicogroepen voor ADHD genoemd, geordend volgens het Dynamisch Stress Kwetsbaarheidmodel (DSK) (24).

Geslacht en leeftijd

ADHD komt meer voor bij jongens dan bij meisjes. In bevolkingsonderzoeken wordt gevonden dat twee á drie maal zoveel jongens als meisjes ADHD hebben, terwijl bij kinderen die in behandeling zijn het aantal jongens zelfs vijf maal groter is dan het aantal meisjes (13). Bij volwassenen met ADHD ligt deze verhouding meer gelijk (19).

Individuele kwetsbaarheid

- Onderzoek onder tweelingen, geadopteerde kinderen en hun gezinnen heeft aangetoond dat erfelijkheid een belangrijke rol speelt bij het ontstaan van ADHD (25) (26) (27).
 - Verschillen tussen kinderen in hyperactiviteit, impulsiviteit en concentratiezwakte berusten vooral op erfelijke factoren (13) (28).
 - Van de kinderen van ouders met ADHD krijgt de helft ook ADHD (29).
 - Broertjes en zusjes van een kind met ADHD hebben drie tot vijf maal zoveel kans om zelf de stoornis te krijgen als andere kinderen (13).
 - Bij kinderen met neven en nichten met ADHD is die kans twee maal zo groot (13).
- Het onderzoek naar de specifieke genen die de kans op ADHD verhogen heeft tot nu toe niet geresulteerd in consistente uitkomsten. Wel zijn er aanwijzingen dat enkele genen die samenhangen met de dopamine-stofwisseling in de hersenen, mogelijk een rol spelen in het ontstaan van ADHD (25).
- Enkele van de voorste delen van de hersenen zijn bij kinderen met ADHD gemiddeld drie tot elf procent kleiner dan bij andere kinderen (30) (31) (32). Ook zijn er aanwijzingen dat de hersenactiviteit van mensen met ADHD in bepaalde hersendelen minder is dan bij anderen (13) (33) (34).
- Kinderen lopen meer kans op ADHD als hun moeder tijdens de zwangerschap hoge bloeddruk had, overmatig rookte (35) (36) of veel dronk (37).
- Kinderen die te vroeg worden geboren (38) met een te laag geboortegewicht (39), lopen meer kans op ADHD.²⁸
- Hoewel er weinig onderzoek is verricht naar het voorkomen van ADHD bij kinderen met een verstandelijke handicap wordt ervan uitgegaan dat ADHD bij deze bevolkingsgroep tenminste net zoveel voorkomt (9) (40). Uit recent Nederlands onderzoek op scholen voor kinderen met een lichte verstandelijke handicap blijkt de kans op ADHD zelfs twee maal groter dan die bij kinderen zonder handicap (41).
- Er zijn aanwijzingen dat bij kinderen met een verstandelijke handicap het aantal meisjes met ADHD in verhouding groter is (42).
- In Nederland wordt ADHD bij allochtonen nauwelijks vastgesteld of behandeld. Het is niet waarschijnlijk dat ADHD bij allochtonen minder voorkomt. Waarschijnlijk wordt het bij hen minder opgemerkt door de taalbarriere en culturele verschillen. Mogelijk zijn de diagnostische criteria voor allochtone kinderen minder goed bruikbaar.
- Er bestaan tussen culturen geen grote verschillen in het vóórkomen van aandachtsproblemen (43).

Omgevingsinvloeden

De omgeving heeft geen grote invloed op het ontstaan van ADHD, mogelijk wel op het voortduren ervan.

- In veel gevallen is een chaotische gezinssituatie het gevolg van ADHD bij een van de ouders. Het is dan niet goed mogelijk de afzonderlijke invloed van erfelijkheid en omgeving te bepalen.
- Negatieve gezinsomstandigheden vergroten de kans op het voortduren van ADHD (44).
- Bepaalde factoren in de omgang tussen ouders en kind - zoals agressie of het ontbreken van discipline, communicatie en 'coping' - kunnen de kans op het voortduren van ADHD vergroten (45) (46) (47).
- Onder jeugddelinquenten komt ADHD veel voor. Ongeveer 25% van hen heeft een niet-herkende ADHD (48) (9). (Doreleijers, T, 1998; Gezondheidsraad, 2000). Dat wil overigens niet zeggen dat ADHD in alle gevallen de oorzaak was van hun criminele gedrag. Er bestaat geen eenduidig en rechtstreeks verband tussen ADHD en criminaliteit. Het zijn vooral de bijkomende gedragsstoornissen en verslavingsproblemen die de kans op criminaliteit verhogen (49).

Vroege signalering van ADHD

Signalering is het proces waarbij ouders/verzorgers en leerkrachten, vaak in samenspraak met de huisarts of de arts Jeugdgezondheidszorg (JGZ) bepaalde problemen in de ontwikkeling of het functioneren opmerken. Bepaalde kenmerken in het gedrag van het kind worden als opvallend beoordeeld en doen vermoeden dat deze kenmerken interfereren met de normale cognitieve, sociaal-emotionele en/of didactische ontwikkeling. Signalering betekent dus 'probleemsignalering', met name op jonge leeftijd, en zal nog weinig specifiek zijn ten aanzien van de ADHD-kenmerken.

Bij de vroege signalering van probleemgedrag is een aantal factoren van belang. In het algemeen lijkt het essentieel om zo vroeg mogelijk in de ontwikkeling de eerste signalen van probleemgedrag (zoals ADHD kenmerken) te registreren. Men dient zich echter wel te realiseren dat op jonge leeftijd specifieke ADHD-symptomen moeilijk te onderscheiden zijn van normale ontwikkelingsverschijnselen. Moeite met de aandachtsregulatie, afleidbaarheid, hyperactiviteit en impulsiviteit zijn op bepaalde momenten, bijvoorbeeld in de peuter- en kleuterleeftijd, volstrekt normale observaties. Ook stressvolle of ingrijpende gebeurtenissen en hechtingsproblemen kunnen tot gevolg hebben dat ADHD-achtige gedragskenmerken ontstaan die van ADHD onderscheiden moeten worden. Signalering houdt op die jonge leeftijd in dat er een grote mate van weging moet worden toegepast op het geobserveerde gedrag. Essentieel is ook het uitsluiten van somatische en omgevingsinvloeden.

De betrouwbaarheid van de ADHD-diagnose neemt sterk toe na het vijfde levensjaar (zie hoofdstuk 2B).

Daarbij is het een voordeel als het kind naar school gaat, want de over het algemeen redelijk gestructureerde schoolsituatie is een goede mogelijkheid om het gedrag van het kind te observeren en te vergelijken met dat van andere kinderen. Een aantal factoren lijken van bijzonder belang bij de signalering van ADHD-problematiek:

- de mate waarin de ontwikkeling in cognitieve, sociaal-emotionele en didactische zin samenhangt met ADHD-kenmerken,
- de mate waarin de geobserveerde aandachtsregulatieproblemen, hyperactiviteit en impulsiviteit passend zijn bij het algehele ontwikkelingsstadium waarin het kind zich bevindt.

Kinderen met een ADHD-classificatie (volgens de DSM) ontwikkelen doorgaans eerst de symptomen, en vertonen het disfunctioneren op basis van deze symptomen pas tweeënehalf jaar later (Gunning, 2003) (7). Het verdient uit oogpunt van vroegsignalering aanbeveling dat ouders/verzorgers, leerkrachten en hulpverleners in de (jeugd)gezondheidszorg goed op de hoogte zijn van kenmerken die horen bij de diagnose ADHD (4).

C Regionaal bepaalde aspecten

Wie biedt GGZ preventie aan?

Er zijn verschillende instellingen actief bij GGZ-preventie.

- Vanuit de regionale (ambulante) GGZ-instellingen worden diverse preventie-activiteiten aangeboden. In de meeste instellingen is een aparte afdeling preventie aanwezig, die zowel samenwerkt met de curatieve afdelingen als met andere organisaties, zoals de Jeugdgezondheidszorg en de afdeling kindergeneeskunde in algemene ziekenhuizen. In steeds meer regio's wordt het preventieaanbod in samenwerking met het onderwijs aangeboden. De preventie-activiteiten van de jeugd-GGZ betreffen met name de selectieve, geïndiceerde en zorggerichte preventie.
- Voor de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) liggen er taken op het terrein van de collectieve preventie en daarmee ook voor de preventie van psychische problemen. Een deel van deze activiteiten is via thuiszorg-organisaties gericht op kinderen in de leeftijd van 0 – 4 jaar. De GGD-en verrichten deze taken voor de schoolleeftijd (arts Jeugdgezondheidszorg). Hiermee wordt een groot percentage van de bevolkingsgroep 0 – 19 jarigen bereikt.
- Het Algemeen Maatschappelijk Werk heeft in een aantal regio's een taak in de GGZ-preventie en biedt onder andere groepsactiviteiten aan. Het AMW is een laagdrempelige voorziening waar mensen zonder verwijzing en zonder kosten terecht kunnen. De aanleiding voor de hulpvraag kan naast het probleem van het kind een combinatie van praktische en psychische of sociale problemen zijn.

Interventie mogelijkheden voor ADHD bij kinderen en jeugdigen

De Landelijke Steunfunctie Preventie (www.lsp.nl), ondergebracht bij het Trimbos-instituut, beschikt over een databank en helpdesk ten behoeve van beleidsmakers, onderzoekers en de praktijk. Vanuit de Landelijke Steunfunctie Preventie heeft de 'Landelijke werkgroep Preventie van externaliserend gedrag bij kinderen en jeugdigen' een overzicht gemaakt van het aanbod van preventieve interventies. Zij constateren een groeiend aanbod van interventies voor kinderen met druk gedrag. Steeds vaker ook worden de preventieve interventies op effectiviteit onderzocht.

Interventies gericht op het beïnvloeden van de risicofactoren en beschermende factoren voor ADHD bij kinderen en jeugdigen kunnen zoals gezegd op vier niveaus uitgevoerd worden:

- *Universele preventie*
- *Selectieve preventie.*
- *Geïndiceerde preventie*
- *Zorggerichte preventie*

Bij de activiteiten zijn verschillende doelgroepen te onderscheiden:

- *kinderen die (een verhoogd) risico lopen* gedragsstoornissen te ontwikkelen (de eigenlijke doelgroep);
- *mantelzorgers*: ouders, familieleden en andere belangrijke personen in de directe omgeving van het kind, waaronder ook personen van sport- of vrijetijdsverenigingen.
- *intermediaire doelgroepen*: personen die vanwege hun werkzaamheden te maken hebben met kinderen met ADHD of een verhoogd risico daarop, zoals huisartsen, medewerkers in de thuiszorg, algemeen maatschappelijk werkers, jeugdartsen, onderwijsmedewerkers.

Interventies op het niveau van universele en selectieve preventie

Uit de risicofactoren die hierboven beschreven staan, blijkt dat er maar weinig beïnvloedbare specifieke factoren aan te wijzen zijn die het risico op het ontwikkelen van ADHD bepalen. De interventies die preventief ingezet kunnen worden zijn daardoor vooral algemeen van aard en gericht op omgangs- en omgevingscondities.

Lettend op die voornoemde risico- en beschermende factoren zijn er niettemin enkele belangrijke aangrijpingspunten die geschikt lijken voor universele en selectieve preventie, gericht op de einddoelgroep:

- Bevorderen van individuele copingstijlen
- Bevorderen van de cognitieve en sociale competentie
- Bevorderen van sociale participatie
- Specifieke ondersteuning voor ouders en leerkrachten

Daarnaast kunnen ook algemene interventies gericht op het verbeteren van leefomstandigheden (gezonde school, gezonde wijk en stad, positief gezinsklimaat) bijdragen aan het verminderen van het risico op klachten bij ADHD. Ook kan preventie van roken en alcoholgebruik bij zwangeren een positieve bijdrage leveren.

Interventies op het niveau van geïndiceerde preventie

Activiteiten voor intermediairen

Zoals elders beschreven worden niet alle kinderen met ADHD als zodanig herkend door de hulpverleners met wie zij contact hebben. Door de symptomen of klachten in een vroeg stadium te signaleren, kan er eerder een passende interventie worden aangeboden om verergering van de klachten te voorkomen. Vanuit de GGZ-instellingen wordt deskundigheidsbevordering georganiseerd voor eerstelijns werkers en onderwijskrachten om de signalering van ADHD bij kinderen en jeugdigen te verbeteren. Daarnaast bestaan er diverse trainingen voor begeleiders van het laagdrempelige cursusaanbod dat hieronder beschreven wordt.

Cursusaanbod voor ouders en/of kinderen

Er zijn veel (nog niet op effectiviteit onderzochte) preventieve interventies rond ADHD, gericht op kinderen met ADHD of hun ouders.

- Uit de databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nederlands Jeugd Instituut komt één goed onderbouwde (maar nog niet in de praktijk op effectiviteit onderzochte) interventie naar voren. Het gaat om een oudercursus van zes bijeenkomsten voor ouders van drukke kinderen (breder dan ADHD dus). De cursus is erop gericht ouders inzicht te geven in het drukke gedrag van hun kind, op het vergroten van hun zelfvertrouwen en het versterken van hun draagkracht. De interventie heet “Drukke kinderen” (of ook wel “Druktemakers”) en wordt in verschillende regio’s door GGZ-preventieafdelingen uitgevoerd. De locatie van de cursus is op school of in een basisvoorziening in de buurt of stad.
- Daarnaast loopt er op dit moment in Nederland een pilot van een deel van het (Australische) Triple-P project (Positief Pedagogisch Programma). Dit programma richt zich op het voorkomen en verminderen van (ernstige) emotionele en gedragsproblemen bij kinderen door kennis, vaardigheden en het zelfvertrouwen van ouders te versterken. De pilot richtte zich specifiek op ouders met specifieke zorgen over gedrags- en ontwikkelingsproblemen van hun kind en op ouders waarvan het kind ernstige gedragsproblemen vertoont. De interventies richten zich op individuele coaching en training van ouders en een groepsgewijze oudertraining. Uit de eerste onderzoeksresultaten in de pilot blijkt dat het preventieprogramma werkt: het probleemgedrag van de kinderen vermindert en het opvoedingsgedrag van de ouders verbetert. De Triple-P-interventies zijn gebaseerd op eerdere onderzoeken naar gedraginterventies bij gezinnen, waarbij o.a. positieve effecten meetbaar waren op de vermindering van ADHD. De pilot in Nederland (uitgevoerd in regio’s Leiden en ‘s Hertogenbosch) kijkt overigens niet specifiek naar ADHD.
- Verder zijn er verschillende preventieve interventies gericht op kinderen met druk gedrag en hun ouders. Deze worden regionaal worden uitgevoerd door GGZ-aanbieders of anderen (bv. de Jeugdgezondheidszorg), veelal in samenwerking met het onderwijs, zoals:
 - *Alles kidzz* (voor kinderen) en *Als een tornado door het huis* (voor ouders); Reinier van Arkel – ‘s-Hertogenbosch
 - *Koen, een druktemaker* (website en boekje voor hyperactieve kinderen met impulsief en opstandig gedrag); Reinier van Arkel – ‘s Hertogenbosch
 - *Minder ruzie* (kinderen van 8 – 13 jaar); De Jutters – afdeling Preventie, Den Haag

- *Een druk en opstandig kind? Zelf aan de slag!* (ouders van drukke en opstandige kinderen (4-12 jaar); Indigo (preventie Altrecht) te Zeist
- *Druktemakers* (Kinderen met druk, impulsief en/of oppositioneel opstandig gedrag en hun ouders en/of (beroeps)opvoeders); de Gelderse Roos – Rivierenland/Tiel

Deze cursussen richten zich overigens niet specifiek op preventie van problemen rond ADHD. Daarnaast zijn ze ook nog niet goed onderzocht op hun effectiviteit.

- Bij GGNet in de regio Achterhoek en de Liemers worden twee preventieve interventies uitgevoerd die zich wel specifiek richten op kinderen met ADHD (of druk gedrag).
 - *Druktemakers 0-4 jaar* – de interventies richten zich vooral op secundaire preventie: bevorderen dat (te) druk en opstandig gedrag van kinderen en opvoedingsproblemen hiermee eerder worden herkend, dat er passende (vroegtijdige) ondersteuning en begeleiding is en dat er waar nodig adequaat verwezen wordt; de interventies richten zich op ouders en beroepsgroepen (mn. consultatiebureaus en leiding dagopvang en peuterspeelzalen),
 - *Druktemakers 4 – 12 jaar* – ook hier richten de interventies zich op secundaire preventie en richten de activiteiten zich op ouders en beroepsgroepen (ouders, basisonderwijs, GGD-en, huisartsen en leiding buitenschoolse opvang).

Deze interventies baseren zich op gedegen wetenschappelijke kennis, maar ze zijn nog niet gedegen getoetst op hun effectiviteit in de praktijk. Wel is onderzoek gedaan naar de satisfactie onder de gebruikers. Het voorgaande betreft een momentopname. Voor een up-to-date overzicht van het preventie-aanbod op dit terrein wordt verwezen naar de website van het Nederlands Jeugdinstituut en de website van het Trimbos-instituut (zie H. 10).

Zorggerichte preventie interventies

Supportgroepen/Lotgenotencontact

Onder supportgroepen (in Nederland meestal lotgenotencontact genoemd) worden alle vormen van steun verstaan die mensen met eenzelfde problematiek elkaar bieden. Dat kan enerzijds in groepen gebeuren (zelfhulpgroepen, gespreksgroepen, ontmoetingsgroepen, internetgroepen) en anderzijds kan het gaan om een-op-een contacten, bijvoorbeeld door middel van telefonische hulpdiensten (o.a.via de Landelijke Vereniging Balans). Centraal staan de onderlinge herkenning en steun en uitwisseling van ervaringskennis.

Terugvalpreventie

Om de kansen op een terugval of toename van de symptomen te verkleinen, verdient terugvalpreventie de aandacht. Terugvalpreventie kan de vorm krijgen van terugkomaafspraken en gedragstherapeutische interventies in de laatste behandelfase. Deze zijn dan gericht om de aangeleerde vaardigheden op de langere termijn te behouden. Ook periodieke contacten, in de vorm van telefoongesprekken en het verstrekken van schriftelijk materiaal, kunnen daarbij behulpzaam zijn.

Activiteiten voor mantelzorgers

Het dagelijks leven van familieleden en anderen in het systeem rond een kind met ADHD (onder meer binnen het onderwijs) kan door de ADHD van het kind sterk beïnvloed worden. Voor deze personen worden informatiebijeenkomsten of cursussen georganiseerd door verschillende regionale GGZ-instellingen en is schriftelijk en digitaal voorlichtingsmateriaal beschikbaar. Hierbij kan het zowel gaan om het helpen van familieleden en anderen om beter met het kind met ADHD om te gaan, maar ook om (psychische) gezondheidsproblemen bij de mantelzorgers te voorkomen.

Hoofdstuk 6 Indicatiestelling en zorgtoewijzing

Indicatiestelling en zorgtoewijzing

“Het zorgproces omvat de volgende fasen:

intake, diagnostiek, indicatiestelling, opstellen, bewaken en bijstellen van het behandelplan en behandeling.”

- A** Indicatiestelling en zorgtoewijzing in zorgprogramma's
- B** Hoe verloopt de indicatiestelling en zorgtoewijzing in het basisprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen
- C** Nadere diagnostiek

A Indicatiestelling en zorgtoewijzing in zorgprogramma's

Indicatiestelling en zorgtoewijzing gebeuren door het selecteren en aanbieden van activiteiten en modules die aansluiten op wat de hulpvrager wenst en op wat de hulpverlening als doelen heeft gesteld. In een zorgprogramma dient beschreven te worden via welke route de cliënt bij zijn behandelaar terecht komt. Daartoe behoort ook een beschrijving van de stappen die genomen zijn om tot de uiteindelijke behandeling te komen. Dit basisprogramma 'start' op het moment dat er een vermoeden van de aanwezigheid van ADHD bestaat. Dat zal over het algemeen in de eerste lijn zijn. De beschrijving van de indicatiestelling en zorgtoewijzing in dit basisprogramma begint daarom ook in de eerste lijn.

In de tweedelijns GGZ doorloopt de hulpvrager in veel gevallen twee programma's: een 'voordeurprogramma' en het eigenlijke hulpverleningsprogramma. Het zorgprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen beschrijft dan niet altijd het hele indicatieproces, maar er dient wel te worden beschreven via welke weg kind en ouders in het programma terechtkomen.

Wat betreft indicatiestelling en zorgtoewijzing gaat het om de volgende stappen.

Poort/voordeur:

- aanmelding
- onderzoek in de eerste lijn
- behandeling in de eerste lijn
- eventueel verwijzing voor consultatie/diagnostiek
- onderzoek in de tweedelijns
- terug naar behandeling in de eerste lijn
- eventueel verwijzing naar andere disciplines in de eerste lijn of de tweede lijn voor behandeling
- advies om in een specifiek programma in te stromen
- bespreking van dat advies met ouders en kind
- toewijzing aan een van de specifieke programma's

Binnen het specifieke programma:

- specifieke indicatiestelling
- behandelplan opstellen
- zonodig specifiek behandelplan opstellen

Deze stappen zijn in vier fasen samen te vatten:

1. Aanmelding en/of intake;
2. Indicatiestelling;
3. Zorgtoewijzing en opstellen van het behandelplan;
4. Bewaken en bijstellen van het behandelplan.

