

JGZ-richtlijn ADHD

Signalering, begeleiding en toeleiding naar diagnostiek

Colofon

De onderbouwing van de *JGZ-richtlijn ADHD; Signalering, begeleiding en toeleiding naar diagnostiek* is gemaakt in opdracht van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), met financiering van ZonMw.

Autorisatie

Inhoudelijk door de AJN, V&VN fractie jeugd en NVDA

Randvoorwaardelijk door ActiZ en GGD-Nederland

De richtlijn is ontwikkeld en vastgesteld door de werkgroep JGZ-richtlijn ADHD:

Els van der Ban, Kinder- en Jeugdpsychiater

Martin Beeres, Huisarts

Saskia Blom, Orthopedagoog

Frits Boer, Hoogleraar Kinder- en jeugdpsychiatrie (emeritus), voorzitter van de werkgroep

Mieke Broekhuizen-Holtes, Klinisch Psycholoog

Anneke Driessen, Jeugdverpleegkundige

Luuk Kalverdijk, Kinder- en Jeugdpsychiater

Sylvia van Manen, Huisarts

Daphne Oude Luttikhuis, Doktersassistente

Rob Pereira, Kinderarts

Jacky Stuifmeel, Oudervereniging Balans

Dinemarie Teunissen, Arts Maatschappij en Gezondheid, Jeugdarts

Carry Wensing, Arts maatschappij en gezondheid, Jeugdarts

Aan de teksten van de onderbouwing is bijgedragen door: *Anzion Tekst en schrijfadvis* (Hilversum).

Eindredactie: Frits Boer en Geurt van de Glind

Projectleiding: Geurt van de Glind, Trimbos-instituut, afdeling Zorginnovatie

Utrecht, 16 oktober 2014

Trimbos-instituut

Da Costakade 45,

3521 VS Utrecht Postbus 725,

3500 AS Utrecht

Telefoon: 030-2971100

E-mail: info@trimbos.nl

Fax: 030-2971111

Inhoud

1	Algemene Inleiding	5
1.1	Aanleiding	5
1.2	Afbakening	5
1.3	Doelstelling	6
1.4	Toepassing van richtlijnen	7
1.5	Diversiteit	7
1.6	Uitgangsvragen	8
1.7	Samenstelling werkgroep en klankbordgroep	9
1.8	Wetenschappelijke onderbouwing	9
1.9	Format	10
1.10	Praktijktest en indicatorontwikkeling	10
1.11	Autorisatie en uitgave	11
1.12	Leeswijzer	11
2	Specifieke inleiding ADHD	14
2.1	Waarom een 'richtlijn ADHD' en niet een 'richtlijn gedrags- en concentratieproblemen'?	14
2.2	ADHD – classificatie of klinische diagnose?	14
2.3	Diagnose ADHD (DSM-5)	15
2.4	De plaats van ADD	18
2.5	Aard van de stoornis	18
2.6	Epidemiologie	19
2.7	Comorbiditeit	20
2.8	Prognose	20
2.9	De positie van ouders	21
2.10	Leerkrachten en peuterspeelzaalleidsters	22
2.11	Andere volwassenen	23
3	Signaleren van ADHD	26
3.1	Stappen in het proces van signaleren tot diagnosticeren	27
3.1.1	Stap 1: Voorfase	27
3.1.2	Stap 2: Signalering – generieke instrumenten	31
3.1.3	Stap 3: Signalering – ADHD-specifiek instrument	34
3.1.4	Stap 4: Diagnosticeren	35
4	Selectie van instrumenten	37
4.1	Generieke Signaleringsinstrumenten	38
4.1.1	Generieke signaleringsinstrumenten voor kinderen, jonger dan 6 jaar	38
4.1.1.1	Ages and Stages Questionnaire (ASQ:SE)	39
4.1.1.2	Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA)	39
4.1.1.3	Probleem Inventarisatie (KIPPI-2)	40
4.1.1.4	Strengths and Difficulties Questionnaire 3-4 (SDQ 3-4)	40
4.1.1.5	Vergelijking generieke instrumenten	41
4.1.2	Generieke signaleringsinstrumenten voor jeugdigen van 6 jaar en ouder	43
4.1.2.1	Development and Well-Being Assessment (DAWBA)	43
4.1.2.2	Pediatric Symptom Checklist (PSC)	44
4.1.2.3	Strengths and Difficulties Questionnaire 4-16 en 11-17 (SDQ)	45

4.2	Signalering: specifiek op ADHD gerichte instrumenten	51
4.2.1	Inleiding	51
4.2.2	ADHD specifieke instrumenten voor kinderen jonger dan 6 jaar	51
4.2.3	ADHD specifieke instrumenten voor jeugdigen van 6 jaar en ouder	55
4.2.3.1	Achenbach system of empirically based Assessment (ASEBA)	55
4.2.3.2	Child Behaviour Checklist 6-18 (CBCL)	55
4.2.3.3	Teacher's Report Form (TRF)	57
4.2.3.4	Youth Self Report (YSR)	58
4.2.3.5	ADHD-vragenlijst (AVL)	59
4.2.3.6	Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF)	61
4.2.3.7	Conners' Parent en Teacher Rating Scale (CPRS en CTRS)	63
4.2.3.8	Sociaal Emotionele Vragenlijst (SEV)	65
4.2.3.9	Swanson, Nolan, and Pelham-IV (SNAP-IV)	66
4.2.3.10	Vragenlijst Voorloper ADHD (VVA)	66
4.2.3.11	Praktijktest specifieke ADHD instrumenten	67
5	Diversiteit	75
5.1	Inleiding	75
5.2	Leeftijd en ADHD	75
5.3	Etniciteit en ADHD	76
5.4	Jongens en meisjes en ADHD	79
5.5	Verstandelijke beperking	80
5.6	Comorbiditeit of differentiaaldiagnose	80
6	Samenwerking, afstemming van zorg	84
6.1	Positie in het werkveld	84
6.1.1	De rol van de JGZ	84
6.2	Samenwerking bij begeleiding van jeugdigen met ADHD-symptomen	85
6.2.1	Jeugdigen jonger dan 6 jaar	86
6.2.2	Jeugdigen van 6 jaar en ouder	87
6.2.3	Stroomdiagram Stroomschema vermoeden ADHD in de JGZ	89
6.3	Ondersteuning in voor- en natraject	90
6.3.1	Voortraject	90
6.3.2	Natraject	95
6.3.3	Nazorg huisarts na de diagnostiek en behandeling in de tweede lijn	98
6.3.4	Het bevorderen van medicatietrouw	98
7	Inventarisatie van kennislacunes; onderwerpen voor toekomstig onderzoek	103

1 Algemene Inleiding

1.1 Aanleiding

Op uitnodiging van de programmacommissie van ZonMw Richtlijnen Jeugdgezondheid, heeft een werkgroep van ter zake deskundigen, onder voorzitterschap van prof. dr. Frits Boer deze JGZ richtlijn ontwikkeld. Daarbij maakte zij gebruik van wetenschappelijke, en ervaringskennis van professionals, en raadpleegde zij een voor deze richtlijn samengestelde klankbordgroep. Het proces werd ondersteund en begeleid vanuit het Trimbos-instituut.

De overkoepelende doelstelling van de ontwikkeling van deze richtlijn is om een bijdrage te leveren aan de uniformering en professionalisering van de jeugdgezondheidszorg (JGZ).

Na autorisatie van de richtlijn door de RAC stelt het NCJ de richtlijn formeel vast en is het NCJ vervolgens verantwoordelijk voor de publicatie, verspreiding en ondersteuning bij de implementatie.

1.2 Afbakening

De richtlijn is multidisciplinair en richt zich primair op de in de JGZ werkende disciplines. Dat houdt in dat de richtlijn primair bedoeld is voor jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en doktersassistenten in de JGZ. In augustus 2012 is het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) gestart met de ontwikkeling van de NHG-Standaard ADHD bij kinderen. Het NHG is betrokken geweest bij de ontwikkeling van de JGZ-richtlijn ADHD en voor de NHG-Standaard hebben zij de onderbouwing van de JGZ-richtlijn als startpunt gebruikt, ook omdat de JGZ nauw samenwerkt met huisartsen. Het multidisciplinaire karakter van de richtlijn wordt gekenmerkt door de aandacht die de richtlijn besteedt aan de samenwerking in de zorgorganisatie, waaronder doorverwijzing en coördinatie van zorg en het benutten van expertise van aanpalende disciplines. Dit zijn, als het gaat om doorverwijzing, classificatie en behandeling, huisartsen, praktijkondersteuners voor huisartsen-GGZ (POH-GGZ), kinderartsen, kinderverpleegkundigen, kinder- en jeugdpsychiaters, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV) en (psychiatrisch) verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten werkzaam in de GGZ, psychologen en (ortho)pedagogen. Aan de ontwikkeling van de richtlijn hebben vertegenwoordigers van beroepsgroepen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg meegewerkt: Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) fractie jeugd en Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA). Daarnaast waren vertegenwoordigers van ketenpartners en de brancheverenigingen ACTIZ en GGD-Nederland betrokken. De richtlijn richt zich op de kerntaken van de JGZ. Deze zijn:

- vroegsignaleren en signaleren van risicofactoren;
- nader onderzoek bijvoorbeeld door screenen;
- zorgbehoefte in kaart brengen en toeleiding van ouders/verzorgers naar aansluitende ondersteuning;
- voorlichting en advisering;
- coördinatie van zorg.

De richtlijn geeft handvatten aan professionals en via hen aan ouders/verzorgers over de onderlinge samenwerking en communicatie bij het signaleren en in kaart brengen van klachten die gerelateerd zijn aan ADHD.

De richtlijn geeft inzicht in het proces van signaleren, begeleiden, nader onderzoek en toeleiding naar verdere diagnostiek. Na diagnostiek heeft de JGZ een rol in de monitoring van behandeling en nazorg gedurende de vastgestelde contactmomenten, die, indien nodig, meer frequent plaats kunnen vinden. In de richtlijn wordt de

kwaliteit en bruikbaarheid van signalerings- en screeningsinstrumenten beschreven die het proces van nader onderzoek en toeleiding naar verdere diagnostiek ondersteunen (zie de hoofdstukken 3 en 4).

In hoofdstuk 6 komen aspecten van diversiteit (geslacht, intelligentie, etniciteit en comorbiditeit) aan bod. En in hoofdstuk 6 wordt de samenwerking en afstemming met andere partners in de keten van zorg besproken.

De ontwikkeling van deze richtlijn bestaat uit een systematische analyse van de beschikbare wetenschappelijke literatuur en toepasbaarheid daarvan naar de praktijk van de JGZ. Voorts zijn ook ervaringen van professionals meegenomen als er geen wetenschappelijke onderbouwing voor handen was.

De inbreng van ouders/verzorgers is bij de ontwikkeling van deze richtlijn gewaarborgd in de vorm van afvaardiging van de Stichting Balans in de werkgroep en in de klankbordgroep. Met deze afvaardiging wordt beoogt de aanbevelingen te vertalen naar de individuele ouder/verzorger en rekening houdend met diversiteit. De samenwerking tussen ouders/verzorgers en professionals bij het signaleren en screenen van een mogelijke ADHD komt in diverse hoofdstukken aan bod.

De leeftijd van de jeugdigen met ADHD ligt voor deze richtlijn tussen 0 tot en met 18 jaar.

Om deze onderbouwing handzaam, en daarmee beperkt van omvang te houden zijn diverse documenten, zoals de samenstelling van de werkgroep, verantwoording van het literatuuronderzoek, overzicht van bewijstabellen, ondergebracht in een apart document met bijlagen. Dit document heet *Bijlagen bij de onderbouwing van de JGZ-richtlijn ADHD*;

Signalering, begeleiding en toeleiding naar diagnostiek. Het document is net als deze onderbouwing, de gebruikersversie en samenvattingskaart te vinden op de website van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (www.ncj.nl).

1.3 Doelstelling

Een richtlijn is een document dat aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies geeft ter ondersteuning van de besluitvorming van professionals. Dit berust op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en de daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig medisch/psychologisch/pedagogisch handelen. Het geheel van richtlijnen en afspraken in een bepaalde professionele praktijk of beroepsgroep vormt samen de professionele standaard. Professioneel hulpverlenerschap houdt in dat men zich houdt aan de professionele standaard en dat men die in overleg met ouder/kind vertaalt naar de individuele situatie.

Bij het opstellen en actualiseren van richtlijnen ontstaat ook inzicht in het ontbreken van kennis op bepaalde onderdelen van de richtlijn of in de mate waarin deze al dan niet wordt toegepast. Ook bij deze richtlijn zijn kennislacunes aangegeven. Deze kennislacunes kunnen gebruikt worden om gewenst onderzoek te agenderen, en zijn weergegeven in hoofdstuk 7 van deze richtlijn.

1.4 Toepassing van richtlijnen

De ontwikkeling van richtlijnen is een stimulans om tot een geïntegreerd kwaliteitsbeleid te komen. Richtlijnen op zichzelf zijn echter onvoldoende voor het verbeteren van de zorg voor jeugdigen. Pas wanneer zij juist en in

voldoende mate worden toegepast, zal dit effect hebben op de kwaliteit van geleverde diensten en zorg en is er sprake van een meerwaarde.

Om werkgevers niet te confronteren met moeilijk in productieafspraken in te passen richtlijnen Jeugdgezondheid waren, ten behoeve van afstemming gedurende de richtlijnontwikkeling, de koepel- en brancheorganisaties van de werkgevers (ACTIZ en GGD Nederland) vertegenwoordigd in de klankbordgroep.

Om een goede afstemming van de richtlijn en de daarin geformuleerde aanbevelingen met het praktijkveld van de JGZ te bevorderen, zijn er naast deze onderbouwing nog twee producten ontwikkeld:

- 1) de gebruikersversie van de richtlijn;
- 2) de samenvattingskaart.

Ook deze producten zijn te vinden op de website van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ). Daarnaast zijn, gedurende de ontwikkelfase van de richtlijn, de drie producten (onderbouwing, gebruikersversie, samenvattingskaart) in de praktijk onderzocht op toepasbaarheid via een praktijktest.

1.5 Diversiteit

Bij de ontwikkeling van de richtlijn is rekening gehouden met verschillende diversiteitsaspecten van de doelgroep, zoals sekse, leeftijd, verstandelijke beperking en etniciteit. Hiertoe is in de richtlijn een apart hoofdstuk opgenomen over screening van ADHD bij allochtone jeugdigen, bij jongens versus meisjes en bij jeugdigen met een verstandelijke beperking (Hoofdstuk 5).

1.6 Uitgangsvragen

Voorafgaande aan deze richtlijn is een knelpuntenanalyse uitgevoerd (zie bijlage 1). Op basis van deze knelpuntenanalyse zijn de volgende uitgangsvragen opgesteld.

Vraag 1 Signaleren en screenen

1a: Wat is nodig voor betrouwbare signalering en screening van ADHD-problematiek bij jeugdigen?

- Wat is de algemene klinische context?
- Welke signalerings- en screeningsinstrumenten worden in Nederland gebruikt?
- Wat is de kwaliteit van deze instrumenten?

1b: Diversiteit: Welke aandachtspunten zijn aan te geven voor specifieke doelgroepen waarbij mogelijk ADHD-symptomen aanwezig zijn, zoals jeugdigen in verschillende leeftijdsfasen, allochtone jeugdigen, meisjes/jongens, jeugdigen met verstandelijke beperking en met het vermoeden op comorbiditeit en ADHD.

1c. Zijn er screeningsinstrumenten die geschikt zijn voor deze doelgroepen?

Vraag 2 Ouders/jeugdigen

2a. Welke rol spelen ouders, verzorgers en leerkrachten bij het signaleren van klachten die wijzen op ADHD bij hun kind?

- Welke informatie is belangrijk om aan ouders/verzorgers/leerkracht te geven wanneer er sprake is van signalen bij de jeugdige die kunnen wijzen op ADHD?
- Welke adviezen kunnen gegeven worden aan ouders/verzorgers voor de omgang met de jeugdige in de thuis-, school- of opvangsituatie, wanneer er signalen zijn die kunnen duiden op ADHD?

Vraag 3: Samenwerking en organisatie

3a. Op welke manier kan het proces van doorverwijzen en samenwerken in de keten efficiënter verlopen en hoe en door wie kan dit gecoördineerd worden?

3b. Wat zijn de organisatorische voorwaarden waarbinnen detectie (instrument, gesprek en verwijzing) succesvol kan worden toegepast?

De uitkomsten van vraag 2 over de rol van ouders/verzorgers en leerkrachten zijn niet in een afzonderlijk hoofdstuk gerapporteerd, maar in paragrafen in de hoofdstukken over ADHD, over signalering en screening en over samenwerking en nazorg, omdat zij niet los kunnen worden gezien van de rol van professionele hulpverleners, maar daarmee geïntegreerd dienen te zijn.

1.7 Samenstelling werkgroep en klankbordgroep

De werkgroep was multidisciplinair samengesteld.

De werkgroep bestond uit vertegenwoordigers van diverse beroeps- en ouderverenigingen (zie bijlage 2).