Niet iedere cliënt doorloopt al deze stappen en niet altijd is een en dezelfde hulpverlener bij alle stappen betrokken. Bovendien zullen in de eerste lijn de stappen meestal niet zo duidelijk van elkaar te onderscheiden zijn. In de praktijk komt de diagnose gefaseerd tot stand in vervolg op de signalering en de concrete aanmelding.

B Hoe verloopt de indicatiestelling en zorgtoewijzing in het basisprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen?

Fase 1 Aanmelding en intake

Na aanmelding verzamelt de hulpverlener informatie over de cliënt en de problematiek om zo de aard en de ernst van de stoornis te bepalen. Op basis van een gesprek en zo nodig verdere diagnostiek stelt de hulpverlener een voorlopige diagnose.

De doelgroep kinderen met ADHD is relatief groot. Het gaat om de meest gestelde kinderpsychiatrische diagnose. Tijdig signaleren en diagnostiek is van belang om het disfunctioneren zoveel mogelijk te beperken. Eventuele 'onderdiagnostiek' van ADHD bij het kind in de eerste lijn of jeugdgezondheidszorg kan in belangrijke mate verklaard worden door:

- de presentatie van algemene gedragsklachten door het cliëntsysteem
- de onbekendheid van de cliënt met de diagnose ADHD
- het feit dat de gepresenteerde klachten door aanwezigheid van psychosociale problematiek en/of lichamelijke ziekten begrepen kunnen worden
- de moeite die het hulpverlener en cliëntsysteem soms kost om aanwezige problematiek psychisch of psychiatrisch te benoemen.

In de eerste lijn kan met ouders, opvoeders en het kind zelf de volgende gedragssymptomen worden doorgenomen:

- Onvoldoende aandacht voor details of achteloos fouten maken
- Moeite om de aandacht bij taken of spel te houden
- Niet lijken te luisteren
- Aanwijzingen niet opvolgen of opdrachten niet kunnen afmaken
- Moeite met organiseren van taken
- Vermijden of afkeer hebben van taken die langdurige geestelijke inspanning vragen
- Dingen kwijt raken die nodig zijn voor taken
- Gemakkelijk afgeleid worden
- Vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden.

De kenmerken van *hyperactiviteit* zijn:

- Onrustig bewegen met handen en voeten of draaien op zijn of haar stoel
- Opstaan als zitten blijven verwacht wordt
- Rondrennen of overal op klimmen als dit ongepast is
- Moeilijk rustig kunnen spelen of ontspannende activiteiten uitvoeren
- In de weer zijn of maar doordraven
- Aan een stuk door praten.

De kenmerken van *impulsiviteit* zijn:

- Het antwoord eruit gooien voordat de vragen afgemaakt zijn
- Moeite hebben met op de beurt wachten
- Verstoren van bezigheden van anderen.

Bovenstaande symptomen als rusteloosheid, impulsiviteit en gebrek aan concentratie komen bij veel kinderen in verschillende gradaties voor. De diagnose ADHD is op te vatten als dat deel van een continuüm, waarbij er naast deze symptomen ook sprake is van duidelijke beperkingen (6).

Binnen de eerste lijn kan aan kinderen met druk gedrag, impulsiviteit of concentratieproblemen advies en begeleiding worden geboden door de huisarts, de maatschappelijk werker sociaal psychiatrisch verpleegkundige of de eerstelijns psycholoog. Door middel van opvoedingsondersteuning en/of een preventieprogramma “druk gedrag” kan dan geprobeerd worden de gedragsproblemen te normaliseren. Ook de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en het onderwijs kunnen extra ondersteuning bieden.

Kinderen met ADHD zonder comorbiditeit die redelijk functioneren in de dagelijkse situatie worden in de eerste lijn behandeld. Voor ouders is psycho-educatie aangewezen door de eerste lijn of via patientenorganisaties. Wanneer behandeling in de eerste lijn niet toereikend blijkt, is behandeling in de tweede lijn de volgende stap. Het is belangrijk om hier alert op toe te zien. Het gevaar dreigt anders dat men te snel denkt dat het wel weer gaat, terwijl er toch aanzienlijke beperkingen blijven, die in de tweede lijn aangepakt hadden kunnen worden. Op de lange termijn kan het niet signaleren en aanpakken daarvan leiden tot complicaties in relaties, werk, etc. (8).

Er zijn de afgelopen jaren verschillende projecten gestart waarbij de tweedelijns GGZ de eerste lijn ondersteunt, in eerste instantie door middel van het bieden van consultatie in de huisartsenpraktijk. Een veel voorkomende vorm is dat een sociaal psychiatrisch verpleegkundige een aantal uren beschikbaar is voor consultatie binnen de eerste lijn. Ook kan de jeugd-GGZ consultatie bieden aan het onderwijs.

Consultatie of nadere diagnostiek vanuit de tweedelijns GGZ is nodig bij:

- problemen met de diagnostiek
- onvoldoende resultaat van behandeling in de eerste lijn
- ernstige klachten of problemen
- terugkeren van de gedragsproblemen of verhoogde kans op ontwikkelings- of gedragsproblemen
- een andere kinderpsychiatrische stoornis of verdenking hierop: conduct disorder (CD), oppositionele gedragsstoornis (ODD), ticstoornis, hechtingsstoornis of een pervasieve ontwikkelingsstoornis.

De aanmelding voor diagnostiek in de tweede lijn gebeurt doorgaans door de volgende beroepsgroepen of instanties:

- Bureau Jeugdzorg
- arts Jeugdgezondheidszorg (JGZ),
- huisarts
- eerstelijns psycholoog
- leerkracht of begeleider in het onderwijs
- psycholoog Onderwijs Begeleidingsdienst

Om goed te kunnen verwijzen naar de tweede lijn dienen de hulpverleners in de eerste lijn op de hoogte zijn van de verschillende behandelmogelijkheden bij de Jeugd-GGZ en de jeugdzorg door psychologen, psychotherapeuten, kinderartsen en psychiaters. Ook is kennis in de eerste lijn over verwijzingsmogelijkheden naar ondersteunende faciliteiten van de jeugdgezondheidszorg, jeugdzorg en in het (speciaal) onderwijs noodzakelijk.

In de tweede lijn kunnen de GZ-psycholoog, de kinderarts of de kinderneuroloog bij complexe problematiek een kinder- en jeugdpsychiater consulteren voor nadere diagnostiek.

Het gebruik van vragenlijsten

Bij het vaststellen of uitsluiten van de diagnose ADHD kan naast het interview door de professional gebruik gemaakt worden van bestaande vragenlijsten (4).

Volgens de Multidisciplinaire Richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen kunnen de volgende vragenlijsten gebruikt worden:

Screening:

- *Child Behavior Checklist (CBCL) (50) Nederlandse vertaling* voldoet het beste aan de eis van ondersteuning van inventarisatie van klachten en comorbiditeit
- *Child Behavior Checklist-Teacher Report Form (51), NL vertaling* : inventarisatie van problemen op school, door de leerkracht ingevuld.

Aanvullende vragenlijsten indien nodig:

Specifiek voor ADHD-kenmerken:

- *ADHD-Vragenlijst (AVL) (52)*
- *Conners vragenlijst (53)*
- *Revised Rutter Scales (54)*

Voor gedragsstoornissen algemeen:

- *schalen van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (55)*
- *Youth Self Report (YSR) (56)*

Diagnostiek

De diagnostiek wordt in de tweede lijn uitgevoerd door een GZ-psycholoog, kinderarts en/of kinderen jeugdpsychiaters, doorgaans in een multidisciplinair verband. Voor een somatische beoordeling kan beoordeling van een arts worden gevraagd (4). Bij de diagnostiek worden gegevens betrokken van anderen, zoals de eerstelijns, het onderwijs en de Jeugdgezondheidszorg (JGZ).

Het diagnostisch proces richt zich op het in kaart brengen van de aspecten die primair horen bij ADHD; de aard, de ernst en het beloop. Deze aspecten behoren bij ieder kind in kaart gebracht te worden.

Na een aanmeldingsgesprek wordt een brede inventarisatie gemaakt van het probleem op verschillende gebieden (thuis, op school, sociaal) en wordt een profiel van individuele kenmerken van het kind - de sterke en zwakke kanten - opgemaakt (4).

Er zal ook informatie worden ingewonnen uit de verschillende leefmilieus van het kind (school/werk, thuis, sociaal circuit).

Onmisbare middelen voor de klachteninventarisatie zijn:

- interview van de ouders (inventarisatie van klachten en ontwikkelings- en familieanamnese)
- informatie uit het dossier van de Jeugdgezondheidszorg en curatieve zorg
- informatie van de school
- observatie/interview van het kind
- screeningsinstrumenten, zoals gedragsvragenlijsten

Anamnese

Na de klachteninventarisatie informeert de diagnosticus naar de volgende algemene aspecten:

- start en beloop van de klachten
- duur en frequentie van de klachten
- ernst van de klachten, mate van lijdensdruk bij het kind en/of het gezin
- situaties waarin klachten optreden
- begeleidende symptomen zoals concentratieproblemen, prikkelbaarheid, slaapproblemen etc.
- hulpverleningsgeschiedenis
- lichamelijke klachten, gezondheid, medicijngebruik

Ook moeten aan de volgende aspecten aandacht besteed worden:

- Subtypen van ADHD, zoals aandachtsproblemen zonder hyperactiviteit en impulsiviteit en hyperactiviteit en impulsiviteit zonder aandachtsproblemen.
- Ontwikkelingsgerelateerde aspecten
- Opvoedingsvaardigheden van ouders en de ideeën van ouders over opvoeden
- Motivatie van de ouders en het kind om met behandeling te starten.

Somatisch onderzoek

Er is een groot aantal somatische aandoeningen die ADHD-kenmerken kunnen veroorzaken of samen met een ADHD-beeld kunnen voorkomen (4).

Wanneer hiervoor aanwijzingen bestaan, is somatisch onderzoek noodzakelijk.

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

Fase 2: Indicatiestelling

Bij de indicatiestelling volgend op de diagnostiek zijn de volgende aspecten van belang:

- De ernst van de ADHD-verschijnselen wordt bepaald en hierbij wordt overwogen of andere verwijzingen noodzakelijk zijn.
- De koppeling van het hulpaanbod op de individuele hulpvraag staat centraal.
- Het aanbod dient te bestaan uit een pakket van activiteiten en behandelingen dat alles bevat wat voor het kind en het systeem nodig is.
- De indicatiestelling hoort vraaggericht, objectief, onafhankelijk en geïntegreerd plaats te vinden. Het kind en de opvoeders moet in staat worden gesteld om op de indicatie invloed uit te oefenen, waar dat mogelijk en gewenst is.

Voorlichting en service aan het cliëntsysteem zijn heel belangrijk tijdens het eerste contact met de hulpverlener. De hulpverlener die de indicatiestelling uitvoert, moet naast de nodige contactuele vaardigheden over voldoende globale kennis van de sociale kaart en de hulpmogelijkheden beschikken om het cliëntsysteem goed te kunnen 'doorgeleiden' naar een bepaald programmaonderdeel.

Fase 3: Zorgtoewijzing en behandelplan

Na het kiezen van een behandelingsoptie en toewijzing aan een behandelaar of team stelt de hulpverlener het behandelplan op. Bij de invulling vindt overleg en onderhandeling plaats tussen cliëntsysteem en behandelaar over een specifiek pakket van zorg dat aansluit op de mogelijkheden en wensen van kind en ouders enerzijds en de opvattingen over goed hulpverlenerschap anderzijds. De uitkomsten van de bovenstaande analyses zijn nodig voor de samenstelling van het individuele behandelplan. Ook worden de behandeldoelen geëxpliciteerd. Een ander belangrijk aspect is dat het cliëntsysteem pas kan instemmen met een behandelplan, als het voldoende over de stoornis is geïnformeerd én de stoornis onderkent.

In het behandelplan wordt aangegeven wie van welke modules en activiteiten gebruik gemaakt, en van de duur en frequentie van de behandeling.

Op het moment dat het cliëntsysteem en behandelaar instemmen met het behandelplan spreekt men van een behandelingsovereenkomst. Wettelijk is dit geregeld via de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Bij ambulante behandelingen gebeurt dit meestal op basis van mondelinge overeenstemming, maar deze overeenstemming kan ook schriftelijk vastgelegd en ondertekend worden. Bij kinderen in een semi- of intramurale setting heeft het de voorkeur dat de behandelingsovereenkomst door zowel het cliëntsysteem als de verantwoordelijk behandelaar wordt ondertekend.

Fase 4: Bijstelling en bewaking van het behandelplan

Op afgesproken momenten in de behandelovereenkomst wordt de behandeling geëvalueerd. Afhankelijk van het beloop van de problematiek wordt vervolgens besloten over te gaan op andere behandelvormen, meer intensieve zorg of om het contact met de cliënt af te bouwen.

Aangezien ADHD een chronische aandoening is bestaat de kans op terugval na één of meerdere jaren. Deze terugval wordt meestal veroorzaakt door veranderde situaties, zoals veranderingen in het gezin of de overgang naar het voortgezet onderwijs. Meestal zijn enkele gesprekken voldoende. Ook goede voorlichting aan scholen kan een snelle terugverwijzing bevorderen bij nieuwe hulpvragen van het kind met ADHD of de opvoeders.

C Nadere diagnostiek

Bij een deel van de kinderen met ADHD is hiermee de het proces van indicatiestelling en zorgtoewijzing voltooid. Er is echter een groep kinderen bij wie verdere diagnostische activiteiten nodig zijn om tot een goed behandelplan te kunnen komen. Welke activiteiten dat zijn en in welke mate ze uitgevoerd moeten worden verschilt per kind.

Nadere aspecten worden zonodig onderzocht en uitgevraagd in vier diagnostische gebieden:

- I Aanvullende psychiatrische en/of psychologische diagnostiek
- II Somatische diagnostiek
- III Orthodidactisch en (neuro)psychologisch onderzoek
- IV Sociale diagnostiek

I Aanvullende psychiatrische en/of psychologische diagnostiek

Aanvullende psychiatrische diagnostiek kan plaatsvinden wanneer er sprake is van:

- psychiatrische co-morbiditeit zoals reactieve hechtingsstoornis, een angststoornis, stemmingsstoornis, pervasieve ontwikkelingsstoornis
- middelenmisbruik of verslaving - ook betreffende medicijnen - bij jeugdigen
- onvoldoende differentiatie tussen ADHD en /of comorbiditeit ODD en CD

Een psychologisch onderzoek kan geïndiceerd zijn bij twijfel over de cognitieve mogelijkheden van een kind, bij overvraging, bij verdenking van specifieke (bv. organische) afwijkingen. Eventueel ook bij onvoldoende respons op de behandeling.

Ook kan nader psychologisch onderzoek naar de persoonlijkheidsontwikkeling gedaan worden. In het onderzoek wordt informatie verzameld over:

- Persoonlijkheidskenmerken als: ik-sterkte, temperamentfactoren, emotionele huishouding, copingvaardigheden en afweermechanismen
- Huidige en vroegere interpersoonlijke relaties (steun, hechting, opvoeding, rollen, conflicten tekorten)
- Behandelingsgeschiedenis, zowel van de psychosociale begeleiding/behandeling met betrekking tot het kind als (psychotherapeutische) behandeling van het kind zelf.

Ook kan een systeemonderzoek zijn geïndiceerd (zie IV Sociale Diagnostiek)

II Somatische diagnostiek

Standaard moet een somatische anamnese afgenomen worden. Mogelijk is dit al gebeurd in eerdere fasen van de diagnostiek (bijvoorbeeld door de Jeugdgezondheidszorg)

Diverse lichamelijke aspecten en aandoeningen kunnen symptomen geven die op ADHD lijken:

- zintuiglijke stoornissen
- epilepsie
- specifieke stoornissen in de frontale cortex (bloeding, infectie, neoplasma),
- endocrinologische stoornissen (hyperthyreoïdie (te hard werkende schildklier), G6PD-deficiëntie, fenylketonurie (erfelijke stofwisselingsstoornis)
- intoxicaties (middelengebruik)
- bijwerkingen van medicatie (bv. bronchodilatantia, en anti-epileptica).

Daarnaast wordt ADHD wel gezien in combinatie met aangeboren afwijkingen.

Specialistisch medisch onderzoek

Specialistisch medisch onderzoek moet overwogen worden op basis van de resultaten van de medische screening. Alleen indien er een indicatie voor is, kan aanvullend somatisch/medisch onderzoek zoals bloedonderzoek, EEG of MRI plaatsvinden met als doel het vaststellen of uitsluiten van onderliggende medische problemen.

III Orthodidactisch en (neuro)psychologisch onderzoek

Orthodidactisch onderzoek, inclusief eventueel intelligentieonderzoek:

Bij ADHD bestaat een grotere kans op leerproblemen. Orthodidactisch onderzoek kan behulpzaam zijn bij het bepalen van de invloed van de ADHD-problematiek op de leervorderingen. Informatie over het didactische niveau kan worden verstrekt door de school, of via onderzoek door een onderwijsbegeleidingsdienst. Onderzoek naar de didactische vorderingen en onderliggende problematiek kan in de tweede lijn plaatsvinden als hiervoor een indicatie bestaat. Orthodidactisch onderzoek en (neuro)psychologisch onderzoek worden vaak samen uitgevoerd (4).

In neuropsychologisch onderzoek beperkt men zich tot gedragsobservaties met betrekking tot specifieke functies, waarvan men weet dat deze gerelateerd zijn aan hersen(dis)functies.

- cognitieve vaardigheden en functies, zoals: intelligentie, aandachtsregulatie, geheugen, de planning en de gedragsregulatie/executieve functies, waaronder impulsiviteit,
- secundaire aspecten van ADHD, zoals motivatie en sociaal en emotioneel functioneren,
- belemmeringen t.a.v. het leerproces,
- vinden van gerichte aanwijzingen voor de aanpak van leerproblemen en gedragsproblemen.

IV Sociale diagnostiek

Doel van de sociale diagnostiek is het in kaart brengen van de sociale aspecten van het cliëntsysteem. Het in kaart brengen van onder meer de verhouding draagkracht-draaglast in het gezin en van eventuele sociale beperkingen is van belang.

■ Biografische anamnese

Specifieke aandacht verdient het onderzoek naar de gezinssituatie, levensgebeurtenissen, stressfactoren en culturele factoren die van invloed kunnen zijn op het optreden van de ADHD-symptomen, evenals het familiair voorkomen van ADHD.

■ Systeem onderzoek

Het is noodzakelijk om de invloed en de gevolgen van de vaak ingrijpende gedragsklachten van het kind op het systeem en de sociale context te wegen. De invloed kan tweezijdig worden beoordeeld: zowel de reactie van het gezin naar de sociale omgeving als die van het steunsysteem of de sociale omgeving in de richting van het gezin.

Bovendien is het nodig om te onderzoeken hoe systeemfactoren de klachten in stand houden. Vaak heeft het systeem 'geleerd' op compenserende wijze te gaan functioneren door zich van het sociale leven te distantiëren of is het gezin geïsoleerd geraakt doordat de omgeving zich distantiëert.

Systeemonderzoek kan zich richten op de volgende onderdelen:

- Steunsysteem van het gezin,
- Gevolgen binnen het gezin: voor ouders, respectievelijk broers en zussen,
- Een gedetailleerd beeld van de context van de problematiek, waarbij ook de visie van gezinsleden en direct betrokkenen wordt geïnventariseerd,
- Analyse van levensgebeurtenissen, stressfactoren en culturele factoren,
- Nadere gezinsdiagnostiek, indien er aanleiding is om ernstige gezinsproblematiek te veronderstellen als causale factor,

- In verband met de erfelijkheid van de stoornis kunnen de symptomen soms niet alleen bij het kind maar ook bij een of beide ouders voorkomen. Ouders met ADHD kunnen moeite hebben de structuur te bieden die het kind nodig heeft (57),
- Pedagogische vaardigheden en samenwerking tussen ouders,
- Cognities ten aanzien van opvoeden, kinderen en het gedrag van kinderen.

Hoofdstuk 7 Behandelmodules en –activiteiten

Modules en activiteiten

“De kern van een zorgprogramma wordt gevormd door het overzicht van de activiteiten en modules in alle fases in de behandeling van de problematiek: preventie, (acuut) behandelen of begeleiden, stabiliseren, verzorgen, verplegen en beschermen, rehabiliteren en nazorg.”

- A** Behandelmodules en activiteiten in zorgprogramma’s
- B** Behandelmodules en activiteiten in het basisprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen
- C** Module- en activiteiten overzicht

A Behandelmodules en activiteiten in zorgprogramma’s

Een zorgprogramma beschrijft het hulpaanbod zoals dat voor de doelgroep beschikbaar zou moeten zijn. Dus alle modules en activiteiten die nodig en wenselijk worden geacht.