1.8 Wetenschappelijke onderbouwing

De ontwikkelingsmethode van de richtlijn is gebaseerd op de EBRO-methodiek (Van Everdingen 2004). De kern hiervan bestaat uit het systematisch zoeken, selecteren en beoordelen van de wetenschappelijke literatuur en het transparant weergeven van de resultaten met aansluitende meningsvorming. Waarbij er een expliciet en direct verband bestaat tussen de individuele aanbevelingen en het onderliggende bewijsmateriaal.

De richtlijn is voor zover mogelijk gebaseerd op bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Relevante artikelen werden gezocht door het verrichten van systematische zoekacties. Er werd gezocht naar gepubliceerde artikelen in PsychINFO, Pubmed, Cochrane en de Embase databases. De geselecteerde artikelen zijn door de epidemiologen beoordeeld op kwaliteit van het onderzoek en gegradeerd naar mate van bewijskracht.

Voor gedetailleerde verantwoording van de wetenschappelijke onderbouwing voor deze richtlijn wordt verwezen naar de bijlagen 3 t/m 8).

Als de literatuur niet voldoende evidence based materiaal oplevert, is de volgende werkwijze gevolgd. Er is gezocht naar andere bestaande richtlijnen over ADHD (zie bijlage 3). In de afgelopen jaren zijn er verschillende richtlijnen verschenen over ADHD. Deze richtlijnen zijn van goede kwaliteit, maar starten alle bij diagnostiek en behandeling van ADHD. Om die reden zijn geen van de richtlijnen meegenomen bij de wetenschappelijke onderbouwing van deze richtlijn.

Waar dit ook onvoldoende opleverde, is de COTAN geraadpleegd.

De Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) van het NIP bevordert de kwaliteit van tests en testgebruik in Nederland. Verder informeert de COTAN testgebruikers over de stand van zaken op testgebied. De COTAN beoordeelt psychodiagnostische instrumenten (tests, vragenlijsten, observatieschalen enz.) met de volgende criteria:

- Uitgangspunten van de testconstructie
- Kwaliteit van het testmateriaal
- Kwaliteit van de handleiding
- Normen
- Betrouwbaarheid
- Begripsvaliditeit
- Criteriumvaliditeit

(NIP, 2013)

Als laatste is de werkgroep op basis van consensus tot aanbevelingen gekomen.

1.9 Format

Wetenschappelijke onderbouwing

In de bijlagen wordt verantwoording afgelegd van de wijze waarop de wetenschappelijke literatuur is gezocht en beoordeeld ter beantwoording van de uitgangsvragen. In de richtlijntekst is per deelonderwerp onder de kop *Wetenschappelijke onderbouwing* een samenvatting en kritische bespreking van de bevindingen opgenomen. De bespreking van de literatuur mondt per paragraaf uit in een of meerder conclusies.

Conclusie op grond van literatuur

Op basis van de wetenschappelijke onderbouwing wordt de conclusie geformuleerd. Deze conclusie wordt weergegeven samen met de literatuurreferenties waarop deze gebaseerd is, met vermelding van het niveau van bewijs (zie bijlage 4). De conclusie mag geen elementen bevatten die niet in de tekst zijn onderbouwd. De lezer moet in een oogopslag kunnen zien hoe hard het bewijs is waarop de uitspraak is gebaseerd. In principe is iedere conclusie voorzien van een bewijsniveau.

Overige overwegingen

Het zijn niet alleen de resultaten van wetenschappelijk onderzoek op basis waarvan de werkgroep tot een aanbeveling komt. Er zijn ook allerlei andere overwegingen die een rol spelen, zoals veiligheid, cliëntenperspectief, gebruikersgemak, kosten en kosteneffectiviteit, organisatie van zorg, beschikbaarheid van voorzieningen, en morele en juridische aspecten. De overige overwegingen zijn zo expliciet mogelijk vermeld in de tekst. De kracht van een dergelijke tekst is dat ze motiveert waarom een aanbeveling van belang is.

Aanbevelingen

Op grond van de conclusies en de overige overwegingen komt de werkgroep tot een of meerdere aanbevelingen. De aanbevelingen dienen praktisch, relevant en bruikbaar te zijn in de dagelijkse praktijk. De formulering moet helder en eenduidig zijn en de aanbeveling mag geen elementen bevatten die niet in de wetenschappelijke conclusie of in de overige overwegingen zijn besproken.

1.10 Praktijktest en indicatorontwikkeling

De acceptatie en invoering van de richtlijn zal worden bepaald door de feitelijke toepasbaarheid van de richtlijn in de dagelijkse praktijk. Om die reden is van deze richtlijn ook een zogenoemde gebruikersversie gemaakt. Hiertoe is in aansluiting op het richtlijn ontwikkeltraject een pilotstudie (praktijktest) uitgevoerd in 4 regio's. Voorafgaande aan de praktijktest zijn door het Trimbos-instituut in samenwerking met de werkgroep aanbevelingen ontwikkeld, die op bruikbaarheid zijn getoetst gedurende de praktijktest. Na de praktijktest zijn op basis van aanbevelingen indicatoren ontwikkeld. De ontwikkeling en de toepassing van indicatoren draagt bij aan de implementatie van richtlijnen. Indicatoren maken het mogelijk om te meten of de richtlijnen worden nageleefd, en kunnen signaleren welke onderdelen van de zorg verbeterd kunnen worden. Ook kunnen indicatoren een rol spelen bij het afleggen van externe verantwoording. Het is aan het NCJ om te beoordelen welke indicatoren zij willen opnemen, passend bij de Basisdataset JGZ.

1.11 Autorisatie en uitgave

De uitkomsten van de commentaarronde en praktijktest zijn verwerkt in de richtlijn. Deze richtlijn is ter vaststelling voorgelegd aan de Richtlijnadviescommissie (RAC). Na vaststelling van de richtlijn door de Richtlijn Advies Commissie wordt het copyright van de richtlijn overgedragen aan het Centrum Jeugdgezondheid om op

uniforme wijze over te gaan tot vermenigvuldiging, verspreiding, borging en gebruiksevaluatie twee jaar na introductie.

Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) is verantwoordelijk voor het uitbrengen van de richtlijnen in een herkenbaar en samenhangend format. Daarnaast heeft het NCJ als taak de richtlijnen te verspreiden en te implementeren in het veld.

Uiterlijk in 2018 bepaalt de RAC of deze richtlijn nog actueel is. Tot die tijd zijn ook de aan de ontwikkeling van deze richtlijn deelnemende verenigingen verantwoordelijk voor het melden van fouten in de richtlijn. Ook zijn de verenigingen via de individuele zorgverleners verantwoordelijk voor het melden van ontwikkelingen in wetenschap of zorgpraktijk die bijstelling of herziening van de richtlijn noodzakelijk maken. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen daartoe aanleiding geven.

1.12 Leeswijzer

De teksten in de paragrafen sluiten zoveel mogelijk aan op concrete, in de dagelijkse praktijk ervaren problemen. Deze worden omgezet in algemene uitgangsvragen, die de titels van de paragrafen kunnen vormen. De uitgangsvragen worden vervolgens uitgewerkt tot een of meerdere zoekvragen aan de hand waarvan literatuur wordt gezocht.

Het gaat in deze richtlijn om jeugdigen met een vermoeden van ADHD¹.

Kinderen en jongeren worden in de richtlijnteksten aangeduid als jeugdigen. Dit sluit aan bij terminologie als: *jeugdgezondheidszorg* (voor 0-19 jaar) en centrum voor *jeugd* en gezin (idem).

Wanneer er over ouders gesproken wordt, worden ook verzorgers bedoeld. Wanneer er over leerkrachten gesproken wordt, worden ook begeleiders en *remedial teachers* bedoeld.

De term JGZ-professional wordt hier gebruikt voor die professionals die betrokken zijn bij herkenning, screening en doorverwijzing, bij begeleiding en ondersteuning en bij nazorg als het gaat om de zorg voor ouders en jeugdigen met (vermoeden van) ADHD. Dit zijn jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en de doktersassistenten. Waar nodig wordt een onderscheid gemaakt.

¹ Verderop in deze tekst worden veel adviezen gegeven die ook gelden voor jeugdigen waarbij al ADHD is vastgesteld. In de praktijk gaat het vaak om dezelfde soort adviezen.

Literatuur bij Hoofdstuk 1

NIP (2013). http://www.psynip.nl/wat-doet-het-nip/tests/wat-is-de-cotan_.html (Geraadpleegd op:10-04-2013)

Van Everdingen, J.J.E., Burgers, J.S., Assendelft, W.J.J., Swinkels, J.A., Van Barneveld, T.A., *Van de Klundert, J.L.M. (red).* 2004. *Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

2 Specifieke inleiding ADHD

Dit hoofdstuk geeft informatie over uitgangspunten van screening, diagnostiek en de voor- en nazorg van jeugdigen waarbij sprake is van ADHD of een vermoeden daarvan, die naar de mening van de werkgroep algemeen geaccepteerd zijn. Daaraan voorafgaand wordt een overzicht gegeven van de stoornis ADHD. Dit overzicht is ontleend aan de richtlijn uit 2005, en waar nodig aangevuld met nieuwe informatie.