Om programma’s te kunnen organiseren is naast het *wenselijk* aanbod ook een goed overzicht van het *bestaande* aanbod noodzakelijk, en als dat mogelijk is, beschreven in de vorm van modules.

Uitgaande van het wenselijke aanbod kan het zorgprogramma vervolgens ingevuld worden. Dat zal in eerste instantie met het bestaande aanbod gebeuren. Bij het opstellen van het individuele zorgplan kunnen hulpverleners in overleg met cliënten hiaten in het aanbod signaleren. Er zijn een aantal mogelijkheden om deze hiaten in te vullen. Het opzetten van een ontbrekende module zal meestal niet onmiddellijk mogelijk zijn, maar die kan in afwachting van het beschikbaar komen bijvoorbeeld ook bij een andere instelling gevolgd worden. De voorkeur van de cliënt en de organisatorisch (financiële) mogelijkheden bepalen wat de ruimte hiervoor is.

Een *module* bestaat uit een samenhangende bundeling van verschillende activiteiten en is een als zodanig herkenbaar en in tijd en omvang begrensd onderdeel van zorgprogramma’s, waarvoor een specifieke indicatie gesteld kan worden.

Een *activiteit* is een enkelvoudige, afgeronde zorgeenheid, die gebruikt kan worden als bouwsteen in het kader van een zorg- of behandelplan. De afgrenzing tussen activiteit en module is tot op zekere hoogte arbitrair.

De kern van een zorgprogramma wordt gevormd door het overzicht van de activiteiten en modules. Het kan gaan om alle fases in de behandeling van de problematiek: preventie, (acuut) behandelen of begeleiden, stabiliseren, verzorgen, beschermen, rehabiliteren en nazorg.

Voor elke module wordt beschreven:

- Naam van de module,
- Inhoud van de module: doelen, functie(s), activiteiten, locatie, frequentie en duur,
- Indicatie en zo mogelijk een onderbouwing van het niveau van de module: is deze de module de eerste keus binnen de behandeling?
- Ontvangers van de module: betrokken in het cliëntsysteem en de omgeving, indicaties en contra-indicaties,
- Organisatorische en financiële aspecten: betrokken disciplines, voortgangsbewaking, bijstelling en kosten (22).

B Behandelmodules en activiteiten in het basisprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen

Er bestaat een groeiende wetenschappelijke kennis over de behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen. Deze kennis is echter te omvangrijk en te ondoorzichtig om voor hulpverleners in de praktijk direct van nut te zijn. Uit dat grote wetenschappelijke aanbod moet eerst een selectie gemaakt worden. Gelet wordt dan op bijvoorbeeld validiteit van het onderzoek en mogelijkheden voor toepassing in de Nederlandse situatie.

In 2005 is de Multidisciplinaire Richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen verschenen, waarin een selectie van deze kennis gemaakt is. De selectie is vervolgens vertaald naar aanbevelingen voor de hulpverleners die zich met ADHD bij kinderen en jeugdigen bezighouden.

Het basisprogramma wil de hulpverleners tegemoet komen in de vertaalslag van de aanbevelingen uit de richtlijn naar een praktische toepassing.

Hieronder volgt een overzicht van activiteiten en modules die ingezet kunnen worden bij de behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen. Daarbij wordt zoveel mogelijk uitgegaan van de aanbevelingen uit de multidisciplinaire richtlijn ADHD, maar waar nodig worden ook andere bronnen gebruikt. Voor een uitgebreidere opsomming van de kennis over de behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen wordt nadrukkelijk verwezen naar de Multidisciplinaire Richtlijn ADHD (en de andere in dit basisprogramma genoemde bronnen).

Steeds vaker worden zorgprogramma's volgens het stepped-care principe opgesteld.

Kort gezegd is stepped-care het verkiezen van minimale zorg waar mogelijk en intensievere of invasievere⁴ zorg waar nodig, onder de voorwaarde dat dit voordeel oplevert. Volgens een stepped-care behandelwijze wordt de meest effectieve, en tevens de minst intensieve of invasieve interventie die gezien de aard en de ernst van de problematiek mogelijk is (zo dicht mogelijk bij de cliënt), in eerste instantie geprobeerd. Voor cliënten die onvoldoende baat hebben bij deze lichtere behandeling, dus bij uitblijvend behandelresultaat, wordt naar een intensievere aanpak overgestapt. Er is nog geen stepped care model voor de behandeling van kinderen en jeugdigen met ADHD ontwikkeld. En het is nog de vraag in hoeverre een stepped care aanpak bij ADHD mogelijk is. Volgens de Multidisciplinaire Richtlijn ADHD berust de behandeling van ADHD in het algemeen op twee pijlers: medicatie en gedragstherapeutische/psychosociale behandeling, in combinatie gegeven. Alleen bij kinderen met lichte beperkingen kan in eerste instantie ingezet worden op alleen psychosociale interventies. De richtlijn brengt de keuzemomenten en afwegingen voor de inzet van behandelingen schematisch in beeld in een aantal 'beslisbomen'. Dit biedt houvast bij de besluitvorming voor stappen in de behandeling. De beslisbomen zijn weergegeven in bijlage 1.

Bij het opstellen van een regionaal zorgprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen kan op een aantal manieren gebruik gemaakt worden van dit hoofdstuk:

- Bij het schrijven van het onderdeel modules en activiteiten van het regionale zorgprogramma kan gekozen worden uit de opsomming van interventies, op basis van wat voor die regio passend is.
- In de richtlijn kan opgezocht worden of de interventies evidence en/of consensus based zijn. Met andere woorden hoe de huidige stand van de wetenschap rond deze interventies is en of dat ook voor Nederland geldt.

Wat is de Multidisciplinaire Richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen⁵?

Richtlijnen zijn systematisch ontwikkelde stellingen of aanbevelingen om hulpverlener en cliënt te helpen bij het nemen van beslissingen over de meest geschikte of gepaste zorg bij een klinisch probleem. Richtlijnen geven antwoord op de vraag wat wanneer gedaan moet worden, en op basis van welke overwegingen dit wordt aanbevolen. Richtlijnen vatten daarmee de stand van de wetenschap voor een bepaalde stoornis samen en integreren deze met de praktijkkennis van hulpverleners en de ervaringskennis van hulpvragers. Ze geven enerzijds inzicht in wat internationaal bekend is over het betreffende onderwerp en anderzijds hoe er in de praktijk over het probleem gedacht wordt.

De richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen is een zogenaamde multidisciplinaire richtlijn. Dat betekent dat er meerdere disciplines bij de ontwikkeling betrokken zijn geweest. In de richtlijn komen niet alle aspecten van ADHD bij kinderen en jeugdigen aan bod. Voor het opstellen is uitgegaan van zogenaamde 'uitgangsvragen'. Deze uitgangsvragen zijn, naar de mening van de Stuurgroep Richtlijnontwikkeling GGZ en de werkgroep richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen, de best mogelijke weergave van de belangrijkste afwegingen en controversen met betrekking tot ADHD bij kinderen en jeugdigen.

De richtlijn is voor zover mogelijk gebaseerd op onderbouwing uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. De geselecteerde artikelen zijn door de werkgroepleden beoordeeld op kwaliteit van het onderzoek en

⁴ Invasiever wil zeggen dat de zorg meer ingrijpt in het dagelijks leven van de betrokkene.

⁵ De tekst van de multidisciplinaire richtlijn ADHD is geheel digitaal (incl. onderliggende literatuur, etc.) beschikbaar op www.ggzrichtlijnen.nl

gerangschikt naar mate van bewijs. Deze beoordeling wordt kort weergegeven in de conclusie. In de conclusie wordt een niveau aangegeven. Dat staat voor de mate van bewijs. Hierbij is onderstaande indeling gebruikt:

Voor artikelen betreffende: interventie (preventie of therapie)

- A1 systematische reviews die tenminste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn;
- A2 gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde trials) van voldoende omvang en consistentie;
- B gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, cliënt-controle-onderzoek);
- C niet-vergelijkend onderzoek;
- D mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Niveau van de conclusies

- 1 systematische review (A1) of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A1 of A2;
- 2 tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B;
- 3 1 onderzoek van niveau A2 of B of onderzoek van niveau C;
- 4 mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Daarnaast zijn per onderwerp *overwegingen* uitgewerkt, waarin naast wetenschappelijk bewijs, aspecten als cliëntenvoorkeuren, kosten of organisatorisch aspecten aan bod komen. De *aanbeveling* bevat het resultaat van het wetenschappelijk bewijs en de overige overwegingen.

Het Landelijk Basisprogramma ADHD is voor een belangrijk deel gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn ADHD, maar beperkt zich daarbij tot de belangrijkste conclusies. Uitgebreidere informatie over de kennis die er is over de behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen is te vinden in de richtlijn (www.ggzrichtlijnen.nl).

Sleutelschema

In het schema hieronder zijn de mogelijke interventies gezet. Hierin kan opgezocht worden welke evidence based interventies voor welke hulpvrager ingezet kunnen worden. De interventies met een sterretje* in de eerste kolom worden **niet** in de multidisciplinaire richtlijn besproken. De richtlijn behandelt deze niet omdat er geen evidence is dat deze interventies effectief zijn (meestal omdat onderzoek hiernaar nog ontbreekt). In het schema is bovendien met grijs tinten aangegeven wat het niveau van de conclusie over effectiviteit is. Hoe donkerder de grijs tint hoe hoger het niveau van wetenschappelijke onderbouwing voor die interventie.

	ouders/gezin	Kind	leerkrachten / overige opvoeders
Crisisinterventies			
1 Crisis-interventie	X	X	-
Minimale interventies			
2 Psycho-educatie	X	X	X
3 Zelfhulp: oudervereniging, lotgenotencontact, internetinformatie	X	X	-
4 Steunende en structurerende begeleiding	X	X	-
5 Pharmacotherapie	-	X	-
Psychosociale interventies			
6 Gedragstherapie			
A Oudertraining	X	-	-
B Leerkrachttraining			X
7 Cognitieve gedragstherapie, o.a. zelfregulatietraining	X	X	-
8 Sociale Vaardigheidstraining geïndiceerd binnen het kader van systeeminterventie	X	X	-
9* Systeemtherapie	X	X	-
10* Nazorg /terugvalpreventie	X	X	-
Additionele interventies ¹			
11 Motorische interventies	-	X	-
12 Creatieve therapie	-	X	-
13 Supportgroepen / lotgenotengroepen	X	X	-
14 Alternatieve interventies	-	X	-
Semimurale hulp			
15 Daghulp	X	X	-
16 Geïndiceerde logeerverzorging	X	X	-
Interventies buiten de GGZ			
17 Onderwijsbegeleiding	X	X	X
18 Dieetinterventies	-	X	-

C Module- en activiteitenoverzicht

In beknopte beschrijvingen van de interventies is, waar mogelijk, aangesloten bij de beschrijving zoals die in de Multidisciplinaire Richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen staat. Hier is voor gekozen om de eenheid in definities en terminologie te bevorderen. In de blokken onder de beschrijving staat per module of en zo ja, welke conclusies er in de richtlijn over die interventie te vinden zijn.

De behandeling van ADHD berust in het algemeen op twee pijlers: medicatie en gedragstherapeutische/ psychosociale behandeling. De behandelaar kan aan de hand van de richtlijn met betrokken hulpverleners en de cliënt afstemmen hoe en wanneer de twee typen interventies in combinatie worden ingezet. De school speelt een belangrijke rol bij de behandeling. Een goede afstemming tussen hulpverleners, ouders en school is daarom van groot belang.

Crisisinterventie

1. Crisis interventie

Een crisis is gedefinieerd als een snelle verslechtering van de symptomen en/of de directe gevolgen van ADHD bij een kind of jeugdige, waarbij de omgeving (ouders, andere mantelzorgers) niet meer in staat is voldoende opvang te bieden. Crisisinterventie is wel in de richtlijnwerkgroep besproken maar er zijn geen conclusies over geformuleerd. Wel wordt in de richtlijn vanuit patiëntenperspectief geconstateerd dat ouders een groot tekort aan goede crisisopvang signaleren en wordt aanbevolen dat bij crisisopvang hulp geboden wordt vanuit de psychiatrie en de jeugdhulpverlening en niet vanuit justitie.

Richtlijn	Over crisisinterventie zijn geen conclusies geformuleerd
-----------	--

Minimale interventies

2. Psycho-educatie

Het op didactische wijze aanbieden van informatie over de aard van een ziekte of stoornis aan ouders/gezin, kind en/of leerkrachten/overige opvoeders, met als doel attitude- en gedragsverandering te bewerkstelligen. Het is een proces waarin de hulpverlener op weloverwogen en beknopte wijze relevante wetenschappelijke informatie aanbiedt als antwoord op vragen als: "Waarom heb ik (heeft mijn kind) dit probleem?" en "Hoe kan ik (mijn kind) beter worden?". Het is het op een empathische wijze advies en aanbevelingen geven, die logisch voortvloeien uit het denkkader en de wetenschappelijk gefundeerde kennis van de hulpverlener en aansluit bij het denkkader van de cliënt. Psycho-educatie vormt het startpunt van iedere behandeling en bestaat niet alleen uit globale informatie over de stoornis en behandeling, maar besteedt ook aandacht aan achterliggende mechanismen van ADHD, de gevolgen ervan voor het kind en het gezin, de cognities en emoties van ouders omtrent de informatie die gegeven wordt.

Richtlijn	Conclusie Niveau 3 Er zijn aanwijzingen dat goede uitleg over de stoornis en over effecten van behandeling leiden tot realistische verwachtingen bij ouders en vervolgens tot grotere tevredenheid met de behandeling
	Conclusie Niveau 3 Er zijn aanwijzingen dat de acceptatie van behandeling door ouders beter is na het geven van goede informatie
	Conclusie Niveau 4 Het is de mening van experts dat goed geïnformeerde ouders meer baat hebben bij de behandeling.

3. Zelfhulp

Zelfhulp valt onder het overkoepelend begrip van lotgenotencontact, dat alle vormen van steun omvat die mensen met eenzelfde problematiek elkaar bieden. Lotgenotencontact is niet per definitie zelfhulp. Zelfhulp betekent hulpaan elkaar doormensen die eenzelfde probleem hebben, zonder tussenkomst van professionele hulpverleners. In een zelfhulpgroep helpen mensen met eenzelfde probleem elkaar bij het oplossen van dat probleem, vooral door er met elkaar over te praten. Van een geleide zelfhulpgroep wordt gesproken als voor de begeleiding van een dergelijke groep ervaringsdeskundigen worden ingeschakeld. Een zelfhulpboek is een boek dat geschreven is met de bedoeling dat iemand aan de hand daarvan zelf aan het betreffende probleem kan werken.

Richtlijn	Zelfhulp is niet als aparte interventie beoordeeld.
------------------	---

4. Steunende en structurende begeleiding

Steunende-structurende gesprekken zijn gericht op structurering en op ondersteuning bij praktische problemen. In de begeleidingsgesprekken wordt gebruik gemaakt van psychotherapeutische technieken uit de (cognitieve) gedragstherapie, de interpersoonlijke therapie en de directieve therapie. Uitgangspunt vormen de ervaringen en praktische problemen van de cliënt of het cliëntsysteem. Steunende-structurende begeleiding richt zich nadrukkelijk niet op het proberen de basale persoonlijkheid van de cliënt te veranderen. Doelen zijn het verminderen en/of dragelijk maken van de klachten en symptomen van ADHD, om daarmee de ouders en het kind in staat te stellen op een meer adequate wijze in het gezinsleven te functioneren en het kind kans te bieden zich goed te ontwikkelen, zowel binnen als buiten het gezin. Psychoeducatie behoort altijd deel uit te maken van deze begeleiding.

Richtlijn	Steunende /structurende begeleiding is niet als aparte interventie beoordeeld.
------------------	--

5. Farmacotherapie

Bij de behandeling van de kernsymptomen van ADHD wordt het gebruik van stimulantia in kortwerkende of in langwerkende vorm aanbevolen. Stimulantia blijken effectief op de middellange en lange termijn (4). In de richtlijn worden naast stimulantia nog een aantal andere middelen besproken, zoals trycycliche antidepressiva, clonidine, bupropion en atomoxetine⁶. In de klinische praktijk lijkt atomoxetine inmiddels een plek te verwerven als middel van tweede keus. (4).

⁶ De basis voor de richtlijn is gelegd in 2004 en 2005. Sindsdien zijn nieuwe gegevens gepubliceerd over de werkzaamheid en bijwerkingen van medicatie bij ADHD, die nog niet verwerkt is in de richtlijn (en in dit basisprogramma).

Voor overwegingen bij de keuze, de hantering en de bijwerkingen wordt verwezen naar de richtlijn en recente wetenschappelijke artikelen over dit onderwerp. Ook voor de medicamenteuze behandeling van ADHD met comorbide stoornissen wordt naar de richtlijn verwezen.

Richtlijn	Conclusie niveau 1 Stimulantia zijn werkzaam bij kinderen met ADHD op de kernsymptomen van ADHD.
	Conclusie niveau 1 Effectiviteit van stimulantia op de kernsymptomen is aangetoond bij behandelduren van 3 maanden tot 2 jaar.
	Conclusie niveau 2 Er zijn sterke aanwijzingen voor effecten anders dan op de kernsymptomen van ADHD zoals op korte termijn geheugen, agressie, gehoorzaamheid en ouder-kind-interactie.
	Conclusie niveau 3 Er zijn aanwijzingen voor effectiviteit van een medicamenteuze behandeling die langer dan 2 jaar duurt.
	Conclusie niveau 3 Bij adolescenten die op jongere leeftijd een medicamenteuze behandeling voor ADHD hebben gehad, is bekend dat er op latere leeftijd geen of een gering effect is te zien op sociale vaardigheden en zelfvertrouwen.
	Conclusie niveau 2 Er is onderbouwing voor de werkzaamheid van dexamfetamine bij non-respons op methylfenidaat.
	Conclusie niveau 2 Voor methylfenidaat in de kortwerkende vorm (driemaal daags) en in de langwerkende OROS-vorm is er sprake van gelijke werkzaamheid.
Richtlijn	Conclusie niveau 1 Atomoxetine is effectief op de kernsymptomen van ADHD.
	Conclusie niveau 3 Er zijn aanwijzingen voor de werkzaamheid van atomoxetine gedurende een periode van 12 maanden.
	Conclusie niveau 3 Er zijn aanwijzingen voor een vergelijkbare effectiviteit van atomoxetine met die van de stimulantia.

	<p>Conclusie niveau 3 Een behandeling met medicatie, na een geprotocolleerde wijze van instellen, waarbij eens per maand follow-up, gebruikmakend van informatie van ouders én school en geschikte vragenlijsten blijkt effectief te zijn.</p>
--	---

Psychosociale/psychotherapeutische interventies

Psychosociale interventies, al dan niet ondersteund met medicatie, voorzien in een strategie om de ADHD-problematiek te beheersen, maar resulteren niet in genezing. Onder psychosociale interventies worden behandelingen verstaan die kunnen worden ingezet na de diagnose ADHD. Hiertoe behoren: psycho-educatie, gedragstherapie en begeleiding die gericht is op ouders, de leerkracht en school, en de niet-medicamenteuze behandeling van het kind. Bij de behandeling van kinderen met ADHD is de mediatietherapie via de ouders en het onderwijs voorwaardelijk voor het effect van de behandeling van het kind. Afwegingen voor de momenten waarop de verschillende psychosociale interventies worden ingezet kunnen worden gemaakt met behulp van de beslisbomen uit de multidisciplinaire richtlijn (zie bijlage 1).

6. Gedragstherapie

6a. Gedragstherapeutische oudertraining

Gedragstherapeutische oudertraining, ook wel mediatietherapie genoemd, is gericht op het veranderen van het gedrag van het kind via de ouders. Ouders leren in een groep of individueel de omgeving te structureren en verwachtingen en eisen aan te passen aan de mogelijkheden van het kind. Het doel van de therapie is de ouders een pedagogische aanpak te leren die de pedagogische relatie herstelt en de gedragsproblemen van de kinderen vermindert (4).

De meeste oudertrainingen zijn beperkt van duur: 10 - 12 bijeenkomsten in drie tot vier maanden.

Richtlijn	<p>Conclusie Niveau 1 Gedragstherapeutische oudertraining, individueel of in een groep, heeft een positief effect op zowel de kernsymptomen als de bijkomende gedragsproblemen van kinderen met ADHD en op het functioneren van de ouders, in vergelijking met kinderen en ouders op een wachtlijst.</p>
	<p>Conclusie Niveau 1 Alleenstaand zijn en hoge mate van stress bij de ouders verhoogt de kans op drop-out uit een gedragstherapeutische oudertraining</p>
	<p>Conclusie Niveau 3 Depressieve symptomen bij ouders en een ernstiger vorm van ADHD hangen samen met minder succes van een gecombineerde behandeling van gedragstherapie en medicatie.</p>

6 b. Gedragstherapeutische leerkrachttraining

De gedragstherapeutische leerkrachttraining –met een relatief korte duur van enkele maanden- 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.