2.1 Waarom een ‘richtlijn ADHD’ en niet een ‘richtlijn gedrags- en concentratieproblemen’?

Deze richtlijn is bedoeld om professionals in de jeugdgezondheidszorg behulpzaam te zijn bij het tijdig herkennen van kinderen en jongeren bij wie sprake zou kunnen zijn van ADHD. Het spreekt vanzelf dat dit vermoeden ook kan rijzen bij kinderen of jongeren, bij wie dit achteraf niet het geval blijkt te zijn. Omdat er maatschappelijk ongerustheid bestaat over het te snel toekennen van een classificatie als ADHD aan kinderen en jongeren, is wel voorgesteld om deze richtlijn een andere naam te geven, bijvoorbeeld ‘richtlijn voor kinderen of jongeren met activiteits- of aandachtsproblemen’. Wij hebben daar niet voor gekozen, omdat dit onduidelijkheid schept. Naarmate het bereik breder wordt geformuleerd, moet met meer problemen of stoornissen rekening worden gehouden. Dit overstijgt ruimschoots het gebied dat voor deze richtlijn in kaart is gebracht. Wel moet worden bedacht dat deze richtlijn er ook is om vermoedens op ADHD te kunnen wegnemen.

2.2 ADHD – classificatie of klinische diagnose?

De criteria voor ADHD (*Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* ofwel Aandachtstekort stoornis met Hyperactiviteit/Impulsiviteit) worden omschreven in de DSM-5, een systeem dat als *classificatie* voor research is bedoeld (APA, 2013). In DSM-5 wordt nadrukkelijk gesteld dat voor het kiezen van een passende behandeling het kennen van een classificatie niet voldoende is. Daarvoor moet een *klinische diagnose* (‘clinical case formulation’) worden opgesteld, waarin de klinische geschiedenis wordt beschreven en een gedegen samenvatting wordt gegeven van de sociale, psychologische en biologische factoren die kunnen hebben bijgedragen aan het ontwikkelen van de stoornis.

Inmiddels is ingeburgerd dat er ook van een *diagnose* ADHD wordt gesproken, wanneer aan de criteria van de DSM-5 wordt voldaan. Ook de overheid volgt dit gebruik als het bijvoorbeeld gaat om verzekeringen. Dit is uiteraard een te beperkt perspectief om voor een jeugdige een goed behandelplan op te kunnen stellen.

Voor deze richtlijn wordt deze terminologie overgenomen: een *jeugdige met de diagnose ADHD voldoet aan de DSM-5 criteria voor ADHD*. Hierbij past de kanttekening dat bij de term *diagnose* van ADHD niet alleen de classificatie, maar ook de (brede) klinische diagnose wordt bedoeld.

Het stellen van de diagnose ADHD is volgens DSM-5 op elke leeftijd mogelijk. Wel wordt in de toelichting bij de criteria nadrukkelijk vermeld dat ADHD voor de basisschoollleeftijd vooral tot uiting komt in hyperactiviteit en

dat bij kinderen jonger dan vier jaar hyperactiviteit moeilijk valt te onderscheiden van de gewone vormen van activiteit van peuters en kleuters.

In de JGZ is er op zeer jonge en jonge leeftijd aandacht en als nodig begeleiding voor gedragsproblemen, wanneer ouders en/of professionals in de omgeving van het kind daarvoor een hulpvraag hebben of gedragsproblemen signaleren. Er kunnen dan handvatten gegeven worden hoe het beste om te gaan met dit gedrag. Gedrag waarbij nog geen sprake hoeft te zijn van ADHD (of een andere gedragsstoornis). Deze richtlijn maakt nu juist duidelijk wanneer JGZ-professionals jeugdigen en hun ouders moeten toeleiden naar diagnostiek, en eventuele verder behandeling.

Voor meer ernstige vormen van gedragsproblemen wordt verwezen naar de Richtlijn Ernstige Gedragsproblemen die voor de Jeugdzorg is ontwikkeld (De Lange et al., 2013).

2.3 Diagnose ADHD (DSM-5)

In de multidisciplinaire richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen (ten behoeve van de GGZ; stammend uit 2005) werd nog uitgegaan van de DSM-IV-TR voor de classificatie van ADHD. Sedert 2013 is er de DSM-5 (niet DSM-V), die in de loop van 2014 in de Nederlandse editie is geïntroduceerd, die ADHD als volgt definieert:

Er zijn 5 (A-E) diagnostische criteria. Aan alle 5 criteria moet worden voldaan alvorens tot classificatie van ADHD kan worden overgegaan:

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

1 Onoplettendheid

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

NB De symptomen zijn niet alleen een manifestatie van oppositioneel gedrag, uitdagendheid, vijandigheid of een onvermogen om taken of instructies te begrijpen. Oudere adolescenten en volwassenen (17 jaar en ouder) moeten minstens aan vijf symptomen voldoen.

De betrokkene:

a Slaagt er vaak niet in voldoende aandacht te geven aan details, of maakt achteloos fouten in schoolwerk, op het werk of gedurende andere activiteiten (kijkt bijvoorbeeld over details heen of mist deze; levert slordig werk af).

b Heeft vaak moeite om aandacht bij taken of spelactiviteiten te houden (heeft bijvoorbeeld problemen om geconcentreerd te blijven tijdens een les of gesprek, of bij het lezen van een lange tekst).

c Lijkt vaak niet te luisteren als hij of zij direct wordt aangesproken (lijkt bijvoorbeeld afwezig, zelfs als er geen duidelijke aanleiding is).

d Volgt vaak aanwijzingen niet op en slaagt er dikwijls niet in om schoolwerk, karweitjes of taken op het werk af te maken (begint bijvoorbeeld wel met een taak, maar raakt snel afgeleid).

e Heeft vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten (heeft bijvoorbeeld moeite om een reeks taken achter elkaar af te maken; vindt het lastig om benodigdheden en eigendommen op hun plek op te bergen; het werk is slordig en wanordelijk; heeft moeite met tijdsindeling; haalt deadlines niet).

f Vermijdt vaak om, heeft een afkeer van, of is onwillig om zich bezig te houden met taken die een langdurige geestelijke inspanning vereisen (bijvoorbeeld schoolopdrachten of huiswerk; bij adolescenten en volwassenen: een rapport opstellen, formulieren invullen, of lange artikelen doornemen).

g Raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of activiteiten (bijvoorbeeld materiaal voor school, potloden, boeken, gereedschap, portemonnee, sleutels, papieren, bril, mobiele telefoon).

h Wordt gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels (bij oudere adolescenten en volwassenen kan het gaan om gedachten aan iets anders).

i Is vaak vergeetachtig tijdens dagelijkse bezigheden (bijvoorbeeld bij karweitjes, boodschappen doen; bij oudere adolescenten en volwassenen bijvoorbeeld terugbellen, rekeningen betalen, afspraken nakomen).

2 Hyperactiviteit en impulsiviteit

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

NB De symptomen zijn niet alleen een manifestatie van oppositioneel gedrag, uitdagendheid, vijandigheid, of een onvermogen om taken of instructies te begrijpen. Oudere adolescenten en volwassenen (17 jaar en ouder) moeten minstens aan vijf symptomen voldoen.

De betrokkene:

a Beweegt vaak onrustig met handen en voeten, of draait in zijn of haar stoel.

b Staat vaak op in situaties waarin verwacht wordt dat je op je plaats blijft zitten (staat bijvoorbeeld op van zijn of haar plek in de klas, op kantoor of op een andere werkplek, of in andere situaties waarin je op je plaats moet blijven zitten).

c Rent vaak rond of klimt overal op in situaties waarin dit ongepast is (NB Bij adolescenten of volwassenen kan dit beperkt zijn tot gevoelens van rusteloosheid).

d Kan moeilijk rustig spelen of zich bezighouden met ontspannende activiteiten.

e Is vaak 'in de weer' of 'draaft maar door' (is er bijvoorbeeld niet toe in staat, of voelt zich ongemakkelijk om lang stil te zitten, zoals in een restaurant, tijdens een vergadering; anderen kunnen de betrokkene onrustig of moeilijk bij te houden vinden).

f Praat vaak excessief veel.

g Gooit het antwoord er vaak al uit voordat een vraag afgemaakt is (maakt bijvoorbeeld de zinnen van anderen af; kan niet op zijn of haar beurt wachten tijdens een gesprek).

h Heeft vaak moeite op zijn of haar beurt te wachten (bijvoorbeeld bij het wachten in een rij).

i Stoort vaak anderen of dringt zich op (bijvoorbeeld mengt zich zomaar in gesprekken, spelletjes of activiteiten; gebruikt ongevraagd en zonder toestemming te verkrijgen de spullen van een ander; bij adolescenten en volwassenen: dringt zich op bij de activiteiten van anderen of neemt deze over).