Een 'dagelijkse rapportagekaart' kan ertoe bijdragen om de samenwerking tussen ouders en school optimaal te laten werken. De contacten kunnen met name via de Intern Begeleider van de basisschool of de ADHD-aandachtsfunctionaris van het voortgezet onderwijs verlopen. Op de achtergrond is de betrokkenheid van een (school)psycholoog of orthopedagoog doorgaans gewenst.

Richtlijn	Conclusie Niveau 1 Gedragstherapeutische leerkrachttraining heeft een positief effect op de mate van het probleemgedrag en op taakgericht gedrag, maar veel minder op de leerprestaties.
	Conclusie Niveau 3 De 'dagelijkse rapportagekaart' is een effectief middel om de afstemming tussen school en thuis vorm te geven.

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 (zie 6). Psychosociale interventies met het kind met ADHD zijn hierop een aanvulling. Ze zijn gericht op het aanleren van een grotere zelfregulatie, meer controle op impulsieve reacties en op het leren afwegen van verschillende alternatieve gedragingen, zowel in sociale situaties als in werk/opdrachtsituaties.

7. Zelfregulatietraining

De training is gericht op het aanleren van een grotere zelfregulatie en betere probleemoplossingstrategieën, en bestaat 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 (58) (59). Doorgaans zal uitstel van onmiddellijke beloning nodig zijn ten gunste van beloningen op de wat langere termijn. Steeds opnieuw moet het kind de afweging leren maken wat in een specifieke situatie handig is en wat niet en het zal daarom moeten leren om de consequenties van zijn gedrag te leren voorspellen en achteraf te evalueren.

Richtlijn	Conclusie Niveau 2 Het trainen van kinderen met ADHD in probleemoplossingsvaardigheden en zelfcontroleprocedures (zelfmonitoring, zelfevaluatie en zelfreinforcement) is alleen zinvol wanneer dit gecombineerd wordt met contingentie managementprocedures of wanneer het wordt ingezet om reeds bewerkte gedragsveranderingen te doen generaliseren.
	Conclusie Niveau 2 Zelfregulatietrainingen waarin kinderen leren zichzelf verbaal te instrueren zijn alleen effectief gebleken bij kinderen met subklinische niveaus van ADHD.

8. Sociale vaardigheidstraining

In een sociale vaardigheidstraining is de aandacht gericht op gedragsmatige vaardigheidstekorten, waarmee een kind of volwassene in sociale situaties in de problemen komt en mogelijke negatieve reacties bij anderen veroorzaakt. Binnen een sociale vaardigheidstraining worden verschillende procedures gebruikt, waaronder modeling, feedback en sociale bekrachtiging.

Richtlijn	Conclusie Niveau 3 Een kortdurende sociale vaardigheidstraining bij kinderen met ADHD met uitgebreide gedragsoefeningen heeft een positief effect op het sociale functioneren van kinderen met ADHD.
	Conclusie Niveau 3 Het effect van sociale vaardigheidstraining generaliseert naar de thuissituatie door ouders direct bij de behandeling te betrekken.
	Conclusie Niveau 3 Er zijn aanwijzingen dat socialevaardigheidstraining bij kinderen van 7-9 jaar resulteert in verbeteringen in hun sociale functioneren. Deze effecten op het sociale gedrag waren evenwel niet groter dan die verkregen waren als gevolg van een behandeling met methylfenidaat.

9. Systeemtherapie

Systeem therapie richt zich op relatieproblemen tussen de cliënt en zijn sociale omgeving, zijn systeem. Het betrekken van het systeem zal zoveel mogelijk plaatsvinden als het systeem een overheersende rol speelt in het omgaan met dan wel de instandhouding van de klachten. Naast de ADHD-klachten kunnen secundair problemen binnen het systeem ontstaan ten gevolge een negatieve spiraal in de opvoeding.

Richtlijn	Systeemtherapie is niet als aparte interventie beoordeeld.
------------------	--

10. Nazorg en terugvalpreventie

Om de kansen op een terugval en herhaling te verkleinen, verdient terugvalpreventie de aandacht. Terugvalpreventie kan de vorm krijgen van terugkombijeenkomsten en cognitief-gedragstherapeutische interventies in de laatste behandelfase. Deze zijn dan gericht om de aangeleerde vaardigheden op de langere termijn te behouden. Ook periodieke contacten, in de vorm van telefoongesprekken en het verstrekken van schriftelijk materiaal kunnen daarbij behulpzaam zijn. Hulpverleners kunnen ook (opnieuw) wijzen op de mogelijkheden van zelfhulpgroepen en patientenverenigingen. Bij afronding van de behandeling in de tweede of derde lijn kan ook de eerste lijn een rol spelen in de nazorg, in het bestendigen van de behaalde resultaten. Dit kan onder andere door middel van coaching bij de integratie in de sociale omgeving (school, werk en vrije tijd).

Richtlijn	Nazorg en terugvalpreventie worden niet als aparte interventies beoordeeld.
------------------	---

Additionele interventies

11. Motorische interventies

Kinderen met ADHD kunnen ook motorische problemen hebben. Zij kunnen vaak vallen en dingen omstoten, maar dat is dan toe te schrijven aan hun impulsiviteit en niet aan een motorische beperking (60). Verschillende auteurs wijzen op slecht gecoördineerde en onhandige bewegingspatronen. Deze motorische problemen kunnen negatieve invloed hebben op het competentiegevoel en het sociaal-emotioneel functioneren (4).

Richtlijn	Conclusie Niveau 3 Er zijn aanwijzingen dat bij kinderen met ADHD "clumsiness" en slechte motorische competentie samengaan met een minder goede ontwikkeling van de sociale vaardigheden, wat op latere leeftijd leidt tot een blijvende achterstand.
------------------	---

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.

Richtlijn	Conclusie Niveau 4 Er is geen empirisch bewijs voor de effectiviteit van PMT bij kinderen met ADHD.
------------------	---

12. Creatieve therapie

Creatieve therapie is een behandelvorm die vooral door het sterk handelende karakter aansluit bij de patiënt, binnen een individuele context, maar ook binnen groepstherapieën. Creatieve therapie schenkt aandacht aan intrapsychische factoren, zoals de lijdensdruk, het hanteren van het anders zijn en het vergroten van zelfvertrouwen en eigenwaarde.

Richtlijn	Conclusie Niveau 4 Er is geen empirisch bewijs voor de effectiviteit van creatieve therapie bij kinderen met ADHD.
------------------	--

13. Supportgroepen/lotgenotengroepen

Hulpverleners kunnen hun cliënten doorverwijzen naar patiënt/cliëntenorganisatie, lotgenotencontacten en andere informatiebronnen (o.a. internet) waar cliënten informatie kunnen krijgen over de ervaringen van anderen. Lotgenotencontact bestaat onder andere uit het elkaar ondersteunen door ervaringen uit te wisselen en elkaar waardevolle tips te geven in een veilige omgeving. Er is onderling begrip en betrokkenheid door de herkenning van klachten. Daarnaast kan psycho-educatie gegeven worden over hoe om te gaan met de klachten en bijvoorbeeld medicijngebruik.

Richtlijn	Supportgroepen/ lotgenotengroepen zijn niet als aparte interventie beoordeeld.
------------------	--

14. Alternatieve interventies

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

Richtlijn	Conclusie niveau 4 Er is geen empirisch bewijs voor de effectiviteit van alternatieve interventies bij kinderen met ADHD.
------------------	---

Semimurale hulp

15. Daghulp

Bij ernstige of complexe problematiek dient dagbehandeling in bv. een Medisch Kinderdagverblijf of een Boddaertcentrum overwogen te worden (4). Dit kan zijn wanneer de ambulante psychosociale interventies (oudertraining, schoolbegeleiding, ondersteunende zorg, behandeling van het kind) onvoldoende of geen effect sorteren, of wanneer de problematiek zo ernstig is dat oudertraining alleen niet voldoende lijkt. Ook wanneer de problematiek van het kind zo complex is dat alleen langdurige observaties van het kind het beeld kunnen verduidelijken dient dagbehandeling overwogen te worden.

Richtlijn	Conclusie Niveau 3 Daghulp in een medisch kleuterdagverblijf of Boddaertcentrum is een effectieve interventie voor de behandeling van jongeren met ADHD, met name bij jongeren uit minder problematische gezinnen.
------------------	--

16. Geïndiceerde logeerverzorging

Indien een kind met ADHD na uitgebreide combinatiebehandelingen in het gezin en op school redelijk te handhaven is, maar er binnen het gezin toch van een verhoogde spanningen bij de ouders, broers en zussen aanwezig blijft, kan men gebruik maken van geïndiceerde logeerverzorgingen (bv. een pleeggezin) voor een weekend of week. Doel is stabilisatie van het kind en/of het gezin.

Richtlijn	Conclusie Niveau 4 Er is geen wetenschappelijke onderbouwing ten aanzien van dit onderwerp bekend.
------------------	--

Interventies buiten de GGZ

17. Onderwijsbegeleiding

In het onderwijs bestaat de mogelijkheid het kind met ADHD en de leerkracht extra te begeleiden met behulp van leerlinggebonden financiering: het rugzakje. Wederzijdse afstemming en aansluiting bij GGZ-hulpverlening is hierbij essentieel.

Ook ouderverenigingen kunnen op ervaring gebaseerde praktische informatie bieden aan scholen (61) (62).

Richtlijn	Onderwijsbegeleiding is niet als aparte interventie beoordeeld.
------------------	---

18. Dieetinterventies

De invloed van dieetmanipulatie en van voedingssupplementen is onderzocht in relatie tot ADHD bij kinderen. Het voorschrijven van diëten, van voedselrestricties, of het voorschrijven van supplementen in het algemeen is niet geïndiceerd is bij kinderen met ADHD.

Richtlijn	Conclusie Niveau 3 In het algemeen is er onvoldoende bewijs is voor de werkzaamheid van voedingssupplementen als (ondersteuning van de) therapie bij ADHD.
	Conclusie Niveau 4 In het algemeen is er onvoldoende bewijs is voor het voorschrijven van dieettherapie.
	Conclusie Niveau 4 Dieetinterventies kunnen bij sommige kinderen wel enig additioneel effect hebben.

Hoofdstuk 8 Randvoorwaarden

Randvoorwaarden

“Minimale vereisten waaraan voldaan moet zijn om het zorgprogramma in de praktijk tot stand te brengen.”

- A Randvoorwaarden in zorgprogramma's
- B Randvoorwaarden binnen een zorgprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen
- C Aspecten waarmee verder rekening gehouden moet worden

A Randvoorwaarden in zorgprogramma's

Werken met zorgprogramma's stelt eisen aan de organisatie en inrichting van de zorg. Een zorgprogramma is in eerste instantie (meestal) een constructie op papier, die niet zomaar in de bestaande praktijk ingevoegd kan worden. Deze praktijk is over het algemeen anders ingericht en is niet toegespitst om te voldoen aan de doelen van zorgprogrammering.

De minimale vereisten waaraan voldaan moet zijn om te kunnen werken met het zorgprogramma worden de *randvoorwaarden* genoemd. Hoe dit pakket eruit ziet, zal per regio verschillen. Het is belangrijk om de randvoorwaarden helder te beschrijven in het zorgprogramma, om te voorkomen dat er in de implementatiefase onvoorziene problemen ontstaan.

De centrale vraag is: hoe kan de inrichting en organisatie van de zorg afgestemd worden op wat in het zorgprogramma beschreven wordt. De randvoorwaarden om programmatisch te kunnen werken zijn in vijf thema's in te delen:

Continuïteit in het aanbod

Deze randvoorwaarden betreffen continuïteit van de zorg op het niveau van de doelgroep. Het gaat dan om continuïteit:

- Binnen de setting (of circuits): ambulante, semi- en intramuraal,
- Tussen de settings (of circuits): preventie, jeugd, volwassenen,
- Met aanpalende sectoren: eerste lijn, jeugdgezondheidszorg, curatieve zorg, kinder- en jeugdpsychiatrie, onderwijs, maatschappelijk werk etc.

Continuïteit in de sturing van de zorg

Deze randvoorwaarden betreffen continuïteit van de zorg op het niveau van de individuele cliënt. Het gaat dan om continuïteit:

- Vanuit de voordeur naar achterliggende programma's,
- Door middel van een regievoerende hulpverlener,
- Door een programmabrede voortgangsevaluatie van de behandeling.

Planning van het aanbod

In de planning van het hulpaanbod moet rekening gehouden worden met:

- De kwantiteit (per doelgroep van het zorgprogramma): welke modules en menskracht zijn nodig?
- De kwaliteit: deskundigheid van de hulpverleners die het zorgprogramma uitvoeren.

Bewaking van de kwaliteit van zorg

Dat gebeurt door:

- Het vastleggen van de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken uitvoerenden,
- De periodieke innovatie van programma's; het aanpassen van de inhoud aan nieuwe inzichten en behandelmethoden,
- Onderzoek naar de resultaten van het werken met het zorgprogramma.

Kwaliteit van de hulpverleners

Onder kwaliteit van de instelling vallen:

- Het kwaliteitsbeleid van de instelling(en) als totaal,
- Het bijhouden van de professionele deskundigheid van de individuele hulpverlener,
- Aandacht voor de attitude van de hulpverleners,
- Aandacht voor cliëntenraadpleging.

B Randvoorwaarden binnen het basisprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen.

De genoemde randvoorwaarden zijn veelal niet specifiek van toepassing op één zorgprogramma. Dat wil zeggen dat meerdere zorgprogramma's kunnen profiteren van een goede invulling van de randvoorwaarden. Andersom betekent dat ook dat er samen aan die invulling gewerkt kan worden.

Dat wil echter niet zeggen dat randvoorwaarden niet voor een specifiek zorgprogramma uitgewerkt kunnen of moeten worden. In dit deel worden de randvoorwaarden voor een zorgprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen beschreven.

Continuïteit in het aanbod

Continuïteit in het aanbod binnen en tussen GGZ-circuits

Een zorgprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen loopt door de verschillende circuits heen. De meeste kinderen met ADHD worden ambulante behandeld. Bij meer complexe problematiek kan een (tijdelijke) overstap naar de semi-murale of intramurale circuits nodig zijn.

Bij een ambulante behandeling in de jeugd-GGZ gaat het meestal om een combinatie van (individuele) psychologische of psychiatrische behandeling en medicamenteuze behandeling.

De behandeling is op het kind gericht, maar het systeem van opvoeders en de onderwijscontext worden nadrukkelijk bij de behandeling betrokken. Ook kan groepsbehandeling in een ambulante setting plaatsvinden. De uitvoering zal gedaan worden door een psycholoog/psychotherapeut of SPV in samenwerking met een psychiater. De jeugdige bezoekt de polikliniek of de behandelaar bezoekt het kind, indien er een indicatie voor is, thuis of op school. Het voorzien in voldoende consultatiemogelijkheden en advisering aan ouders en onderwijsgevers is daarbij een belangrijk aandachtspunt.

Bij complexe problemen of in een bepaalde fase kan ambulante systeembegeleiding samengaan met (tijdelijke) deeltijdbehandeling. Deeltijdbehandeling is bestemd voor kinderen als ambulante behandeling te weinig structuur kan bieden of te weinig intensief is om vermindering van de ADHD-symptomen te bewerkstelligen. Deeltijdbehandeling wordt overwogen wanneer:

- het kind of jeugdige niet (meer) kan functioneren in het onderwijs,
- de invulling van de sociale rollen tekort schiet (weinig sociale contacten, niet meer in staat zijn om naar school te gaan, te studeren, moeite met zinvolle vrijetijdsbesteding),
- het steunsysteem van het kind overbelast is geraakt,
- eerdere ambulante behandeling te weinig (duurzaam) effect opleverde,
- de verwachting gerechtvaardigd is dat het kind gebaat zal zijn met semi-murale groepsbehandeling.

Het streven moet zijn het kind (en het systeem) in staat te stellen om de behandeling verder ambulante te vervolgen.

Een acute tweedelijns klinische opname vindt in principe alleen plaats wanneer er sprake is van een crisissituatie die niet ambulante kan worden gehanteerd. Reguliere klinische opname kan geïndiceerd zijn wanneer sprake is van geringe draagkracht, uitputting en/of demoralisering van het steunsysteem. Andere indicaties zijn: noodzaak voor intensieve observatie, instellen van medicatie, complicaties bij medicatie, therapieresistentie of co-morbide problematiek. Sporadisch zal worden doorverwezen voor zeer specialistisch onderzoek in de derde lijn.

In alle gevallen duurt klinische opname zo kort mogelijk. Regelmatig zal bekeken moeten worden of de klinische opname een meerwaarde heeft boven de deeltijd- of ambulante behandeling.

Van groot belang is – juist ook in de kinderleeftijd - dat wisselingen van (hoofd)behandelaar zoveel mogelijk vermeden worden. Het heeft voor zowel de cliënt als de behandelaar grote voordelen als de behandelaar de mogelijkheid heeft de cliënt door te blijven behandelen en daarbij als casemanager optreedt naar andere settings, waar het clientsysteem behandeling ontvangt.

Cliënten die tussen circuits bewegen komen in het geval van ADHD in het bijzonder voor bij de overgang van het circuit jeugd naar het circuit volwassen, en daarnaast in het geval van co-morbide stoornissen. Het is belangrijk dat deze overgang voor de cliënt zo soepel mogelijk verloopt, zonder onderbreking van de behandeling. Een goede overdracht tussen behandelaren is noodzakelijk. Speciale aandacht moet ook uitgaan naar doorgaande zorglijnen bij de overgang van kinderen van de basisschool naar het voortgezet onderwijs.

Continuïteit in het aanbod met aanpalende sectoren

Continuïteit in het aanbod met aanpalende sectoren is bij kinderen en jeugdigen met ADHD heel belangrijk. Afhankelijk van de aard en de ernst van de ADHD zal een deel van de cliënten in de eerste lijn of de jeugdhulpverlening behandeld kunnen worden. Kinderen met een meer ernstige problematiek of met co-morbide ontwikkelings- of gedragsstoornissen zullen naar de tweedelijns jeugdzorg of naar de kinder- en jeugdpsychiatrie verwezen worden. Ook moet in zorgprogramma's voor kinderen en jeugdigen de afstemming met de leerlingenzorg van scholen en met de zorg- en adviesteams in het onderwijs nadrukkelijk een plaats krijgen. De beschikbaarheid van deskundigheid in het onderwijs om passende onderwijszorg te bieden aan kinderen en jeugdigen met ADHD is een belangrijke ondersteunende factor voor de behandeling. De leerlingenzorg van scholen en onderwijs Samenwerkingsverbanden moeten hierin voorzien en kan daarbij ondersteund worden door het speciaal onderwijs. Daarnaast kan gebruik gemaakt worden van de mogelijkheden die de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft vanuit de wettelijke mogelijkheden in het kader van het gemeentelijk jeugdbeleid en door zijn positionering in het werkveld (o.a. directe contacten met de school en de mogelijkheid tot actief benaderen van het kind en zijn ouders).

Ten behoeve van continuïteit moeten duidelijke afspraken gemaakt worden, onder andere over:

- de criteria voor verwijzing,
- welke gegevens door wie op welke wijze aangeleverd moeten worden,
- de wachttijden waar de cliënt op moet rekenen,
- het begeleidingsaanbod tot de indicatiestelling en de feitelijke hulpverlening,
- op welke onderdelen samengewerkt kan worden en welke positie de partners innemen in de behandeling;
- de samenwerking met de school van het kind of de jeugdige en het zorg- en adviesteam in het onderwijs, waaraan het bureau jeugdzorg deelneemt,
- hoe en op welk moment er terugkoppeling naar de huisarts, kinderarts, eerste lijnspsycholoog, respectievelijk het onderwijs plaats vindt, inclusief afspraken over wederzijdse beschikbaarheid en bereikbaarheid.

Soms kan het inschakelen van bijvoorbeeld thuiszorg, lichte opvoedingsondersteuning en/of speciale onderwijszorg gewenst zijn, moet er verwezen worden naar andere instanties zoals de kinder- en jeugdpsychiatrie of is specifieke inzet van het speciaal onderwijs (REC) of de onderwijsbegeleidingsdienst noodzakelijk. Ook in die gevallen gelden de aandachtspunten die hierboven zijn genoemd.

Continuïteit in de sturing van zorg

Onder continuïteit van zorg verstaan we: een eenduidig behandelbeleid binnen en tussen instellingen en disciplines door het gehele zorgprogramma heen, op het niveau van de individuele cliënt. Om dat te bereiken moet aan de volgende randvoorwaarden voldaan worden.

Continuïteit vanuit de voordeur naar achterliggende programma's

In het basisprogramma ADHD wordt het voordeurprogramma voor de tweedelijns GGZ gerealiseerd door Bureau Jeugdzorg. De eerste lijn kan bij een ernstig vermoeden van ADHD direct verwijzen naar de jeugd-GGZ. Het streven is dat er op individueel niveau een consistente route door de hulpverlening tot stand komt.