B Verscheidene symptomen van onoplettendheid of hyperactiviteit-impulsiviteit waren voor het 12^e jaar aanwezig.

C Verscheidene symptomen van onoplettendheid of hyperactiviteit-impulsiviteit zijn aanwezig op twee of meer terreinen

(bijvoorbeeld op school of werk; met vrienden of gezinsleden; tijdens andere activiteiten).

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

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

De DSM-5 spreekt niet langer van subtypes, maar van beelden. Dit omdat de symptomen van ADHD niet stabiel zijn en blijven in individuele patiënten. Met name symptomen van hyperactiviteit/impulsiviteit lijken in de adolescentie/jong volwassenheid af te nemen, terwijl symptomen van onoplettendheid dan meer naar voren kunnen komen.

Het gecombineerde beeld ADHD komt het meest voor. Hier is dan ook het meest over gepubliceerd in de wetenschappelijke literatuur. ADHD – Beeld Overwegend Onoplettendheid komt wat minder voor. De minst voorkomende variant is het ADHD – Beeld Overwegend Hyperactief/Impulsief.

Ook kan de diagnose worden gesteld ADHD - In Partiële Remissie. Dit kan wanneer er bij een adolescent of een volwassene het volledige beeld is afgenomen, maar er nog wel ernstige symptomen blijven. De diverse varianten zijn niet stabiel. Dat wil zeggen, ze kunnen bij een individu in het verloop van de ontwikkeling in elkaar overgaan.

ADHD- Beeld Overwegend Onoplettendheid is strikt genomen geen externaliserende gedragsstoornis, omdat de meeste beperkingen vooral voor de jongere zelf ontstaan. Deze jeugdigen zijn, naast de aandachtstekort symptomen, ook vaak dromerig, passief en traag. Ze kunnen teruggetrokken zijn of in een eigen wereld leven en hebben daardoor ook in sociaal opzicht problemen. Het beeld van het kind met het overwegend onoplettendheid beeld voldoet niet aan het (publieke) verwachtingspatroon van het drukke kind met ADHD en werd daardoor in het verleden nogal eens gemist. Op dit moment is er juist een toename van de diagnose en lijkt een waarschuwing voor overdiagnostiek op zijn plaats.

International Classification of Diseases (ICD), ICD-10

Het gecombineerde beeld komt overigens in grote lijnen overeen met de *hyperkinetic disorder* in de ICD-10-classificatie. Overwegend onoplettendheid beeld komt *niet* in de ICD-10 voor.

2.4 De plaats van ADD

In een eerdere versie van de DSM werd ADHD – Overwegend Onoplettendheid type in het Engels aangeduid als Attention Deficit Disorder, ofwel ADD. Ofschoon DSM deze aanduiding niet meer kent, wordt de afkorting nog steeds gebruikt. Dit heeft ermee te maken dat in het spraakgebruik en ook in de klinische praktijk ADHD vaak wordt vereenzelvigd met het Gecombineerde of Overwegend Hyperactief/Impulsief beeld. Wij zullen in deze richtlijn de term ADD niet gebruiken, omdat deze niet meer verwijst naar een bestaande classificatie. In plaats daarvan zullen wij trachten om duidelijk te maken dat ADHD als samenvattende term ook mensen betreft met vooral problemen rond onoplettendheid.

2.5 Aard van de stoornis

ADHD is een beschrijvende diagnose, gebaseerd op waargenomen en gerapporteerde gedragskenmerken. Het vaststellen van deze kenmerken zegt niets over de oorzaak ervan. Voor het merendeel van de gevallen is het op individueel niveau niet mogelijk om een relatie te leggen met specifieke neurobiologische of omgevingsfactoren.

Er zijn wetenschappelijke discussies gaande over een aantal basale vragen die nu, en ook in de toekomst, invloed hebben op de visie op ADHD en op actuele ontwikkelingen in de zorg. Moeten ADHD (en de beelden) wel worden beschouwd als één op zichzelf staande stoornis, of misschien meer als een vorm van gedrag dat door heterogene oorzaken kan ontstaan? Zo zijn er bij wetenschappelijk onderzoek bij groepen kinderen met ADHD aanwijzingen dat er op neurobiologisch gebied afwijkingen bestaan in de hersenen/hersencircuits en dat de hersenrijping bij kinderen met ADHD anders/vertraagd kan verlopen. De vraag is of dat nu bij alle kinderen met ADHD het geval is. Is er sprake van een stoornis of eerder van gedragskenmerken die ofwel excessief aanwezig zijn, ofwel relatief normaal zijn maar niet gemakkelijk worden gecompenseerd en geaccepteerd in de maatschappij (Timimi & Taylor 2004)? Of is er zelfs niet sprake van 'geleerd' gedrag dat past binnen sociologische ontwikkelingen (Singh 2011)? Maken de veranderingen in de criteria door de loop van de jaren (van de DSM-II naar de DSM-5) niet dat te sterk verschillende of te grote populaties onder de diagnose ADHD vallen? Deze discussies zijn niet nieuw, en worden al jaren gevoerd, zolang de diagnose en de behandeling van gedrag van jeugdigen met stimulantia bestaan (Iversen 2006).

Hiermee verwant is de discussie over het te snel 'medicaliseren' van kinderen door het stellen van een psychiatrische diagnose bij afwijkend gedrag dat vooral zou berusten op opvoedingsproblemen (NICE 2009). Zie hiertoe ook de in 2014 gepubliceerde rapportage van de Gezondheidsraad over ADHD (Gezondheidsraad, 2014).

Dit zou een kind onnodig stigmatiseren en daarmee zijn ontwikkeling ongunstig beïnvloeden. Daartegenover wordt ingebracht dat het kinderen onthouden van een goede diagnose het gevaar met zich brengt dat zij verstoken blijven van adequate hulp (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2012). Bovendien zou de door nieuwe Jeugdwet (die in 2014 werd aangenomen) bepleite 'demedicalisering' het gevaar met zich brengen dat, in een nieuw stelsel, zorg vooral gericht wordt op gezinnen met ernstige opvoedingsproblemen ('multiprobleemgezinnen'), waardoor voor kinderen bij wie de ADHD niet gepaard gaat met ernstige opvoedingsproblemen onvoldoende hulp beschikbaar zal zijn. En ook als er wel opvoedingsproblemen zijn, wil dit niet per se zeggen dat de hulp daar in de eerste plaats op gericht moet zijn, omdat zulke problemen ook een gevolg kunnen zijn van de ADHD bij het kind.

Het is belangrijk om dit te noemen, omdat signalering en screening telkens plaatsvinden in deze maatschappelijke context en dit ook de perceptie van ouders, leerkrachten en professionals beïnvloedt. Dit brengt het risico met zich mee dat periodes van oversignalering en ondersignalering elkaar afwisselen. Het is de uitdaging om een keten van signalering, screening en diagnostiek te ontwikkelen die enerzijds oog heeft voor deze context, maar die ook over langere termijn zorgvuldig werkt en bestand is tegen de waan van de dag. Op een aantal punten zal ook zichtbaar zijn dat de werkgroep zich hiervan bewust is geweest en heeft nagedacht over valkuilen en ongewenste neveneffecten in deze keten.

2.6 Epidemiologie

Op basis van voornamelijk buitenlands onderzoek wordt aangenomen dat 3-5% van de jeugdigen onder de 16 jaar lijdt aan ADHD. Er wordt geschat dat van de jongvolwassenen 1-3% lijdt aan ADHD. Bij dergelijke schattingen is de onderzoeksmethode die gebruikt wordt zeer belangrijk (criteria, meetinstrumenten). ADHD wordt vaker vastgesteld bij jongens dan bij meisjes. In bevolkingsonderzoeken wordt gevonden dat twee tot drie maal zoveel jongens als meisjes ADHD hebben, terwijl bij jeugdigen die in behandeling zijn het aantal jongens zelfs vijf maal groter is dan het aantal meisjes. Bij volwassenen met ADHD liggen deze verhoudingen meer gelijk.

ADHD komt vaker voor binnen bepaalde families. De kans dat bij ouders of broers en zussen van jeugdigen met ADHD ook sprake is van ADHD is acht maal hoger dan in de algemene bevolking (Taylor & Sonuga-Barke, 2008). Tijdens de ontwikkeling van kind naar volwassene verandert het beeld van de ADHD-problematiek. Staan in de vroege kinderjaren de gedragsproblemen vaak voorop, tijdens de basisschool komen de problemen met taakgerichtheid meer naar voren. In de kindertijd wordt bijvoorbeeld bij ongeveer een kwart van de jeugdigen met ADHD ook een leerstoornis aangetroffen. In de adolescentie worden vooral het risicogedrag en sociale problemen gezien.