Noodzakelijk daarvoor is dat er afspraken gemaakt worden over de *functie en omvang van screening en (aanvullende) diagnostiek* in de verschillende onderdelen van de route. Dus:

- welke mate van *screening en (aanvullende) diagnostiek* wordt uitgevoerd vóórdat de cliënt wordt doorverwezen,
- welke diagnostische activiteiten worden in Bureau Jeugdzorg uitgevoerd, en welke daarachter (in het specifieke programma).

Daarnaast moet duidelijk zijn wanneer en door wie afspraken met de cliënt worden gemaakt over het hulpaanbod.

Voorkomen dient te worden dat:

- de cliënt steeds opnieuw zijn of haar verhaal moet vertellen,
- de verschillende instellingen in het traject niet over dezelfde basisinformatie beschikken,
- toewijzing aan een specifiek programma een langdurig traject wordt,
- diagnostische activiteiten op verschillende plekken herhaald worden,
- er gebruik gemaakt wordt van onderling afwijkende diagnostische instrumenten,
- onduidelijkheid ontstaat over de vaststelling van een passend hulpaanbod.

Afspraken *ter ondersteuning* van de sturing van de zorg kunnen gemaakt moeten worden rond:

- de specifieke taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden binnen het zorgprogramma, en de rol van de verschillende hulpverleners daarbij,
- een overlegstructuur die op de programmastructuur aansluit,
- het in kaart brengen van de cliëntstromen (in-, door- en uitstroom),
- expliciteren van het aanbod per hulpverlener / hulpverlenende instantie,
- aanpassing van de administratieve organisatie, in het bijzonder rond het registratiesysteem en het logistieke proces,
- het opstellen van prestatie-indicatoren om de organisatie van de zorg aan te sturen, waaronder niet alleen financiële gegevens en productiegegevens maar ook verloop van medewerkers en cliëntensatisfactie,
- afstemming van de planning en control cyclus: beleidskeuzen, de voortgang daarin en de financiële stand van zaken.

Continuïteit door middel van een regievoerende hulpverlener

Belangrijk voor de continuïteit is dat er een centrale regievoerder is. Dat kan de huisarts zijn, maar ook de casemanager van Bureau Jeugdzorg, de Jeugdgezondheidszorg of de jeugd-GGZ. In het kader van het zorgprogramma kunnen hierover regionaal vaste afspraken gemaakt worden, maar er kan ook worden afgesproken per cliënt afspraken te maken, bv. afhankelijk van het traject dat de cliënt doorloopt.

De huisarts (of kinderarts) als regievoerder heeft als voordeel dat de toegang voor de cliënt laagdrempelig is en dat de arts in veel gevallen het start- en eindpunt van het zorgtraject is. Nadelig is dat de communicatie en toegang van de eerste- naar de tweedelijns GGZ in de praktijk nog niet optimaal is.

De regie onderbrengen bij Bureau Jeugdzorg biedt als voordeel dat de relatie en afstemming met de onderwijszorg gelegd kan worden via de deelname van Bureau Jeugdzorg in het zorg- en adviesteam van het onderwijs. De Jeugdgezondheidszorg heeft het voordeel van een vooruitgeschoven positie op het kruispunt van opvoeding, onderwijs, gezondheid en welzijn, met korte lijnen naar het sociaal-medisch netwerk.

De regie onderbrengen bij de jeugd-GGZ heeft als voordeel dat de regievoerende hulpverlening dicht bij het behandeltraject zit.

Tot de taken van de regievoerder kan het volgende gerekend worden:

- overzicht hebben of krijgen van het mogelijke behandel aanbod dat passend is voor de individuele cliënt,
- overzicht houden op de doorlopen en toekomstige stappen van de cliënt door het zorgprogramma,
- afstemming met betrokken functionarissen van instellingen (zorgcoördinatie),
- functie van vraagbaak en contactpersoon voor zowel de cliënt als de ouders, onderwijsgevend en hulpverleners.

Continuïteit door een programmabrede voortgangsevaluatie

Dit punt hangt samen met het vorige. Op vooraf afgesproken momenten wordt de voortgang van de behandeling geëvalueerd en gekeken of wijzigingen in het behandelplan noodzakelijk zijn. Dit hoort uiteraard binnen iedere behandeling te gebeuren, maar bij een programmabrede evaluatie is daarbij niet de specifieke behandelsetting het kadervoor de evaluatie, maar het zorgprogramma als geheel. Dit kan betekenen dat bij de evaluatie hulpverleners vanuit verschillende aanbieders en settings betrokken zijn.

Daarnaast hoor bij de programmabrede evaluatie dat periodiek, in ieder geval jaarlijks, de organisatie en uitvoering van het zorgprogramma wordt geëvalueerd. Hierbij richt de aandacht zich dus op de vraag of het programma op een adequate wijze inspeelt op de hulpvraag van de doelgroep. Hierbij wordt dus zowel gekeken naar cliënttevredenheid, behandelresultaten, kwaliteit van leven en doelmatigheid van de zorg. Tevens kunnen knelpunten in de logistiek en organisatie van de zorg worden gesignaleerd en witte vlekken in het noodzakelijke hulpaanbod of de daarvoor noodzakelijke deskundigheid binnen het programma.

Planning van het aanbod

In de planning van het hulpaanbod moet rekening gehouden worden met de kwantiteit en de kwaliteit van het aanbod.

Kwantiteit

In het zorgprogramma voor ADHD bij kinderen en jeugdigen is vastgelegd wat tot de kern van het aanbod zou moeten behoren. Een deel daarvan zal op regionaal niveau al aanwezig zijn, maar mogelijk zullen er ook nieuwe modules aan het bestaande aanbod toegevoegd moeten worden, of is de capaciteit van bestaand hulpaanbod te klein. Daarvoor moet bekend zijn (inventarisatie) hoe groot de omvang van de hulpvraag in de regio is, en wat aan hulpaanbod beschikbaar is. Als dat helder is, kan bepaald worden wat er aan mensen en middelen nodig is om dat aanbod op een goede manier in te vullen en uit te voeren, en kunnen eventueel prioriteiten worden gesteld (als er meer nodig is dan in één keer beschikbaar is).

Mensen:

- Invulling van de personele bezetting. Een capaciteitsplan is noodzakelijk om te bepalen wat de benodigde capaciteit is, afgestemd op de geïnventariseerde vraag,
- Betrouwbare afstemming van personele inzet in relatie tot de verwachte werklast,
- Voldoende afstemming tussen professionals onderling en met andere zorgprogramma's (bv. als bepaalde modules ook in andere programma's worden ingezet).

Middelen:

- Het elektronisch cliëntendossier als belangrijke ondersteunende voorwaarde voor hulpverleners om bij het werken met zorgprogramma's overal en altijd een cliëntendossier in te kunnen zien,
- Een goed werkend management informatie systeem (MIS) met zicht op de belangrijkste doelgroepen en de hulpverlening aan deze doelgroepen,
- Een rapportagesysteem van en naar de aanpalende sectoren jeugdgezondheidszorg en onderwijs.

Kwaliteit

Aan de materiële voorwaarden gekoppeld is een inventarisatie van de aanwezige kennis en deskundigheid over de behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen. Ook hiervoor geldt dat een deel daarvan al bij de hulpverleners aanwezig is, maar soms zal specifieke deskundigheid of nieuwe kennis van elders betrokken moet worden. Er moet dus rekening gehouden worden met:

- welke deskundigheid er al aanwezig is,
- welke deskundigheid aanvullend in huis gehaald moet worden,
- welke deskundigheid van samenwerkingspartners (o.a. jeugdgezondheidszorg en onderwijs) beschikbaar is,
- wat er op het gebied van deskundigheidsbevordering moet gebeuren,
- wat de gevolgen voor de planning zijn van bijvoorbeeld het aannamebeleid.

Bewaking van de kwaliteit van de zorg

Programma's zijn de weerslag van wat cliënten, hulpverleners en wetenschappers verstaan onder goede zorg. Omdat de ideeën over goede zorg voortdurend aan verandering onderhevig zijn, zijn programma's voortdurend in ontwikkeling. Het programma zal daarom periodiek geëvalueerd en bijgesteld moeten worden aan de hand van nieuwe ontwikkelingen in de praktijk of uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast zal het werken met het programma in de praktijk duidelijk moeten maken in hoeverre het voldoet, dat wil zeggen: biedt het werkelijk een samenhangend hulpaanbod voor de doelgroep, bevordert het werkelijk de beoogde samenwerking en afstemming tussen de instellingen in de regio en worden de beoogde prestaties gehaald? De inbreng van het cliëntenperspectief neemt hierbij een belangrijke plaats in. Er zal systematisch onderzoek moeten worden gedaan bij de cliënten die deelnemen aan het zorgprogramma naar de resultaten ervan: *routine-monitoring*. Door routinematig gegevens van cliënten binnen een zorgprogramma te verzamelen en deze aan elkaar te koppelen ontstaat een beeld van de effecten van het programma op de behandeling. Op individueel niveau kan met behulp van standaardvragenlijsten informatie worden verzameld bij cliënten over de aard en ernst van de stoornis en het verloop hiervan gedurende de behandeling. Zo kan zicht ontstaan op de kwaliteit van leven van de client tijdens de behandeling en op de tevredenheid van de cliënt over de hulpverlening. Ook maakt deze informatie door terugkoppeling in het behandelcontact het verdere verloop van de behandeling bespreekbaar. Op het niveau van de zorgorganisatie is het mogelijk alle gegevens van cliënten binnen een zorgprogramma te combineren. Daarmee wordt een beeld verkregen van de omvang en resultaten van het betreffende zorgprogramma. Dit is van belang voor betrokken hulpverleners, maar ook voor managers in hun sturing op kwaliteit van het hulpaanbod in de organisatie (63). Met deze informatie zal gewerkt moeten worden aan het actualiseren van het zorgprogramma op basis van de uitkomsten van proces- en productevaluaties. Dit vereist een goed systeem voor kwaliteitszorg en kwaliteitsborging.

Het werken met programma's in de praktijk en het integreren van nieuwe inhoudelijke ontwikkelingen vereist regelmatig onderhoud. Doel is dat op basis van zowel onderzoek naar de resultaten, praktische ervaringen en theoretische ontwikkelingen het programma bijgesteld wordt en (mits daar consensus over bestaat) in de tekst van het programma verwerkt worden. De landelijke richtlijnen worden periodiek up-to-date gemaakt, deze update kan bij het onderhoud van het regionale programma betrokken worden. Dit betreft dus eigenlijk een vorm van continu kennismanagement binnen het programma. Vaak wordt dit bewaakt en gestimuleerd door een programmagroep, bestaande uit gezaghebbende hulpverleners binnen het programma.

Kwaliteit van de hulpverleners

Om het behandelaanbod kwalitatief hoogwaardig, actueel en in grote lijnen uniform te houden, dienen bij- en nascholingsactiviteiten georganiseerd te worden. Hoofddoel daarvan zal zijn dat alle betrokken hulpverleners steeds goed geïnformeerd zijn en dat ze werken volgens de vastgestelde richtlijnen en protocollen. Een afdoende kennisniveau binnen het zorgprogramma als geheel en bij de individuele medewerkers afzonderlijk is één van de noodzakelijke voorwaarden voor het slagen van de zorg in programma's. Kennis betreft niet alleen de inhoud van de zorg, maar ook de (regionale) organisatiestructuur van jeugdzorg, jeugdgezondheidszorg, onderwijs en patiëntenorganisaties.

Het werken in zorgprogramma's is een dynamisch proces en vraagt een continue betrokkenheid van de medewerkers. Daarom dienen ontwikkelingen en vernieuwingen gedeeld te worden met medewerkers van de zorgprogramma's (bv. in de vorm van intervisie, refereerbijeenkomsten, kwaliteitskringen, etc.).

Periodieke innovatie

Vanuit het professionele perspectief dient de meest recente wetenschappelijke en gemeenschappelijke kennis van dat moment te worden gehanteerd. Het is aan de programmacoördinator, ondersteund door deskundigen om bij te houden welke de nieuwste ontwikkelingen zijn op het gebied van de behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen en deze aan het zorgprogramma toe te voegen.

In periodieke bij- en nascholingsactiviteiten worden hulpverleners geïnformeerd over aanpassingen in de richtlijnen en protocollen.

C Aspecten waarmee verder rekening gehouden moet worden

Cliëntenparticipatie

Vraaggerichte zorg is één van de doelstellingen van het werken met zorgprogramma's. Cliënten kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan een vraaggericht zorgprogramma. Voor een zorgprogramma ADHD kan in de praktijk het cliëntenperspectief goed worden ingebracht via de oudergroeperingen. Om gebruik te maken van het zorgprogramma als onderhandelingskader voor hulpverlener en cliëntensysteem dient aan enkele randvoorwaarden voldaan te worden.

Het belangrijkste uitgangspunt voor zorgprogrammering is dat de hulpvraag van de cliënt of omgeving het startpunt vormt voor de behandeling. Hiermee is de basis gelegd voor de betrokkenheid van cliëntenorganisaties bij de formulering en kwaliteitsbewaking van het zorgprogramma. Zij kunnen de kwaliteit van het programma verbeteren door vanuit eigen ervaring bij te dragen aan formulering van de vraagkant en het daarbij aansluitend hulpaanbod. De betrokkenheid van organisaties van cliënten en familieleden is daarmee een van de belangrijkste randvoorwaarden voor het vraaggericht maken van de zorg.

Hulpverleners en cliëntvertegenwoordigers kunnen hierbij de Multidisciplinaire Richtlijnen als gemeenschappelijk document raadplegen. Hierin is ook het cliëntperspectief weergegeven. Ook komt er (eind 2007) een aparte cliëntenversie van de richtlijn ADHD.

Vertegenwoordigers van cliënten en familieleden kunnen op verschillende manieren een rol spelen bij de ontwikkeling, de invoering en het werken met een zorgprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen:

- zij kunnen meedenken over de hoofdlijnen van het zorgprogramma,
- ze kunnen meewerken aan het opstellen van een programmatekst,
- ze kunnen een rol spelen bij het maken van cliënteninformatie over het zorgprogramma,
- ze kunnen als ervaringsdeskundigen ingezet worden ter ondersteuning van cliënten bij het nadenken over de beste keuze van het hulpaanbod,
- ze kunnen een rol spelen bij de evaluatie en kwaliteitsbewaking van het zorgprogramma,
- daarnaast kunnen individuele cliënten die in behandeling zijn gevraagd worden naar hun tevredenheid en naar mogelijke verbeterpunten.

Het gaat erom een manier te vinden waarop cliënten en familieleden betrokken kunnen zijn vanuit hun eigen perspectief, cultuur en tempo. Daarnaast speelt een rol hoe stevig de betrokken instellingen willen inzetten op cliëntenparticipatie bij het zorgprogramma.

Van belang bij het punt cliëntenparticipatie bij ADHD is nog dat hierbij zowel naar de betrokkenheid van kinderen zelf wordt gekeken, als naar die van ouders, andere familieleden en van de bredere omgeving (mn. het onderwijs).

Afstemmen van de organisatie op de zorgprogrammering

De ervaringen in een aantal regio's met het invoeren van zorgprogramma's laten zien dat het meestal verstandig is te kiezen voor een strategie waarbij de organisatie de inhoud volgt. Dat betekent dat de invoering van de zorgprogramma's stapsgewijs ter hand wordt genomen vanuit de bestaande organisatieopbouw. Wanneer op een gegeven ogenblik blijkt dat de organisatie een knelpunt gaat vormen voor het programma-tisch werken worden de dan noodzakelijke organisatiewijzigingen ingezet en doorgevoerd. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als verschillende onderdelen van de organisatie (bijv. ambulante en deeltijd) gezamenlijk vorm moeten gaan geven aan een zorgprogramma, wat allerlei eisen stelt aan de vormgeving van het aan het programma gekoppelde hulpaanbod. Voorbeelden hiervan zijn de beschikbaarheid van gezamenlijke dossiers en de evaluatie van de behandeling binnen het kader van het zorgprogramma. Voordeel van deze stapsgewijze werkwijze is dat de invoering van de zorgprogrammering geleidelijk en in nauw overleg met alle betrokkenen plaatsvindt, wat bevorderlijk is voor het draagvlak en voor de continuïteit van de hulpverlening.

Men kan ook kiezen voor een complete kanteling van de organisatie op een bepaald moment. Dit houdt in dat de organisatie van de zorg primair wordt gebaseerd op de indeling in programma's. Men zou dan kunnen denken aan een apart team voor ADHD-hulpverlening bij kinderen en jeugdigen. Dit heeft voordelen waar het de logistiek, samenhang en bundeling van deskundigheid betreft, maar het nadeel van schotten naar andere overlappende doelgroepen (comorbiditeit). In elk geval moet een volledige kanteling van de organisatie degelijk worden voorbereid (inhoudelijk en organisatorisch) om met succes uitgevoerd te kunnen worden. Het voorgaande heeft in eerste instantie betrekking op de organisatie van de zorg in het kader van het zorgprogramma binnen één instelling. Als bij een zorgprogramma meerdere aanbieders betrokken zijn, wat bij het zorgprogramma ADHD vaak het geval zal zijn, is organisatorische kanteling natuurlijk niet zozeer aan de orde. Wel kunnen zodanige organisatorische, logistieke en inhoudelijke afspraken in het kader van het zorgprogramma gemaakt worden dat het programma door de cliënten/gebruikers wel als één samenhangend geheel wordt gezien. Een en ander kan worden versterkt door te werken met een gemeenschappelijke informatiebrochure voor cliënten (en gebruikers) over het zorgprogramma ADHD.

Hoofdstuk 9 Implementatie

Implementatie:

“Een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwing of verandering van bewezen waarde met als doel deze een structurele plaats te geven in het individuele professionele handelen, in het functioneren van organisaties of in de structuur van de zorg.”

- A Implementatie in zorgprogramma's
- B Implementatie in het basiszorgprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen
- C Implementatie van zorgprogramma's
- D Samenwerking tussen jeugdzorg en onderwijs bij ADHD

A Implementatie in zorgprogramma's

Met de beschrijving van het zorgprogramma is een aanzienlijke klus geklaard. Een daarmee samenhangende en niet te onderschatten activiteit is het implementeren van het zorgprogramma binnen de organisatie van de zorg. 'Implementatie' wordt door ZonMw (64) gedefinieerd als:

“ een procesmatig en planmatige invoering van vernieuwing of verandering van bewezen waarde met als doel deze een structurele plaats te geven in het individuele professionele handelen, in het functioneren van organisaties of in de structuur van de gezondheidszorg.”

Deze vernieuwing is de reden dat het zorgprogramma geschreven is, en daarom is het van groot belang expliciet aandacht te besteden aan de wijze waarop deze procesmatige en planmatige invoering dient te verlopen. Explicitering van de implementatiestrategie is te meer gewenst omdat zorgprogramma's geen gemakkelijke vernieuwing zijn om in te voeren:

- het concept *zorgprogramma* is complex en speelt op verschillende niveaus en door verschillende organisaties heen,
- het draagvlak voor het invoeren van zorgprogramma's kan sterk wisselen; enerzijds zijn er de voortrekkers maar anderzijds moet ook altijd gerekend worden op weerstand bij een aantal hulpverleners,
- het werken met zorgprogramma's heeft consequenties voor de organisaties die erbij betrokken zijn, invoering van zorgprogramma's is om die redenen niet iets wat even snel kan worden gerealiseerd,
- het gaat om een langdurig proces, dat vanwege de complexiteit goed gestuurd en ondersteund moet worden.

Het is daarom belangrijk dat er in het zorgprogramma zelf aandacht besteedt wordt aan bevorderende en belemmerende factoren die te verwachten zijn bij de implementatie. Door deze duidelijk in kaart te brengen zijn de eerste stappen in de richting van een succesvol implementatietraject gezet.

Een belangrijk leerpunt uit de praktijk van de afgelopen jaren is dat de invoering van zorgprogramma's niet inhoudt dat de bestaande praktijk in zijn geheel moet worden vervangen door een geheel nieuwe praktijk. Vaak is het zo dat een belangrijk deel van de bestaande praktijk goed past in het wenselijke aanbod, zoals beschreven in het zorgprogramma. Implementatie van het zorgprogramma betekent dat gekeken wordt hoe je vanuit de bestaande praktijk stapsgewijs kunt toewerken naar de wenselijke praktijk zoals geformuleerd in het zorgprogramma. Daarbij kunnen jaarlijks prioriteiten gesteld worden voor vernieuwingen die men in dat jaar wil realiseren. Per prioriteit wordt vastgesteld wat de belemmerende en bevorderende factoren zijn, welke winst men met de betreffende zorgvernieuwing wil bereiken en langs welke lijn de zorgvernieuwing tot stand wordt gebracht. De invoering van de zorgvernieuwing wordt als het goed is begeleid met monitoringonderzoek (gericht op proces, structuur en uitkomsten) om te volgen in hoeverre de invoering succesvol verloopt of moet worden bijgestuurd.

Hieronder staat een voorbeeld van hoe een stapsgewijze invoering van zorgprogramma's eruit kan zien. (63)

<p>Stap 1</p> <ul style="list-style-type: none">■ Beschrijving van het wenselijke hulpaanbod voor de doelgroep (zorgprogramma).■ Beschrijving van het bestaande hulpaanbod voor de doelgroep (huidige situatie).■ Vaststellen waar de belangrijkste verschillen zitten.
<p>Stap 2</p> <ul style="list-style-type: none">■ Keuze voor prioriteiten: welke verbeterstappen worden het komende jaar in gang gezet (bijv. invoeren nieuwe module, verhogen van de deskundigheid, samenwerking realiseren, logistieke planning, wijziging in de organisatie doorvoeren, etc.).■ Vastleggen van deze prioriteiten in een jaarplan.
<p>Stap 3</p> <ul style="list-style-type: none">■ Per prioriteit (verbeterstap) nagaan welke belemmerende en bevorderende factoren specifiek van belang zijn voor deze verbeterstap en welke resultaten men van de invoering van de betreffende verbeterstap verwacht.■ Op basis hiervan per verbeterstap een invoeringsstrategie bepalen en vaststellen op welke punten de invoering gemonitord gaat worden (die monitoring kan zich richten op het proces, op de structuur en op de eerste uitkomsten).
<p>Stap 4</p> <ul style="list-style-type: none">■ Invoeren van de verbeterpunten volgens de gekozen strategieën.■ Volgen van het verbetertraject met behulp van monitoringonderzoek (naar proces, structuur, eerste uitkomsten).■ Tussentijdse feedback van de monitoringresultaten naar de betrokkenen.
<p>Stap 5</p> <ul style="list-style-type: none">■ Evaluatie van de uitvoering van het jaarplan.■ Keuze voor nieuwe prioriteiten en verbeterstappen voor het volgende jaar.

B Implementatie in het basisprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen

In deze paragraaf wordt een eerste handreiking geboden bij het nadenken over de implementatie van het zorgprogramma ADHD en het opstellen van een implementatieplan.

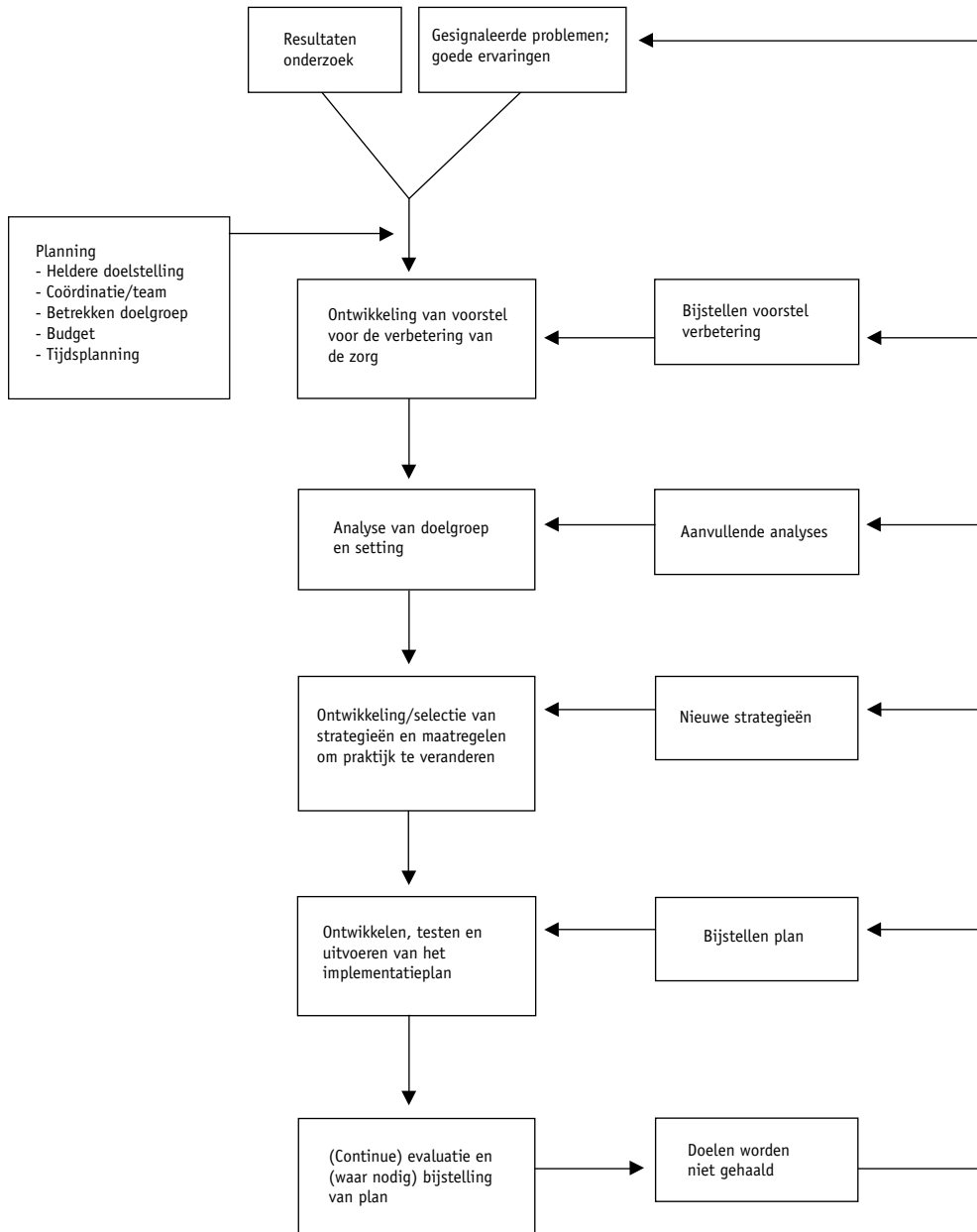
Er is de laatste jaren veel literatuur verschenen over het implementeren van vernieuwingen in de zorg. De deskundigen op het gebied van implementatie zijn het er over eens dat effectieve implementatie een goede voorbereiding, planning en een systematische aanpak vereist. Grol en Wensing (3) hebben een model beschreven dat houvast kan geven bij een planmatig implementatieproces.

De hieronder volgende tekst is grotendeels ontleend aan hun boek 'Implementatie. Effectieve veranderingen in de cliëntenzorg' (2001). Uiteenlopende theorieën en benaderingen ten aanzien van effectieve implementatie zijn in dit model geïntegreerd. Het model bestaat uit de volgende stappen:

- 1 Het ontwikkelen van een voorstel voor verbetering van de zorg, bijvoorbeeld een zorgprogramma.
- 2 Analyse van de doelgroep en de setting: welke knelpunten zijn er in de feitelijke zorg, welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol in de verandering.

- 3 Selectie van strategieën om veranderingen in te voeren: strategieën voor zowel een effectieve verspreiding als een effectieve implementatie en behoud van verandering.
- 4 Ontwikkelen, testen en uitvoeren van het implementatieplan met activiteiten, taken en tijdsplan.
- 5 Evaluatie en (eventueel) bijstelling van het plan: continue monitoring aan de hand van indicatoren.

In schema ziet het model er als volgt uit (Grol & Wensing, 2001):



Stap 1 Het ontwikkelen van een voorstel voor verbetering

Het ontwikkelen en vaststellen van een concreet, haalbaar voorstel voor gewenste verandering in de praktijk is de eerste stap in het model. Zorgprogramma's moeten, net als andere innovaties, zorgvuldig ontwikkeld zijn, van goede kwaliteit zijn, aansluiten bij de behoeften van de doelgroep, toepasbaar en gemakkelijk toegankelijk zijn en een aantrekkelijke vormgeving hebben.

In verschillende onderzoeken en publicaties zijn in de loop van de tijd concrete kenmerken of eigenschappen van vernieuwingen benoemd die bevorderend of belemmerend zullen werken ten aanzien van toepassing in de praktijk. Als cruciale kenmerken van een succesvolle vernieuwing worden onder andere genoemd:

- deze levert meer voordelen op dan de bestaande werkwijze,
- er is voldoende draagvlak voor,
- ze is in overeenstemming met bestaande normen en waarden ten aanzien van goede zorg,
- ze is goed te begrijpen, de invoering wordt als haalbaar en niet al te moeilijk gezien,
- er kan mee geëxperimenteerd worden alvorens tot echte invoering wordt overgegaan,
- de doelen en de voordelen zijn concreet en operationaliseerbaar te maken.

Een zorgprogramma als geheel is vaak te complex om in één keer in te voeren. Beter kan worden bekeken wat de belangrijkste verschillen zijn tussen de bestaande praktijk en het zorgprogramma, waarna prioriteiten gesteld kunnen worden over de belangrijkste verbeterpunten die men wil aanpakken. In de praktijk kunnen de hierboven genoemde kenmerken van succesvolle vernieuwingen dan betrokken worden op de gekozen verbeterpunten.

Stap 2 Analyse van de doelgroep en de setting

De tweede stap in het model bestaat uit het analyseren van de context waarbinnen verandering van routines plaatsvindt, van kenmerken van de doelgroep, van bevorderende en belemmerende factoren en van aspecten van het handelen waarbinnen de afwijking van de voorgestelde verandering het grootst is. Of een verandering succesvol is, hangt af van een groot aantal factoren. Het is belangrijk om deze factoren vooraf in kaart te brengen. Het gaat dan om vooral de volgende factoren:

- de achtergronden van de implementatie: wie wil welke verandering om welke redenen,
- de huidige zorg: in hoeverre wordt afgeweken van de wenselijke werkwijze, door wie het meest en waar is verandering het meest nodig,
- segmenten binnen de doelgroep: in welke fase van verandering bevinden deze zich,
- de belemmerende en bevorderende factoren met betrekking tot de verandering.

Het implementeren van een verandering hoeft niet per se een grootschalige, instellingsbrede onderneming te zijn. Het kan ook in delen uitgevoerd worden. Door in de analyse te betrekken wat er in het huidige aanbod al aanwezig is en waar gaten vallen, kan de implementatie zich in eerste instantie richten op het vullen van de ontbrekende onderdelen.

Stap 3 Selectie en ontwikkeling van strategieën om veranderingen in te voeren

Afhankelijk van de uitkomsten uit de volgende stappen wordt een kosteneffectieve mix van maatregelen, methoden en strategieën ten behoeve van de implementatie ontwikkeld en eventueel getest samen met de doelgroep.

Verschillende strategieën zijn meestal nodig voor verschillende fasen in het implementeren:

- *verspreiding*: vergroten van de belangstelling voor en kennis van de innovatie, en bevorderen van een positieve houding en de bereidheid tot het aanpassen van de bestaande werkwijze,
- *invoering*: bevorderen van de feitelijke toepassing en er voor zorgen dat de nieuwe werkwijze een vast onderdeel wordt van de dagelijkse routines.

Strategieën kunnen zich richten op professionals, cliënten, de organisatie van de zorg, de financiering en wetgeving. De keuze van een bepaalde strategie hangt af van de aard van de vernieuwing en van de daarbij spelende belemmerende en bevorderende factoren.

Bij het kiezen van een strategie voor het invoeren van verbeterpunten uit een zorgprogramma is het belangrijk om per verbeterpunt steeds goed te analyseren wat de belemmerende en bevorderende factoren voor het invoeren van dat specifieke verbeterpunt zijn. Deze factoren worden dan meegenomen bij de keuze van de beste invoeringsstrategie. Zo zal deskundigheidsbevordering, gericht op hulpverleners, een goede verbeterstrategie zijn als men bv. de kwaliteit van het hulpaanbod wil verhogen of nieuwe modules aan het hulpaanbod wil toevoegen. Maar als men wil bevorderen dat ouders en kinderen zelf meer meepraten bij de keuze van een geschikt hulpaanbod zal de strategie zich meer richten op goede voorlichting aan ouders en kinderen over de beste hulp bij ADHD. En als men meer samenhang in het regionale hulpaanbod wil brengen zal een verbeterstrategie zich misschien meer richten op een andere organisatie van de zorg of op het verbeteren van de samenwerkingsafspraken in dat kader.

Stap 4 Ontwikkelen, testen en uitvoeren van het implementatieplan

Bij het maken van een implementatieplan moet aandacht besteed worden aan een effectieve verspreiding (om de aandacht en interesse te wekken en voldoende kennis van de verandering te garanderen), aan het bevorderen van de acceptatie (een positieve houding en de bereidheid om het handelen echt te veranderen) én aan het bevorderen van de feitelijke toepassing en de integratie ervan in de normale werkwijzen en zorgprocessen.

In de planning van de concrete implementatieactiviteiten (wanneer, waar en hoe gebeurt wat door wie?) kan aan de volgende punten gedacht worden:

- Begin met het invoeren van activiteiten met een overzichtelijke omvang en een duidelijk resultaat.
- Beginnen op kleine schaal met een beperkte groep gemotiveerde personen, teams of instellingen. Het implementatieplan en de diverse interventies worden getest op hun geschiktheid en haalbaarheid en worden op basis van de ervaringen bijgesteld.
- Planning volgens de verschillende fasen van het veranderingsproces: wat moet er nog gedaan worden om bepaalde subgroepen te informeren en te interesseren, wat moet er worden gedaan om weerstanden weg te nemen en wat is nodig om een verandering in te bouwen in bestaande zorgprocessen?
- Betrekken van de doelgroep: het is niet alleen belangrijk om de doelgroep te betrekken bij de ontwikkeling van een vernieuwing of bij het analyseren van invoeringsproblemen. Ook bij het opstellen en testen van het implementatieplan kunnen vertegenwoordigers van de doelgroep een cruciale rol vervullen. Zij weten het best wat mogelijk is en kunnen creatief meedenken over geschikte interventies.
- Planning van de activiteiten in de tijd: een concreet tijdpad wordt uitgezet en een logische volgorde aangebracht in de verschillende activiteiten.
- Verdeling van taken, procedures en verantwoordelijkheden: er wordt vastgelegd wie wat doet en wie waar controle op zal uitoefenen.
- Het implementatieplan wordt ingebouwd in bestaande structuren en kanalen voor contact met of scholing van de doelgroep.
- Concrete korte- en lange termijn doelen ten aanzien van het plan worden bepaald; deze zijn richtinggevend in een continue evaluatie.
- Structuren, middelen en personeel: afhankelijk van de vraag of het gaat om een kleinschalig, afdelings- of praktijkgebonden implementatieproject dan wel een grootschalig implementatieprogramma zal men op zoek gaan naar voldoende budget en voldoende expertise.
- De organisatiecultuur in de setting waarin invoering moet plaatsvinden kan aandacht behoeven. Een duidelijk leiderschap, een goede samenwerking tussen professionals en een cultuur waarin continu leren en verbeteren van de zorg centraal staat, zijn vaak voorwaarden voor het realiseren van de verandering.

Bij het zorgprogramma ADHD zijn vaak meerdere instellingen betrokken en gaat het om interprofessionele en interinstitutionele samenwerking. Dat geeft een eigen invulling aan de bovenstaande punten.

Stap 5 Evaluatie en (eventueel) bijstelling van het plan

Een laatste stap in de implementatie van innovaties in de zorg is de evaluatie van het invoeringsproces en van de bereikte resultaten: zijn de beoogde doelen gehaald? Dit is een cruciale stap die vaak onvoldoende aandacht krijgt. Men heeft de uitkomsten van een dergelijke evaluatie nodig om vast te stellen of de

geïnvesteerde energie tot resultaat heeft geleid en om, als dat niet het geval is, te bezien hoe meer succes geboekt kan worden.

De evaluatie kan consequenties hebben voor (zie het schema):

- aanpassen van het voorstel voor verandering, bijvoorbeeld het bijstellen van de doelen als blijkt dat die onrealistisch zijn;
- aanvullende analyses ten aanzien van belemmerende en bevorderende factoren; strategieën en maatregelen om tot verandering te komen, potentieel meer effectieve strategieën kunnen worden ontwikkeld;
- planning en uitvoering van de implementatie, de wijze waarop de invoering of het proces van verandering is georganiseerd wordt bijgesteld.

Evaluatie is geen eindstap in een implementatieproject. Er moet continu vastgesteld worden of men op het goede spoor zit en op basis van de bevindingen wordt de aanpak bijgesteld.

Door het continue terugrapporteren van tussentijdse evaluaties aan de betrokkenen ontstaat de mogelijkheid de aanpak nog tijdens de uitvoering aan te passen.

Het is van belang om te weten of de tevoren geformuleerde doelen worden bereikt in het project of programma.

- Korte termijn doelen: zijn de voorwaarden voor invoering gerealiseerd en is de doelgroep op de hoogte en accepteert die de verandering?
- Intermediaire doelen: past men de nieuwe werkwijze toe?
- Lange termijn doelen: wat is het effect in termen van gezondheidswinst, groter welbevinden en tevredenheid van cliënten en/of een grotere doelmatigheid van de hulpverlening?

Om te weten of de doelen worden bereikt, moet men deze allereerst meetbaar maken. Hiertoe dienen 'indicatoren' en criteria voor het behalen van de doelen te worden geformuleerd en geselecteerd.

Een tweede vraag is hoe men de evaluatie van de 'effecten' het best kan opzetten en welke methoden en instrumenten daarbij nuttig kunnen zijn. Om te kunnen interpreteren waarom de doelen juist wel of juist niet zijn bereikt, is het van belang in een 'procesevaluatie' na te gaan of het implementatieplan is uitgevoerd zoals beoogd en welke factoren van invloed waren op slagen of falen.

Ten slotte kan men aandacht besteden aan de kosten van of de benodigde investeringen in effectieve verandering van de zorgprocessen.

C Implementatie van zorgprogramma's in de regio

In veel regio's in Nederland is men actief op het terrein van zorgprogrammering. In een beperkter aantal regio's is al ervaring opgedaan met het invoeren van zorgprogramma's. Het is bekend dat de implementatie ervan niet zonder problemen is verlopen.

In 2002 is het onderzoeksrapport 'Implementatie van zorgprogramma's in de GGZ verschenen' (65). In dit onderzoek is een eerste inventarisatie en analyse gemaakt van de ervaringen in een tiental regio's met de invoering van zorgprogramma's in de GGZ. Dergelijke ervaringen zijn belangrijk voor andere regio's die bezig zijn met het ontwikkelen van zorgprogramma's of aan de start van de implementatie fase staan. In 2006 is aansluitend een boek uitgebracht waarin wordt beschreven, op basis van de beste kennis en praktijkervaringen, hoe op systematische wijze gewerkt kan worden aan de invoering van zorgprogramma's (63).

Invoeringstrajecten

Niet alle regio's geven op dezelfde manier vorm aan het implementatietraject. Het is belangrijk om hier vooraf een goed onderbouwde keuze in te maken en het niet te laten afhangen van bijvoorbeeld obstakels waar tijdens het proces tegenaan gelopen wordt. Hieronder staan voorbeelden van trajecten die in de regio's doorlopen zijn:

- Starten met een wijziging van de structuur van de hulpverlening (bijv. door het instellen van programmateams) om van daaruit de programma's te schrijven en vorm te geven.
- Starten met het schrijven van de programma's en vervolgens op basis daarvan de structuur van de organisatie aanpassen aan de indeling in programma's c.q. doelgroepen.
- De beschrijving van de programma's kan ook gebruikt worden als inhoudelijk leidraad bij het vormgeven van het hulpaanbod, zonder de organisatiestructuur ingrijpend te wijzigen.
- Er kan gekozen worden om te beginnen met de implementatie van een paar belangrijke onderdelen van het zorgprogramma, bijvoorbeeld de diagnostiek en de belangrijkste behandelmodules en -activiteiten.
- Er kan ook gekozen worden voor implementatie van programma's over de volle breedte van de zorg (voor- en alle noodzakelijke achterliggende programma's).
- In sommige regio's wordt bij invoering van de zorgprogramma's voor jeugdigen een structurele verbinding gelegd met relevante sectoren als de jeugdgezondheidszorg en het onderwijs.

Een belangrijke opmerking hierbij is dat het implementeren van een zorgprogramma zelden betekent dat er een volledig nieuw aanbod wordt geïntroduceerd. Over het algemeen zijn er al vele onderdelen in een regio aanwezig, en gaat het veel meer om een keuze uit vele opties, bijvoorbeeld de introductie van nieuwe protocollen, interventies en organisatievormen.

Knelpunten

De belangrijkste knelpunten die genoemd werden bij het invoeren van de zorgprogramma's zijn:

- weerstand bij medewerkers,
- gebrek aan ondersteuning (inhoudelijk, beleidsmatig, middelen),
- gebrek aan relevante managementinformatie,
- te snelle invoering van nieuwe organisatiestructuren,
- te hoge werkdruk van medewerkers,
- het ontbreken van goede randvoorwaarden,
- het feit dat de productienormen in een aantal gevallen niet meer gehaald werden.

Als oplossingen voor deze problemen (dus als bevorderende factoren) werden onder andere genoemd:

- het (alsnog) maken van een implementatieplan,
- monitoring van de voortgang van het implementatieproces,
- bijscholing/deskundigheidsbevordering op het vlak van de inhoud van programma's, als een concrete manier om vorm te geven aan de vernieuwing van de zorg,
- het vrijmaken van middelen en menskracht voor het vormgeven en ondersteunen van het invoeringsproces;
- het terugdraaien van niet-werkbare organisatieveranderingen,
- versterking van de begeleiding/coaching van het middenmanagement.