Uit onderzoek komen aanwijzingen dat het ADHD-beeld bij jeugdigen door de jaren heen tot aan de adolescentie verandert. Tussen het vierde en zesde levensjaar tot en met het negende levensjaar blijven de diagnose en symptomen vaak onveranderd (Lahey et al., 2004). In de adolescentie zijn de symptomen zoals bijvoorbeeld van uiterlijke hyperactiviteit minder zichtbaar (Langberg et al., 2008; Lahey et al., 2005; Hurtig et al., 2007). Ook kan het beeld ADHD in de loop van het leven veranderen. Jeugdigen met het hyperactieve-impulsieve beeld ADHD hebben een grote kans om op latere leeftijd naar een ander beeld over te gaan, vaak naar het gecombineerde beeld (Lahey et al., 2005).

Belangrijk om nog te vermelden is dat de afname en verandering van symptomen waarschijnlijk niet lineair verloopt. Wanneer de jeugdige met ADHD verandert van milieu, bijvoorbeeld de overgang naar de middelbare school, dan kan dit een tijdelijke afname of verandering van ADHD-symptomen veroorzaken. (Langberg et al., 2008).

2.7 Comorbiditeit

Symptomen van ADHD kunnen samenhangen met andere (psychische) problemen of stoornissen. Comorbiditeit komt veel voor bij ADHD. Bevolkingsonderzoek laat zien dat bij ongeveer twee op de drie mensen met ADHD tenminste één andere psychische stoornis of andere problemen kunnen worden vastgesteld (Gillberg et al., 2004). De meest voorkomende comorbide stoornissen zijn de oppositioneel opstandige gedragsstoornis (ODD), antisociale gedragsstoornis (CD), depressie, angststoornissen, ticstoornissen, leerstoornissen, motorische stoornissen en verslaving. Maar het kan ook gaan om *problemen* als agressie of leerproblemen. Ook komen regelmatig slaapproblemen voor. ADHD-symptomen komen ook voor bij kinderen met andere psychische stoornissen, zoals autisme. Bij de screening op ADHD dient ook op comorbide problemen en stoornissen worden gelet. Daarnaast kunnen ADHD symptomen ook een uiting zijn van een ander onderliggende psychiatrische stoornis. Het is dus van groot belang hier oog voor te hebben. Overigens kan het zijn dat de comorbide stoornis de primaire stoornis is, met als gevolg ADHD-symptomen. Zo kunnen bij bijvoorbeeld een juiste behandeling van een primaire slaapprobleem ADHD-symptomen verdwijnen.

2.8 Prognose

Er is lang verondersteld dat ADHD een rijpingsprobleem was en dat het vanzelf zou verdwijnen met het ouder worden. Het blijkt echter gecompliceerder. Bij één van elke drie behandelde adolescenten met ADHD blijven symptomen ook na het achttiende jaar onverminderd bestaan. Bij één van de drie blijven de klachten in een iets lichtere, maar nog altijd hinderlijke vorm bestaan. Slechts bij één op de drie verdwijnen de symptomen vrijwel helemaal. ADHD blijkt in Nederlands epidemiologisch onderzoek bij 1-2,5% van de volwassen bevolking voor te komen. Volwassen met ADHD blijken nog steeds veel klachten te ervaren en vallen vaak uit op meerdere domeinen, bijvoorbeeld op het werk. (De Graaf et al., 2012).

In het vervolg van deze richtlijn wordt de term chronisch gebruikt. Dit is dan niet in de betekenis van: levenslang, maar het duurt dan (veel) langer dan acuut (waarvoor een gebruikelijke termijn 6 maanden is).

2.9 De positie van ouders

Richtlijnen worden in de eerste plaats ontwikkeld om richting te geven aan het handelen van hulpverleners, waarbij wordt uitgegaan van de *evidence based medicine*: behandelingen die in wetenschappelijk onderzoek effectief zijn gebleken. Wanneer de aanbevelingen niet aansluiten bij de wensen en behoeften van ouders en leerkrachten, doet dit ernstig afbreuk aan de bruikbaarheid van de richtlijn (MDR GGZ, 2005). Daarom wordt in deze richtlijn stelselmatig stil gestaan bij de rol van ouders en leerkrachten. Daarnaast omdat ouders en verzorgers, leerkrachten begeleiders deel uitmaken van de omgeving van het kind en dus grote invloed op het kind uitoefenen.

De symptomen van ADHD zijn vooral in de omgeving van het kind merkbaar. Dit zijn in de eerste plaats de ouders, broers en zussen en, zodra het kind naar peuterspeelzaal of school gaat, ook leerkrachten en medeleerlingen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat ouders/leidsters van peuterspeelzalen en dagverblijven en leerkrachten de eersten zijn die de symptomen van ADHD opmerken en een doorslaggevende rol spelen bij signalering (NICE, 2009). Het is aan de professional om daarom goed naar ouders te luisteren. Soms weten ouders door zelfstudie via boeken en het internet al dat de problemen van hun kind op die van ADHD lijken, soms is het aan de hulpverlener om ouders te helpen een nog diffuus gevoel dat het niet goed gaat (het zogenoemde niet-pluis-gevoel) te vertalen van gedrag naar symptoom, bijvoorbeeld van 'niet luisteren' naar 'moeite de aandacht te richten'.

De symptomen van ADHD belasten ook het gezin en de bredere omgeving. Het is niet verwonderlijk dat onderzoek laat zien dat ouders vaak moeite hebben met hun opvoedkundige taken en dat de relatie met hun kind negatief beïnvloed wordt. Overigens is het niet onbelangrijk om hier op te merken dat (één van) de ouders zelf ook vaak ADHD hebben.

Ook het gezinsleven in bredere zin wordt geraakt. Ouders van kinderen met ADHD ervaren dat zij bijvoorbeeld minder tijd voor ontspanning en omgaan met vrienden hebben. Daarnaast is er de begrijpelijke neiging zich af te vragen wat zij verkeerd doen, en kunnen zich daardoor schuldig gaan voelen (NICE, 2009). Zowel de ouders als de omgeving zijn nogal eens geneigd om de opvoedkundige problemen en de minder plezierige sfeer in het gezin te zien als een oorzaak van de gedragsproblemen van het kind.

Dit is echter een te eenvoudige visie. De interactie tussen opvoeding, ouderfactoren en ADHD bij het kind is complex. Een onhandige opvoedingsstijl zal het kind met een kwetsbaarheid (zoals ADHD) negatiever beïnvloeden dan het kind zonder ADHD. Een kind met ADHD heeft vanuit genetisch oogpunt een grotere kans dat een of beide ouders ADHD hebben. Dit kan zowel negatieve als positieve effecten hebben. Ook andere

psychopathologie bij ouders (bijvoorbeeld depressie) kan een effect hebben op het beloop van ADHD. En tenslotte kan een gespannen opvoedingssituatie juist het gevolg zijn van de problemen van het kind en verbeteren met adequate behandeling (Zie onder meer Deault 2010; Modesto-Lowe e.a. 2008). Hoe dan ook, van belang is om de ouders veel begrip te geven en ondersteuning te bieden om te voorkomen dat ze moedeloos worden. Topsport vraagt immers om excellente begeleiders. Er wordt veel veerkracht gevraagd van ouders. En het is van belang oog te hebben voor de wisselwerking tussen kindgebonden factoren en omgevingsfactoren. Intervenieren op beide factoren is van belang om problemen bij het kind en de omgeving te verminderen.

De hier geschetste moeilijkheden worden versterkt doordat het kind met ADHD in de omgeving, op school en peuterspeelzaal, in de supermarkt, op een club vaak negatief wordt beoordeeld. Ouders voelen dit en kunnen dit opvatten als kritiek. Het is hierom dat de professional meer dan gemiddeld alert moeten zijn op een goede bejegening van de ouders van kinderen met ADHD. Die zijn gevoelig voor kritiek en zullen een luisterend oor, een respectvolle benadering, betrokkenheid, interesse en eerlijkheid moeten ervaren om zich serieus genomen te voelen.

Het is goed te bedenken dat ouders onderling kunnen verschillen in hun beeld van het kind. Vader vindt bijvoorbeeld dat zijn zoon beter moet leren luisteren en dat het een kwestie is van opvoeding, terwijl moeder uitgaat van onvermogen van het kind. Beide ouders moeten altijd betrokken worden bij het proces van signaleren, screenen en verwijzen voor diagnostiek – ook als ouders gescheiden zijn en het kind met beiden omgang heeft. Ouders (met ouderlijke macht) hebben immers altijd recht op informatie over hun kind. Het is ook van belang naar het kind te luisteren en naar wat hij/zij voor problemen aangeeft. Sommige (zelfs jonge kinderen) zijn goed in staat hun gedrag of gevolgen daarvan te benoemen omdat ze vaak doorhebben dat ze daarin verschillen van hun klasgenoten.

Het is wenselijk dat professionals ondersteuning bieden en proberen ouders en andere opvoeders te stimuleren, te inspireren, en door het aanreiken van handvatten ouders leren goed om te gaan met de situatie en uitzicht te bieden op een positiever toekomstperspectief. Het helpt daarbij te benadrukken dat de kenmerken van een kind met ADHD weliswaar belastend zijn voor hemzelf en zijn omgeving, maar niet alleen als negatief hoeven te worden beoordeeld. Het is de taak van de professional ouders te helpen zich bewust te worden van het bredere perspectief op het gedrag van hun kind. Vaak is dit een proces dat tijd en dialoog vergt. Het geven van uitleg en verduidelijking, bijvoorbeeld door te vragen naar voorbeelden van het gedrag van de jeugdige en voorbeeldsituaties werkt dikwijls meer motiverend dan een al te stellende aanpak. Naast risico's zijn er ook kansen en de omgang met ouders van kinderen met ADHD moet erop gericht zijn de negatieve aspecten te leren beteugelen, maar ook de positieve aspecten te leren kennen en ontwikkelen.

2.10 Leerkrachten en peuterspeelzaalleidsters

Kinderen brengen een groot deel van hun tijd op school (en peuterspeelzaal) door en ook daar vallen de mogelijke verschijnselen van ADHD op. Terwijl ouders bij ADHD over het algemeen vooral gedragsproblemen rapporteren, zullen leerkrachten en leidsters naast bijvoorbeeld het drukke gedrag ook problemen met leren, taakgerichtheid en concentratie zien, maar uiteraard ook met het sociale functioneren en de emotionele ontwikkeling van het kind. Door het verschillende blikveld van ouders en leerkrachten/leidsters kunnen er discrepanties zijn in de mate waarin ouders en school zich zorgen maken.

Leerkrachten/leidsters zijn over het algemeen beter dan ouders in staat om de vergelijking te maken tussen een kind en zijn leeftijdsgenoten. Soms betekent dit dat zij zorgen van ouders kunnen wegnemen (als het om

normale leeftijd-overeenkomstige verschijnselen gaat), soms moeten zij ouders juist iets vertellen over problemen bij hun kind die de ouders zelf niet hadden opgemerkt. Hier kunnen leerkrachten en leidsters een belangrijke rol vervullen, mits zij geen overhaaste uitspraken doen en zorgen dat de ouders zich geholpen en niet bekritiseerd voelen. Het spreekt vanzelf dat leerkrachten een en ander dienen te bespreken in voldoende privacy en niet (zoals wel voorkomt) via uitspraken in een volle klas met andere ouders en kinderen. Hier wordt duidelijk wat criterium C van de DSM-5 kan betekenen voor de diagnose. Immers, daar wordt gesteld dat de symptomen op meerdere terreinen vastgesteld moeten worden.

2.11 Andere volwassenen

Naast ouders en leerkrachten zijn er andere volwassenen die een belangrijke rol spelen in de wereld van het kind, zoals grootouders en andere familieleden, vrienden en leiders van clubs. Ook hun observaties kunnen behulpzaam zijn bij de signalering en ook zij kunnen een rol spelen in de voor- en nazorg. Maar het contact met hen zal in principe via de ouders verlopen, al kan het soms nuttig zijn dat er direct contact is tussen de professional en deze volwassenen, uiteraard altijd met medeweten en veelal ook aanwezigheid van de ouders.

Literatuur bij Hoofdstuk 2

Deault LC. A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry Hum Dev.* 2010 Apr;41(2):168-92

De Lange, M., Matthys, W., Foolen, N., Addink, A., Oudhof, M. & Vermeij, K. (2013). Richtlijn Ernstige Gedragsproblemen. Utrecht, NJI.

Graaf R de, Have M ten, Gool C van, Dorsselaer S van. Prevalentie van psychische aandoeningen, en trends van 1996 tot 2009. Resultaten van NEMESIS-2. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2012; 54: 27-38.

DSM IV TR

DSM-5. (<http://www.dsm5.org/ProposedRevision>).

Gezondheidsraad (2014). ADHD: medicatie en maatschappij. Den Haag: Gezondheidsraad, publicatienr. 2014/19.

Gillberg, C., Gillberg, I.C., Rasmussen, P., Kadesjö, B., Soderström, H., Råstam, M. e.a., (2004). Co-existing disorders in ADHD – implications for diagnosis and intervention. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 1/80-1/92.

Hurtig T, Ebeling H, Taanila A, Miettunen J, Smalley SL, McGough JJ et al. ADHD symptoms and subtypes: relationship between childhood and adolescent symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46(12):1605-1613.

Iversen, L. (2006) Speed, Ecstasy, Ritalin, The Science of Amphetamines. Oxford University Press. Chapter 3.

Lahey BB, Pelham WE, Loney J, Kipp H, Ehrhardt A, Lee SS et al. Three-year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at 4-6 years of age. *Am J Psychiatry* 2004; 161(11):2014-2020

Lahey BB, Pelham WE, Loney J, Lee SS, Willcutt E. Instability of the DSM-IV Subtypes of ADHD from preschool through elementary school. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(8):896-902.

Langberg JM, Epstein JN, Altaye M, Molina BSG, Arnold LE, Vitiello B. The transition to middle school is ADHD associated with changes in the developmental trajectory of ADHD symptomatology in young adolescents with ADHD. 2008; 37:651-663.

Modesto-Lowe V, Danforth JS, et al. ADHD: does parenting style matter? *Clin Pediatr (Phila)*. 2008 Nov;47(9):865-72

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2012). Reactie NVvP op conceptwetsvoorstel Jeugdwet.

NICE, 2009.

Singh I. A disorder of anger and aggression: children's perspectives on attention deficit/hyperactivity disorder in the UK. *Soc Sci Med*. 2011 Sep;73(6):889-96. Epub 2011 May 18.

Taylor E, and Sonuga-Barke E. (2008). Disorders of attention and activity *In: Rutter's child and adolescent psychiatry (5th ed.)*. Rutter, Michael (Ed.); Bishop, Dorothy (Ed.); Pine, Daniel (Ed.); Scott, Steven (Ed.); Stevenson, Jim (Ed.); Taylor, Eric (Ed.); Thapar, Anita (Ed.); Wiley-Blackwell, reprinted 2010. pp. 521-542. [Chapter]

Timimi S, Taylor E. ADHD is best understood as a cultural construct. *Br J Psychiatry*. 2004 Jan;184:8-9.

3 Signaleren van ADHD

De volgende uitgangsvragen worden in dit hoofdstuk beantwoord:

Wat is nodig voor betrouwbare signalering en screening van ADHD-problematiek bij jeugdigen?

- *Wat is de algemene klinische context?*
- *Welke signalerings- en screeningsinstrumenten worden in Nederland gebruikt?*
- *Wat is de kwaliteit van deze instrumenten?*

Om de uitgangsvraag in zijn geheel te kunnen beantwoorden, is het ook van belang om, naast de instrumenten, andere elementen mee te nemen. De werkgroep heeft ervoor gekozen om ook antwoord te geven op:

- *Wat zijn de signalen van ouders en professionals (anamnese, omgevingsfactoren, prodromen enz.)?*
- *Wat is de praktische bruikbaarheid van deze 'andere elementen'?*

In dit hoofdstuk wordt een aantal overwegingen gegeven bij het signaleren van ADHD en het gebruik van gedragsvragenlijsten, en aanwijzingen voor het contact met ouders.

De stappen in het proces van signaleren worden in dit hoofdstuk benoemd. Het onderscheid tussen signalerende en screenende vragenlijsten wordt benoemd, en het moment wordt aangegeven waarop vragenlijsten kunnen worden ingezet, zowel het moment in de levensloop van de jeugdige als het moment waarop in zeker mate probleemgedrag optreedt.

Vervolgens worden in alfabetische volgorde alle vragenlijsten besproken die vanuit de internationale search (waaronder ook Nederlandse artikelen) naar voren zijn gekomen, te beginnen met de vragenlijsten voor generieke signalering, gevolgd door de meer specifieke instrumenten gericht op ADHD. Van deze instrumenten wordt op basis van de internationale onderzoeksliteratuur eerst de wetenschappelijke onderbouwing gepresenteerd. Daarnaast worden per instrument, op basis van praktijkkennis van de werkgroepleden en praktijkdocumenten, de zogenoemde *Overige overwegingen* weergegeven. De wetenschappelijke onderbouwing, maar ook de praktijkkennis resulteren per instrument in aanbevelingen voor de praktijk. Als laatste formuleren wij een aantal algemene aanbevelingen voor en voor de inzet van vragenlijsten in de JGZ.