In de onderzoeksrapporten wordt een aantal aanbevelingen gedaan die betrekking hebben op:

- het proces van implementatie,
- de noodzakelijke ondersteuning,
- de betrokkenheid van medewerkers erbij,
- de betrokkenheid van cliënten en verwijzers,
- en de noodzakelijke randvoorwaarden.

Het invoeringsproces moet zoveel mogelijk procesmatig en gefaseerd worden voorbereid en uitgevoerd.

Op basis van een sterke / zwakte analyse dient vooraf een invoeringsplan opgesteld te worden. De doelen in de verschillende fasen van invoering moeten duidelijk en meetbaar beschreven worden. Dit schept de mogelijkheid om de invoering gepaard te laten gaan met begeleidend onderzoek naar de voortgang. In de praktijk kan het best van een projectstructuur gebruik gemaakt worden om de zorgprogramma's in te voeren.

Bij het proces van implementatie moet veel aandacht worden gegeven aan de winst van het werken met zorgprogramma's

De meerwaarde moet helder omschreven en meetbaar gemaakt zijn. Op basis van monitoring van het proces kan aandacht gegeven worden aan de uitkomsten. Communicatie hierover is van belang om het draagvlak verder te kunnen verbreden.

Een goede ondersteuning is een noodzakelijke vereiste voor een geslaagd invoeringstraject.

In de eerste plaats gaat het hier om het plannen en vrijmaken van voldoende mensen, middelen en tijd om de extra werkzaamheden voor de invoering uit te kunnen voeren. Daarnaast bestaat goede ondersteuning uit training van het (midden)management en actieve ondersteuning vanuit de top van de organisatie.

Medewerkers dienen vanaf het begin goed bij het invoeringstraject betrokken te worden.

Dit houdt in: communicatie over de geplande veranderingen en het openstellen voor ideeën van betrokken medewerkers. Op deze wijze kan weerstand worden geminimaliseerd en draagvlak gecreëerd voor de geplande veranderingen. Bovendien kan de kwaliteit van de zorgprogrammering worden vergroot door de ideeën van de betrokken medewerkers hierbij te betrekken.

Betrekken van cliënten en andere hulpverleners

Vroegtijdig dient gecommuniceerd te worden over de geplande veranderingen met andere sectoren en met cliëntgroeperingen. Zo kunnen wensen en verwachtingen van hulpverleners in verwante sectoren en van cliënten een rol spelen en kunnen zij eventueel aanpassen of inspelen op de invoering. Het draagvlak voor samenwerking en continuïteit kan hiermee worden vergroot. Daarnaast gaat het om bekendheid geven, bijvoorbeeld door het opstellen van brochures over de programma's.

Vroegtijdig moet ook aandacht gegeven worden aan de voor de invoering noodzakelijke randvoorwaarden

Dit komt uitvoerig aan bod in het hoofdstuk randvoorwaarden van dit basiszorgprogramma.

D Samenwerking tussen jeugdzorg en het onderwijs bij ADHD⁷

Voor kinderen met ADHD is het belangrijk dat in zorgprogramma's de afstemming met de leerlingenzorg in het onderwijs en met zorgstructuren in en om het onderwijs nadrukkelijk een plaats krijgen. Niet alleen wordt zo het zorgaanbod onderling afgestemd en in samenhang gebracht met de leerlingenzorg van scholen, ook bieden de zorgstructuren rond scholen een goede infrastructuur voor samenwerking, terugkoppeling en afstemming binnen zorgprogramma's. Aansluiten bij het onderwijs biedt de mogelijkheid gebruik te maken van de ervarings- en diagnostische kennis en van de kanalen die de school al heeft. De school kan veel informatie over het kind en systeem leveren en leerkrachten signaleren problemen al in een vroeg stadium. Daarnaast kan de school een rol spelen in de toeleiding van ouders en kinderen naar de (jeugd)zorg en vormt de school een laagdrempelige ingang voor de zorg.

De expertise van de geestelijke gezondheidszorg omtrent ADHD is voor scholen van groot belang bij de signalering, diagnostiek en indicatiestelling en aanpak van het kind in de klas. Hieronder worden aanknopingspunten voor samenwerking en afstemming met het onderwijs en een aantal concrete suggesties op het gebied van preventieve zorg en signalering, indicatiestelling en diagnostiek en behandeling van ADHD vermeld. Daarna wordt ingegaan op de zorgstructuur in en om scholen en de relevante partijen waar afstemming mee geregeld kan worden.

⁷ Deze tekst is opgesteld door Dolf van Veen en Deanne Radema van het Landelijk Centrum Onderwijs en Jeugd

Preventieve zorg en signalering

Preventieve zorg richt zich op de algemene zorg die geboden kan worden voor kinderen met (een vermoeden van) ADHD, waarmee verergering van problemen bij deze kinderen voorkomen kan worden en waarbij signalen van (te) druk gedrag snel opgepakt worden. Een voorbeeld van een preventieprogramma is 'Druktemakers 4 – 12 jaar' (66). Binnen dit preventieprogramma zijn verschillende producten ontwikkeld voor meerdere doelgroepen, zoals het onderwijs, de huisartsen en de kinderopvang. Het accent van het programma ligt op secundaire preventie: bevorderen dat (te) druk gedrag bij kinderen en opvoedingsproblemen eerder worden onderkend, er passende (vroegtijdige) begeleiding of ondersteuning is en een eventuele verwijzing adequaat wordt gerealiseerd. Drie speerpunten zijn:

- deskundigheidsbevordering van beroepsgroepen
- (opvoedings)ondersteuning aan ouders
- signalerings-, begeleidings- en verwijzingsprotocollen voor beroepsgroepen.

Het stappenplan voor het basisonderwijs bevat richtlijnen hoe de leerkracht - met de intern begeleider en externe ondersteuning - zo adequaat mogelijk kan reageren op druk gedrag, en - bij onvoldoende resultaat - welke verdere actie ondernomen kan worden. Concrete samenwerkingsmogelijkheden op het gebied van signalering zijn:

- gezamenlijk vaststellen van wijze van voorlichting en deskundigheidsbevordering voor IB-ers en leerkrachten met betrekking tot signaleren van ADHD
- met zorg en onderwijspartners vaststellen en hanteren van een signalenlijst
- afspraken over observatie- en screeningsinstrumenten
- afspraken over de stappen die in school gezet worden bij de signalering van een vermoeden van ADHD, met daarin aandacht voor het interne en externe traject
- ondersteuning en afstemming bij de eerste aanpak
- mogelijkheid tot consultatie van de GGZ in de vorm van een spreekuur en/of (vaste) contactpersoon.

Indicatiestelling en diagnostiek

De informatie van school over het didactisch en sociaal functioneren vormt een onmisbaar onderdeel bij de indicatiestelling en diagnostiek door de hulpverlener. Daarnaast is het van belang dat het traject van indicatiestelling en diagnostiek zo snel mogelijk doorlopen wordt en dat de school op de hoogte wordt gesteld van de uitkomsten. Ook op dit terrein kunnen samenwerkingsafspraken in het zorgprogramma opgenomen worden:

- afspraken over de informatie die scholen aanleveren ten behoeve van de diagnostiek en de wijze waarop dat gebeurt;
- afspraken over de aanmelding en route voor diagnostiek;
- afspraken over terugkoppeling naar de school over de diagnose (in overleg met de ouders);
- ondersteuning van de leerkracht en ouders bij wachttijden voor diagnostiek en behandeling.

Behandeling

Als bij een kind de diagnose ADHD is gesteld, dient de behandeling en ondersteuning gericht op kind, ouders en leerkrachten op elkaar afgestemd zijn. Voor de uitvoering van individuele zorgtrajecten is het nodig om met de betrokken school contact te onderhouden. Voor de school is het van belang te weten welke behandeling er is ingesteld voor het kind; welke gedragsprogramma's, eventuele medicatie, individuele therapie het kind krijgt. Ook is het voor de school goed te weten dat de ouders ondersteuning krijgen bij het omgaan met hun kind met ADHD. Daarnaast dient niet alleen het systeem, maar ook de school handelingsgerichte adviezen aangereikt te krijgen, óók als de diagnose ADHD uiteindelijk niet is gesteld. De begeleiding dient 'schoolnabij' en voor het onderwijs goed toegankelijk te worden uitgevoerd. De onderwijszorg kan zo bovendien optimaal worden afgestemd op (eventuele) externe zorgverlening en de aanpak van ouders. Concrete samenwerkingsmogelijkheden op het gebied van behandeling zijn:

- afstemming behandelingsplan van de zorg en handelingsplan van het onderwijs
- inzet van multimodale programma's in de thuissituatie en op school
- deskundigheidsbevordering in het omgaan met kinderen met ADHD in de klas, waaronder handelingsgerichte advisering van de leerkracht bij de aanpak ervan.

Voorbeelden van samenwerkingsinitiatieven tussen zorg en onderwijs zijn te vinden in de publicatie 'ADHD en samenwerking in de regio' (67). Zo heeft in Delfland de samenwerking vorm gekregen in een Multidisciplinair Diagnostiek en Indicatieteam (ADMIT) en werken GGZ, jeugdgezondheidszorg en onderwijs hierin samen. Deze samenwerking heeft geleid tot een duidelijk signalerings- en hulpverleningstraject, met een groot aantal aaneengeschakelde behandelvormen voor kinderen met ADHD en ondersteuning voor ouders en leerkrachten. Een ander voorbeeld, waarbij het accent juist ligt op het voortraject in scholen, is het bovengenoemde preventieprogramma Druktemakers 4-12, dat is te vinden in de regio Achterhoek/De Liemers. Een preventief programma zoals in de Achterhoek/De Liemers is vormgegeven met handvatten voor het voortraject in scholen, intensieve multidisciplinaire samenwerking van de jeugdzorgpartners bij de indicatiestelling en zorgverlening, en een centrale rol voor het samenwerkingsverbanden (WSNS) voor afspraken over de organisatie van de samenwerking vormen de essentiële bouwstenen voor optimalisering van de diagnostiek en zorgverlening.

Onderwijs als samenwerkingspartner in het zorgprogramma ADHD

Om de rol van het onderwijs in een zorgprogramma ADHD goed in te bedden en zorg en onderwijs af te stemmen is het van belang meer te weten over de organisatie van het onderwijs, de leerlingenzorg en de relevante partijen daarin. Allereerst wordt ingegaan op de samenwerkingsverbanden in het onderwijs, aangezien deze een cruciale schakel vormen in de zorg rond leerlingen binnen de school en met externe partners.

Samenwerkingsverbanden in het regulier onderwijs

Zowel in primair als voortgezet onderwijs zijn samenwerkingsverbanden van scholen opgezet. Voor het primair onderwijs zijn dit de samenwerkingsverbanden Weer Samen Naar School (WSNS), waarin reguliere basisscholen en scholen voor speciaal basisonderwijs verenigd zijn. Doel van deze samenwerkingsverbanden is er voor te zorgen dat zo veel mogelijk leerlingen onderwijs volgen in een reguliere basisschool, zodat zo min mogelijk kinderen verwezen hoeven worden naar het speciaal basisonderwijs (SBO). Zij bieden onder meer ambulante begeleiding of collegiale consultatie aan scholen. Ook scholen voor voortgezet onderwijs (VO) zijn verenigd in samenwerkingsverbanden. De samenwerkingsverbanden in het primair en voortgezet onderwijs verenigen scholen rond het thema 'zorg' en vervullen een centrale rol in de zorg voor leerlingen in het primair en voortgezet onderwijs en bij de organisatie van de samenwerking met externe instellingen in de regio.

Elk samenwerkingsverband heeft een coördinator. Deze vormt de schakel tussen intern begeleiders en zorgcoördinatoren enerzijds en schoolbesturen anderzijds voor het in gang zetten van initiatieven om de schoolse- en bovenschoolse zorg voor leerlingen met specifieke onderwijs/zorgbehoeften te versterken. De coördinatoren zijn voor externe partners dé gesprekspartners als het gaat om de organisatie en uitvoering van de aansluiting bij het onderwijs. Zij hebben een goed beeld van de kwaliteit van de zorg op hun scholen en van de bovenschoolse zorg die vanuit het samenwerkingsverband wordt geboden en zijn de schakel naar de schoolbesturen.

Organisatie van de zorg in het onderwijs

Hierna komt de zorg op verschillende niveaus in en rond de school kort aan de orde. In een aantal publicaties van het LCOJ is hierover meer informatie te vinden. (68)

■ Regulier onderwijs

Binnen de school

Schakel in de coördinatie van zorg *binnen* scholen zijn de intern begeleider (IB-er) in het primair onderwijs (PO), de zorgcoördinator in het voortgezet onderwijs (VO) en de trajectbegeleider in het beroepsonderwijs (MBO). Signalen van leerkrachten komen onder meer tijdens leerlingbesprekingen met deze functionarissen aan de orde. Daarnaast zijn in de scholen externe partijen actief, zoals het schoolmaatschappelijk werk, de jeugdgezondheidszorg, de leerplichtambtenaar en de onderwijsbegeleidingsdienst. Zij bieden consultatie en ondersteuning aan de school en onderzoek en hulp aan ouders en kinderen. In het basisonderwijs nemen deze partijen soms deel aan een zorgbespreking of zorgteam op de school of in het voortgezet onderwijs in het zorgadviesteam (ZAT).

Bovenschools niveau

Op *bovenschools niveau* hebben de samenwerkingsverbanden een belangrijk aandeel in de zorg rond leerlingen. Het behoort tot hun taak het professionaliseren van de intern begeleiders en zorgcoördinatoren, het bieden of organiseren van (preventief) ambulante begeleiding (PAB) of collegiale consultatie bij speciale onderwijszorg. Ook zijn er veelvuldig samenwerkingsrelaties met het speciaal onderwijs tot stand gebracht, met name rond de advisering van, verwijzing naar en indicatiestelling voor speciaal onderwijs. Elk samenwerkingsverband heeft een Permanente Commissie Leerlingenzorg (PCL), die minimaal tot taak heeft te beslissen of een kind toelaatbaar is voor het speciaal basisonderwijs, het voormalige LOM- en MLK-onderwijs (SBO) of specifieke onderwijsvoorzieningen in het Voortgezet Onderwijs zoals Reboundvoorzieningen en daarvoor beschikkingen af te geven. De samenwerkingsverbanden hebben een grote vrijheid in de inrichting van de bovenschoolse zorg.

Zorgstructuren in en om de school

In het kader van Operatie Jong (zie begrippenlijst) wordt ingezet op het ontwikkelen en versterken van zorgstructuren in en om scholen. Het gaat om het ontwikkelen van een structurele basisvoorziening waarbinnen aansluiting van en samenwerking met externe instellingen gerealiseerd is. (69) (70). Deze structurele samenwerking richt zich niet alleen op vroegsignalering, maar ook op probleemtaxatie en diagnostiek en in het verlengde daarvan indicatiestelling. Het Zorg- en AdviesTeam (ZAT) is verreweg de meest voorkomende vorm van samenwerking tussen scholen en externe instellingen. Het ZAT is een periodiek overleg dat zich richt op probleemtaxatie, consultatie, afstemming en activering van zorg. In het voortgezet onderwijs is op schoolniveau sprake van Zorg en Adviesteams (ZAT's) waarin jeugdgezondheidszorg, schoolmaatschappelijk werk en leerplicht als kernpartijen participeren. Binnen het voortgezet onderwijs heeft 91% van de scholen een ZAT (71). Op het niveau van het samenwerkingsverband VO vindt veelal de samenwerking met externe partijen als Bureau Jeugdzorg en REC plaats. Voor het primair onderwijs wordt de ontwikkeling van ZAT's momenteel op volle kracht ingezet en de vormgeving vindt bovenschools plaats. Hieraan nemen Bureau Jeugdzorg, schoolmaatschappelijk werk, WSNS, speciaal onderwijs en jeugdgezondheidszorg deel. Het bovenschoolse niveau is in veel gevallen het samenwerkingsverband, maar dit kan ook een gemeente zijn of een regio van (kleinere) gemeenten.

■ Speciaal onderwijs

Momenteel wordt de ontwikkeling ingezet dat het speciaal onderwijs aansluit bij de zorgstructuren van het regulier onderwijs en met name bij de ontwikkeling van de Zorg- en Adviesteams (ZAT's).

Regionale samenwerkingspartners in het onderwijs

De samenwerkingsverbanden in het primair en voortgezet onderwijs (WSNS-verbanden en VO-samenwerkingsverbanden) zijn de aangewezen samenwerkingspartners vanuit het onderwijs bij de regionale zorg rond ADHD. Het samenwerkingsverband vervult een brugfunctie tussen de leerkrachten en de IB-ers op de scholen die deel uitmaken van het samenwerkingsverband en de externe zorginstellingen. Ook kan de coördinator bijdragen aan het realiseren van de interne voorwaarden op de scholen om een goede samenwerking met externe zorgpartners mogelijk te maken. Een goede afbakening van taken van de school en die van lokale voorzieningen en de jeugdzorg is hierbij van groot belang.

Samenwerkingspartners op bestuurlijk niveau zijn de directeuren of schoolleiders, de bovenschools managers en de schoolbesturen. Deze zijn verantwoordelijk voor het zorgbeleid als onderdeel van het schoolbeleid. School besturen hebben invloed en dragen verantwoordelijkheid voor de keuzes die scholen maken bij het opzetten en invullen van hun zorgstructuur en de keuze voor hun samenwerkingspartners. Zij maken met gemeenten afspraken over de inzet van lokale partners in de zorgstructuur in en om de scholen. Samen met gemeenten werken schoolbesturen aan het opstellen en inhoudelijk vormgeven van een lokale educatieve agenda. De coördinator van het samenwerkingsverband vormt voor de GGZ ook de schakel naar de bestuurlijke partijen. De coördinator kan namens de directies en schoolbesturen als intermediair optreden.

Het aangaan van een samenwerkingsrelatie met de samenwerkingsverbanden WSNS en VO heeft voor de jeugdzorgpartners de volgende voordelen (67):

- Alle scholen van het samenwerkingsverband worden in één keer bereikt.
- De ADHD-zorgverlening sluit aan bij de leerlingenzorg van de scholen en die van het samenwerkingsverband. De zorg rond een kind met ADHD kan daarmee ingepast worden in het systeem van algemene en extra leerlingenzorg op de scholen.
- Wanneer naast externe hulpverlening voor de ADHD-problematiek ook een verwijzing naar het Speciaal Basisonderwijs, de reboundvoorziening of het Speciaal Onderwijs aan de orde is, kunnen beide trajecten beter op elkaar afgestemd worden.
- De ADHD-zorgverlening kan ingepast worden in of aanvullend gemaakt worden op de bestaande samenwerking van de scholen en het samenwerkingsverband met jeugdzorgpartners in de regio.
- Het signalerings- en zorgtraject rond ADHD kan ingepast worden in het bestaande zorg- en verwijzings-traject van de scholen en het samenwerkingsverband.
- Er kan geprofiteerd worden van de preventief ambulante begeleiding van leerkrachten die de samenwerkingsverbanden en het REC (voor speciaal onderwijs) kunnen bieden.
- De jeugdzorgpartners en het onderwijs kunnen gezamenlijk werken aan goede consultatie en schoolgerichte ondersteuning voor leerkrachten en IB-ers en kunnen IB-ers en leerkrachten gericht deskundiger gemaakt worden en geschoold worden in de signalering van en aanpak bij vermoedens van ADHD.

Afkortingen en begrippenlijst Onderwijs

CvI	Commissie voor Indicatiestelling. Regionale commissies verbonden aan Regionale Expertise Centra (REC's). De CVI beoordeelt welke schoolsoort het meest passend is.
IB	intern begeleider. Medewerker in het primair onderwijs met als primaire taak het coördineren van de zorg rondom een leerling.
IZC	Interne Zorgcoördinator; Medewerker in het voortgezet onderwijs met als primaire taak het coördineren van de zorg rondom een leerling.
LCOJ	Landelijk Centrum Onderwijs & Jeugdzorg (onderdeel van NJI)
MBO	Middelbaar Beroepsonderwijs. Beroepsgerichte opleidingen in 4 sectoren: agrarisch, techniek, economie en dienstverlening en gezondheidszorg.
NJI	Nederlands Jeugdinstituut NJI.
Operatie Jong	Operatie Jong is een samenwerkingsverband van de ministeries van VWS, OCW, Justitie, SZW, BZK en VROM in de periode 2003-2007. Operatie Jong wil samenhang in het jeugdbeleid versterken en samenwerking tussen departementen, mede-overheden en instellingen verbeteren.
(P)AB	(preventief) ambulante begeleiding (vanuit SBO of REC). Begeleiding in het regulier onderwijs gericht op het vroegtijdige herkennen van jonge risicokinderen.
PCL	Permanente Commissie Leerlingenzorg. PCL's hebben als wettelijke taak een toestemmingsverklaring af te geven voor plaatsing van een kind op een speciale school voor basisonderwijs (SBO), de zogenaamde toelaatbaarheidsbeschikking. Wanneer scholen ondersteuning wensen bij de begeleiding van zorgleerlingen op hun eigen school kunnen ze dit melden bij de PCL.
Rebound	Reboundvoorziening. Biedt tijdelijke opvang aan leerlingen in het voortgezet onderwijs, die door hun gedrag niet meer te handhaven zijn op school.
REC	Regionaal Expertise Centrum. Clustering van speciale schoolsoorten en scholen die wettelijk geregeld is in de wet op de expertisecentra. De REC's zijn verdeeld in vier clusters. Cluster 1: onderwijs aan kinderen met visuele handicaps, cluster 2: onderwijs aan kinderen met communicatieve handicaps, cluster 3: onderwijs aan kinderen met verstandelijke en lichamelijke handicaps en cluster 4: onderwijs aan kinderen met ernstige gedrags- en psychiatrische problematiek. Elk cluster heeft REC's die over het hele land verdeeld zijn.
SBO	Speciaal Basisonderwijs. Speciale scholen voor basisonderwijs voor kinderen met leer- en opvoedingsmoeilijkheden, moeilijk lerende kinderen en in hun ontwikkeling bedreigde kleuters (ook wel jonge risicokinderen genoemd). Op grond van de wet op het primair onderwijs vervangen deze de lom- en mlk-scholen.
VO	Voortgezet Onderwijs. Hieronder vallen het vmbo, havo, vwo en het speciaal voortgezet onderwijs.
WSNS	Weer Samen Naar School. Proces dat gericht is op realisatie van een samenhangend geheel van zorgvoorzieningen binnen en tussen basisscholen en in samenwerking met speciale scholen voor basisonderwijs. Doel is dat zoveel mogelijk leerlingen een ononderbroken ontwikkelingsproces kunnen doormaken en niet meer naar een speciale school voor basisonderwijs hoeven te gaan. De extra zorg komt naar de leerlingen op de basisschool, waardoor zij langer opgevangen kunnen worden in hun eigen school. Scholen voor primair onderwijs hebben zich hiertoe georganiseerd in samenwerkingsverbanden WSNS.
ZAT	Zorg- en Adviesteam. Multidisciplinaire teams die zich bezighouden met de afstemming van de schoolinterne op de schoolexterne (jeugd)zorg. De samenstelling van de teams verschilt, vaak zijn vaste partners GGD en Bureau Jeugdzorg. Maar ook (school)maatschappelijk werk, leerplicht en politie kunnen aanhaken. Periodiek overleg van een ZAT is gericht op probleemtaxatie, consultatie, afstemming en activering van zorg.
ZioS	'Zorg in en om School' is een project dat in opdracht van het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap wordt uitgevoerd door APS en LCOJ. 'Zorg in en om School' is een van de thema's van <i>Operatie Jong</i> .

Hoofdstuk 10 Literatuur en bronverwijzingen

Bronverwijzingen

Relevante websites

Zorgprogramma's/protocollen

Literatuur

Trimbos website

Op de website van het Trimbos-instituut, www.trimbos.nl, zijn in de rubriek 'psychische stoornissen onder 'informatie voor professionals' de hoofdstukken over ADHD uit de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid (2003) te vinden. Onder 'producten' is het pdf-document Multidisciplinaire Richtlijn ADHD te vinden.

Via de website www.ggzrichtlijnen.nl is de digitale versie van de Multidisciplinaire Richtlijn ADHD te vinden met de mogelijkheid naar achterliggende informatie door te klikken.

Voorts zijn er op de website links naar:

- cliënten- en familie-organisaties
- databanken
- geestelijke gezondheid
- geestelijke gezondheidszorg
- internationale organisaties
- kenniscentra
- middelen en verslaving
- nationale organisaties
- onderzoeksinstituten
- verslavingszorg
- wet en -regelgeving

Andere relevante websites:

Balans, landelijke vereniging voor

ontwikkelings-, gedrags- en leerproblemen

Nederlands Jeugdinstituut

*Databank Effectieve interventies

*Landelijk Centrum Onderwijs en Jeugd

Landelijk Kenniscentrum Kinder- en jeugdpsychiatrie

Nationaal Kompas Volksgezondheid

GGZ Richtlijnen

GGZ Zorgprogrammering

Preventie

Volwassenen en ADHD

Startpagina

Internationale links

www.balansdigitaal.nl

www.nederlandsjeugdinstituut.nl

www.jeugdinformatie.nl

www.onderwijsjeugdzorg.nl

www.kenniscentrum-kjp.nl

www.rivm.nl/vtv/data

www.ggzrichtlijnen.nl

www.ggzkennisnet.nl

www.lsp-preventie.nl

www.netwerkadhbijvolwassenen.nl

www.impulsdigitaal.nl

adhd.startpagina.nl

www.chadd.org

www.nimh.nih.gov

www.zitstil.be

Zorgprogramma's en protocollen

preventieprogramma's

Preventieprogramma's ADHD/Druk gedrag zijn te vinden via de website www.lsp.nl .

zorgprogramma's

Zorgprogramma's zijn in verschillende regio's aanwezig of in ontwikkeling. De programma's richten zich op de jeugd-GGZ of op een sectoroverstijgend zorgaanbod. Soms maken ADHD-zorgprogramma's deel uit van een zorgprogramma Gedragsstoornissen. Hieronder zijn enkele vindplaatsen voor specifieke programma's ADHD bij kinderen vermeld:

Adhesie, Deventer

Altrecht, Den Dolder

De Grote Rivieren, Dordrecht

GGZ Delfland, Delft

GGzE, Eindhoven

GGNet, Warnsveld

GGZ Dijk en Duin, Castricum

Symfora Groep, Amersfoort

protocollen

Het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie heeft in 2006 protocollen voor psychologische behandelvormen beoordeeld op wetenschappelijke onderbouwing. De resultaten en vindplaats zijn te vinden op de website van het kenniscentrum.

Het betreft de protocollen :

'Opstandige kinderen, een compleet oudertrainingsprogramma'

'Groepsmediatietherapie op Maat'

'Hoe Henkie handig werd'

'Ouders speuren naar sporen'

'Remweg (plus en 10+)'

'Gedragstherapeutische groepsoudertraining'

'Samen met Joep Loep speuren naar sporen'

'Hoe kleiner hoe fijner'

Literatuur

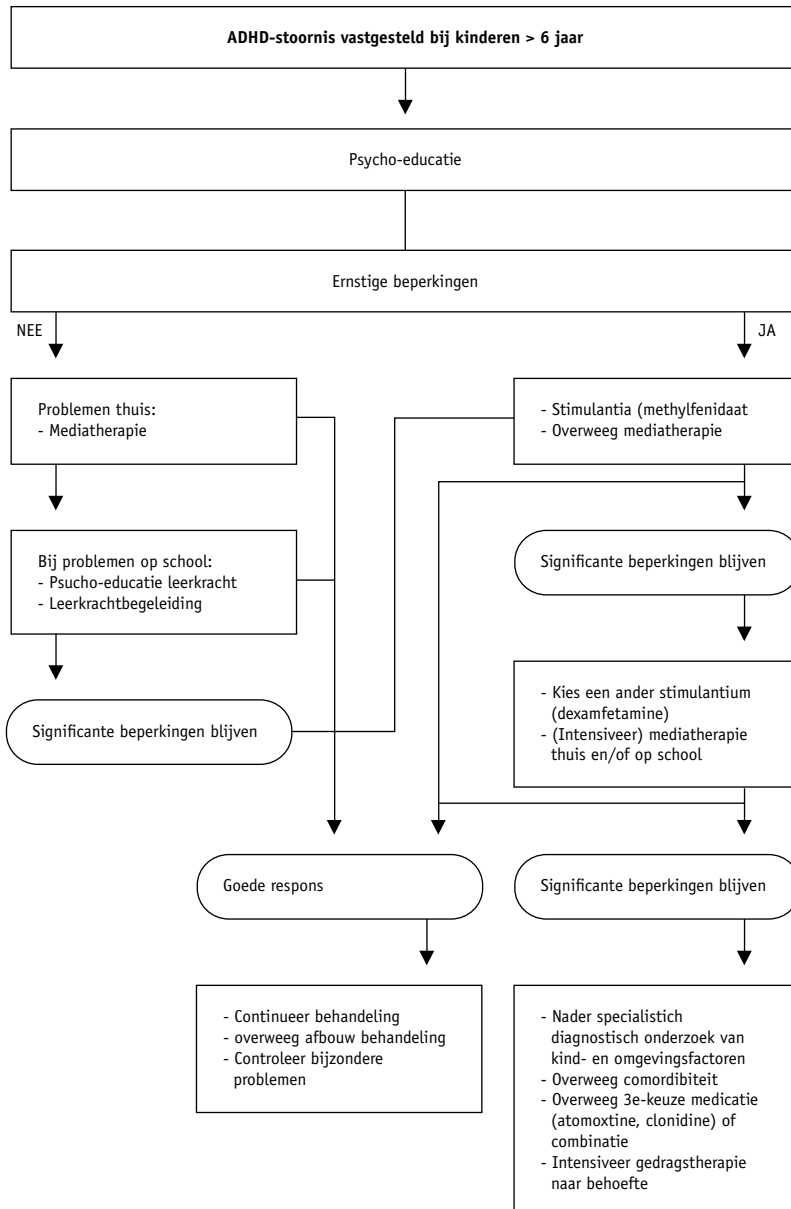
- (1) Smit F, Bohlmeijer E, Cuijpers P. Wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie : epidemiologie, aangrijpingspunten, huidige praktijk, nieuwe richtingen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
- (2) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR tm. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- (3) Grol R, Wensing M. Implementatie: effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2001.
- (4) Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn ADHD : richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen 2005. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005.
- (5) Barkley R, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 2002; 111(2):279-289.
- (6) Schoemaker C, Ruiter Cd, Berg Mvd, Cuijpers P, Graaf Rd, Have Mt et al. Nationale monitor geestelijke gezondheid : jaarboek 2003 : ADHD, anorexia nervosa en andere psychische stoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
- (7) Gunning WB. Aandachtstekort-/hyperactiviteitsstoornissen (ADHD). In: Verhulst FC, Verheij F, Ferdinand RF, editors. *Kinder- en jeugdpsychiatrie, psychopathologie*. Assen: Koninklijke van Gorcum, 2003: 139-150.
- (8) Barkley RA. *Attention-deficit hyperactivity disorder, 3rd ed.: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press, 2006.
- (9) Gezondheidsraad. *Diagnostiek en behandeling van ADHD*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000.
- (10) Kooij JJ, Aeckerlin LP, Buitelaar JK. Functioneren, comorbiditeit en behandeling van 141 volwassenen met aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD) op een algemene polikliniek Psychiatrie. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 2001; 145(31):1498-1501.
- (11) Angold A, Costello E, Erkanli A. Comorbidity. *Journal of child psychology and psychiatry* 1999; 40(1):57-87.
- (12) Pliszka SR. Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child And Adolescent Psychiatric Clinics Of North America* 2000; 9(3):525-540, vii.
- (13) Buitelaar JK, Kooij JJS. Aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD); achtergronden, diagnostiek en behandeling. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 2000; 144(36):1716-1723.
- (14) Biederman J, Faraone S, Milberger S, Curtis S, Chen L, Marris A et al. Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry* 1996; 35(3):343-351.
- (15) Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Chen L, Jones J. ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent* 1997; 36(1):37-44.
- (16) Biederman J, Wilens T, Mick E, Faraone SV, Weber W, Curtis S et al. Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry* 1997; 36(1):21-29.
- (17) Gershon J. A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders* 2002; 5(3):143-154.
- (18) Zwirs BWC. *Externalizing disorders among children of different ethnic origin in the Netherlands*. Utrecht: Universiteit van Utrecht, 2006.
- (19) Kooij JJS. *ADHD bij volwassenen : inleiding in diagnostiek en behandeling*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2002.
- (20) Nadeau K. *Aandacht, een kopzorg? Een gids voor volwassenen met concentratieproblemen (ADD/ADHD)*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1999.
- (21) Nadeau KG, Quinn PO. *Understanding women with AD/HD*. Advantage Books: Silver Spring, 2002.

- (22) Wamel Av, Takkenkamp J, Meeuwissen J, Voordouw I, Verburg H. Landelijk basisprogramma depressie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005.
- (23) Voordouw I, Bohlmeijer E, Blekman J. Samenwerking praktijk, onderzoek en beleid in de GGZ preventie : stand van zaken basisprogramma's 2003 - planning 2004. Utrecht: Trimbos-instituut, 2004.
- (24) Ormel J, Neeleman J, Wiersma D. Determinanten van psychische ongezondheid; implicaties voor onderzoek en beleid. Tijdschrift voor psychiatrie 2001; 43(4):245-257.
- (25) Doyle AE, Faraone SV. Familial links between attention deficit hyperactivity disorder, conduct disorder, and bipolar disorder. Current Psychiatry Reports, 2002 Apr; Vol 4 (2), pp 146-52 2002.
- (26) Faraone SV, Doyle AE. The nature and heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. Child And Adolescent Psychiatric Clinics Of North America, 2001 Apr; Vol 10 (2), pp 299-316, viii-ix 2001.
- (27) Kuntsi J, Stevenson J. Hyperactivity in children: a focus on genetic research and psychological theories. Clinical Child And Family Psychology Review, 2000 Mar; Vol 3 (1), pp 1-23 2000.
- (28) Thapar A, Holmes J, Poulton K, Harrington R. Genetic basis of attention deficit and hyperactivity. British journal of psychiatry 1999; 174:105-111.
- (29) Barkley R. ADHD and the nature of self-control. New York: Guilford, 1997.
- (30) Castellanos FX, Giedd JN, Marsh WL, Hamburger SD, Vaituzis AC, Dickstein DP et al. Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. Archives Of General Psychiatry, 1996 Jul; Vol 53 (7), pp 607-16 1996.
- (31) Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS et al. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. JAMA The Journal Of The American Medical Association 2002; 288(14):1740-1748.
- (32) Swanson JM, Sergeant JA, Taylor E, Sonuga-Barke EJ, Jensen PS, Cantwell DP. Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. Lancet, 1998 Feb 7; Vol 351 (9100), pp 429-33 1998.
- (33) Rubia K, Overmeyer S, Taylor E, Brammer M, Williams SC, Simmons A et al. Hypofrontality in attention deficit hyperactivity disorder during higher-order motor control: a study with functional MRI. The American Journal Of Psychiatry, 1999 Jun; Vol 156 (6), pp 891-6 1999.
- (34) Zametkin AJ, Nordahl TE, Gross M, King AC, Semple WE, Rumsey J et al. Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. The New England Journal Of Medicine, 1990 Nov 15; Vol 323 (20), pp 1361-6 1990.
- (35) Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Jones J. Further evidence of an association between maternal smoking during pregnancy and attention deficit hyperactivity disorder: findings from a high-risk sample of siblings. Journal Of Clinical Child Psychology, 1998 Oct; Vol 27 (3), pp 352-8 1998.
- (36) Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Maternal smoking during pregnancy and psychiatric adjustment in late adolescence. Archives Of General Psychiatry, 1998 Aug; Vol 55 (8), pp 721-7 1998.
- (37) Streissguth AP, Bookstein FL, Sampson PD, Barr HM. Attention: Prenatal alcohol and continuities of vigilance and attentional problems from 4 through 14 years. Development and Psychopathology 1995; 7:419-446.
- (38) Whitaker AH, Van Rossem R, Feldman JF, Schonfeld IS, Pinto-Martin JA, Tore C et al. Psychiatric outcomes in low-birth-weight children at age 6 years: relation to neonatal cranial ultrasound abnormalities. Archives Of General Psychiatry, 1997 Sep; Vol 54 (9), pp 847-56 1997.
- (39) Breslau N, Brown GG, DelDotto JE, Kumar S, Ezhuthachan S, Andreski P et al. Psychiatric sequelae of low birth weight at 6 years of age. Journal Of Abnormal Child Psychology, 1996 Jun; Vol 24 (3), pp 385-400 1996.
- (40) Taylor E, Sandberg S, Thorley G, Giles S. The epidemiology of childhood hyperactivity. New York: Oxford University Press, 1991.
- (41) Dekker MC, Koot HM. DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. I: prevalence and impact. Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry, 2003 Aug; Vol 42 (8), pp 915-22 2003.
- (42) Pearson DA, Yaffee LS, Loveland KA, Lewis KR. Comparison of sustained and selective attention in children who have mental retardation with and without attention deficit hyperactivity disorder. American Journal of Mental Retardation 1996; 100(6):592-607.

- (43) Crijnen AA, Achenbach TM, Verhulst FC. Problems reported by parents of children in multiple cultures: the Child Behavior Checklist syndrome constructs. *The American Journal Of Psychiatry*, 1999 Apr; Vol 156 (4), pp 569-74 1999.
- (44) Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E et al. Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter's indicators of adversity. *Archives of general psychiatry* 1995; 52(6):464-470.
- (45) Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child And Family Psychology Review*, 2001 Sep; Vol 4 (3), pp 183-207 2001.
- (46) Keown LJ, Woodward LJ. Early parent-child relations and family functioning of preschool boys with pervasive hyperactivity. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 2002 Dec; Vol 30 (6), pp 541-53 2002.
- (47) Woodward L, Taylor E, Dowdney L. The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines*, 1998 Feb; Vol 39 (2), pp 161-9 1998.
- (48) Doreleijers T. De dokter en de zware jongen: over de behandeling van jongeren met psychiatrische stoornissen die misdrijven begaan. *Medisch Contact* 1998; 53(17):581-585.
- (49) Buitelaar J. Geboren voor het kwaad? Feiten en misverstanden over de relatie tussen ADHD en criminaliteit. *Neuropraxis* 2001; 5(6):198-200.
- (50) Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991.
- (51) Achenbach TM. Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991.
- (52) Scholte EM, Ploeg JD. De ontwikkeling en toetsing van de ADHD-vragenlijst. *Kind en adolescent: tijdschrift voor pedagogiek, psychiatrie en psychologie* 1999; 20(2):76-92.
- (53) Conners CK. Conners' Rating Scale-Revised. New York: Multi-Health Systems Inc, 1997.
- (54) Rutter M, Tizard J, Whitmore K. Education, Health and Behaviour. London: Longmans, 1970.
- (55) Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of child psychology and psychiatry* 1997; 38(581):586.
- (56) Achenbach TM. Manual for the Youth Self Report and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991.
- (57) Robin AL. The impact of ADHD on marriage. *The ADHD Report* 2002; 10(3):9-14.
- (58) Eenhoorn AE. Samen met Joep Loep speuren naar Sporen. Doetinchem: Graviant, 1998.
- (59) Prins P, Brink Et, Eenhoorn A. ADHD : een multimodale behandeling. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1999.
- (60) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4de versie). Washington DC: American Psychiatric Press, 1994.
- (61) Paternotte A, Buitelaar J. Het is ADHD : alles over de kenmerken, diagnose, behandeling en aanpak thuis en op school. Bilthoven: Balans, 2005.
- (62) Kleeff vA. O jee, een kind met ADHD. www.ojeeadhd.nl, 2006.
- (63) Verburg H, Boerema I, Wiersma D. Zorgprogramma's van papier naar praktijk. Utrecht: Trimbos-instituut, 2006.
- (64) Wensing M, Splunteren Pv, Hulscher M, Grol R. Praktisch nieuw: Implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg. Assen: Van Gorcum, 2000.
- (65) Verburg H, Vliet Cvd. Implementatie van zorgprogramma's in de GGZ. Verslag van een inventariserend onderzoek in 10 regio's. Utrecht: GGZ Nederland, 2002.
- (66) GGD Gelre-IJssel, IJsselkring / Iselinge, Bureau Jeugdzorg, Spectrum CMO, WSNS-De Liemers. Stappenplan Druktemakers. Zevenaar: GGNet Preventie en Dienstverlening, 2006.
- (67) Jongepier N, Radema D, Veen Dv, Bosdriesz M. ADHD en samenwerking in de regio. Handreiking voor samenwerkingsverbanden WSNS en hun partners in de begeleiding van kinderen met (vermoedens van) ADHD. Apeldoorn/Leuven: Garant, 2006.

- (68) Bosdriesz M, Lieshout Mv, Radema D. Zorg en zorgen delen: Het primair onderwijs als professionele samenwerkingspartner voor bureau jeugdzorg; invulling geven aan de aansluitingstaak. Apeldoorn/Leuven: Garant, 2006.
- (69) Veen Dv. Samenwerking onderwijs, lokale voorzieningen en jeugdzorg. Jeugd 2005; 3:16-31.
- (70) Zios. Zorg in en om school. www.zios.nl, 2007.
- (71) Veen Dv, Steenhoven Pvd. LCOJ Factsheet Monitor 2005: Leerlingenzorg en zorgadviesteams in het voortgezet onderwijs. www.onderwijsjeugdzorg.nl, 2006.

Bijlage 1 Beslisbomen Multidisciplinaire Richtlijn ADHD



** Deze interventies zijn nadrukkelijk **aanvullend** en worden dus niet als op zichzelf staande evidence based