3.1 Stappen in het proces van signaleren tot diagnosticeren

We onderscheiden 4 stappen in dit proces:

Stap 1: Voorfase

Stap 2: Signalering met gebruik making van generieke instrumenten

Stap 3: Signalering met gebruik making van op ADHD gerichte instrumenten

Stap 4: Diagnostiek

Hoewel Diagnostiek niet tot de taak van de JGZ wordt gerekend, komt deze stap hier wel aan bod. Enerzijds omdat kennis hierover ook voor de JGZ-professionals van belang is, zodat zij beter de eerste 3 stappen uit kunnen voeren. Anderzijds omdat deze onderbouwing ook door de NHG is gebruikt om de huisartsen *Standaard ADHD* op te baseren.

3.1.1 Stap 1: Voorfase

Wat is signaleren?

Signaleren is het proces waarbij ouders/verzorgers en leerkrachten, vaak in samenspraak met de huisarts of praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) of JGZ-professionals bepaalde problemen in de ontwikkeling of het functioneren opmerken. Zij kunnen bepaalde kenmerken in het gedrag van het kind als opvallend beoordelen en het vermoeden hebben dat deze kenmerken de normale cognitieve, sociaal-emotionele en/of didactische ontwikkeling belemmeren. Signalering betekent dus 'probleemsignalering', met name op jonge leeftijd, en zal weinig specifiek zijn t.a.v. de ADHD-kenmerken (MDR GGZ 2005).

Een goede samenwerking tussen professionals in de JGZ, de huisartsen en de ouders en leerkrachten/leidsters is van groot belang om gedragsproblemen bij jeugdigen vroegtijdig te kunnen signaleren. Signaleren draagt bij aan het sneller herkennen van mogelijke symptomen van ADHD, waardoor adequate doorverwijzing en ondersteuning plaats kan vinden.

Uitvoering

De eerste stap is observatie van het gedrag van het kind. Dat wordt gevolgd door, en gaat dikwijls samen met het in gesprek gaan met ouders/verzorgers van het kind. Dat kan tijdens een regulier contactmoment en/of op geleide van zorgen van ouders. Ook dient lichamelijk onderzoek plaats te vinden, om somatische aandoeningen uit te sluiten, zoals visus- of gehoorproblemen.

Een aantal factoren lijken van bijzonder belang bij de signalering van mogelijke ADHD-problematiek:

- een zorgvuldige anamnese waarin informatie wordt ingewonnen over de ontwikkeling, de familie, de thuissituatie, eventuele schoolse situatie, eventuele ingrijpende gebeurtenissen en een beeld wordt verkregen van de intellectuele aanleg van het kind alsmede de opvoedkundige vaardigheden van de ouder(s). Ook wordt navraag gedaan naar het voorkomen van psychische stoornissen bij de ouders, waaronder ADHD;
- de mate waarin de geobserveerde aandachtsregulatieproblemen, hyperactiviteit en impulsiviteit niet passen bij het algehele ontwikkelingsstadium waarin het kind zich bevindt;
- de mate waarin de verstoorde ontwikkeling in cognitieve, sociaal-emotionele en didactische zin samenhangt met ADHD-kenmerken.

Het is in deze fase belangrijk om van zowel ouders als leerkrachten informatie over het gedrag te krijgen. Kinderen kunnen thuis en op school, kinderdagverblijf of peuterspeelzaal verschillend gedrag vertonen, omdat de settings verschillende eisen aan de kinderen stellen. Ouders/verzorgers en leerkrachten zullen, vaak in

samenpraak met een hulpverlener, bepaalde problemen in de ontwikkeling of het functioneren opmerken of er vallen hun bepaalde kenmerken in het gedrag van het kind op. De gedragsproblematiek is wellicht te classificeren als ADHD, maar kan ook het gevolg zijn van lichamelijke of andere psychologische/psychiatrische aandoeningen of psychosociale problematiek.

De JGZ volgt en monitort de gezonde ontwikkeling van kinderen en signaleert afwijkingen en achterstanden. Voor een aantal van de instrumenten die hierbij worden ingezet geldt dat hiermee ook aanwijzingen voor ADHD gesignaleerd kunnen worden.

De indicaties om een signaleringsinstrument in te zetten zijn:

- Periodiek/als vast onderdeel opgenomen in het programma van de JGZ
- Probleemgedrag in de brede zin van het woord
- (Achterblijven van de cognitieve, sociaal-emotionele en didactische ontwikkeling)

Aandachtspunten

Bij de vroege signalering van probleemgedrag is een groot aantal factoren van belang. In het algemeen is het essentieel 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. In de peuter- en kleuterleeftijd kunnen afleidbaarheid, moeite met aandachtsregulatie, hyperactiviteit en impulsiviteit op bepaalde momenten heel normaal zijn. En bijvoorbeeld stressvolle of ingrijpende gebeurtenissen (zoals een verhuizing of echtscheiding van de ouders) kunnen tot gevolg hebben dat ADHD-achtige gedragskenmerken ontstaan, die wel 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.

Vragenlijsten zijn hulpmiddelen om systematisch alles in kaart te brengen en door te vragen. De professional zal meer moeten vertrouwen op de eigen gespreksvaardigheden, perceptie en interpretatie dan op scores op vragenlijsten alleen. Uiteindelijk bepaalt de klinische blik het eindoordeel/diagnose.

Naast stressvolle gebeurtenissen kunnen ook de gewone ontwikkelingsopgaven soms gedragingen uitlokken die als ADHD-kenmerken benoemd zouden kunnen worden en die eerder niet zichtbaar waren. Maar dit wil niet zeggen dat er ook daadwerkelijk sprake is van ADHD. Hierbij moet in het bijzonder worden gedacht aan overgangssituaties voor kinderen en jeugdigen, zoals de gang naar groep 1 van het basisonderwijs, de overgang naar groep 3, die van de onderbouw naar de bovenbouw, die van de basisschool naar het voortgezet onderwijs en de periode in het voortgezet onderwijs rond de 14 à 15 jaar. Anderzijds geldt dat deze overgangsmomenten ook reeds aanwezige ADHD symptomen meer duidelijk zichtbaar kunnen maken. Zorgvuldige afweging van wat er aan de hand is, is dus geboden.

Signalen van ADHD kunnen zeer divers zijn en zijn niet altijd gemakkelijk te duiden. Impulsief en/of hyperactief gedrag of aandachtstekorten worden in de spreekkamer niet altijd waargenomen. Hier zijn immers krachtige gunstige omgevingsinvloeden aan het werk, zoals een nieuwe of wat intimiderende omgeving met duidelijke structuur of verwachtingen, en een één-op-één-contact. Vaak zijn er voor het kind krachtige motiverende factoren om zich goed te gedragen.

De signalen en symptomen zijn beter zichtbaar als de context minder optimaal is, de structuur en verwachtingen minder duidelijk zijn, de supervisie geringer is, er conflicterende taken worden aangeboden of als aan het kind hogere eisen worden gesteld aan taakgerichtheid of concentratie.

Het goed uitvragen van signalen is een vaardigheid, die overigens verbeterd kan worden met training. Niet alleen het gedrag zelf, maar ook bij wie en in welke situatie het optreedt, de frequentie en de ernst zijn belangrijk.

Kinderen kunnen, naarmate zij jonger zijn, minder goed rapporteren over hun gedrag. Het beschrijven van de gevolgen ervan lukt vaak beter.

Dit geldt overigens voor meerdere externaliserende problemen. Het is daartegenover verbazingwekkend te merken hoe goed sommige (jonge) kinderen hun gedrag al kunnen beschrijven. Dit vergt wel enige ervaring van de hulpverlener hoe het gedrag uitgevraagd kan worden.

Bij kinderen die druk, ongeconcentreerd en impulsief zijn, wordt een groter beroep gedaan op de opvoedingsvaardigheden van ouders en de pedagogische en didactische kwaliteiten van leerkrachten. Vaak is hierbij extra begeleiding nodig zodat de kans op een verstoorde ouder-kind-schoolrelatie kleiner wordt. Het is belangrijk dat opvoedingsondersteuning en educatie aan ouders en verzorgers op jonge leeftijd van het kind gestart wordt.

Doorgaans is hierbij sprake van een vruchtbare samenwerking, maar in het contact tussen de professional en de ouders kan zich het risico voordoen dat door de professional te snel wordt geconcludeerd dat er iets aan de hand is met het kind. Hierdoor kunnen ouders zich niet begrepen of gestuurd voelen en daarom ambivalent aan screening of diagnostiek beginnen. Dit kan een ongunstige start zijn en leiden tot voortijdig afhaken in een later stadium. Daartegenover bestaat het gevaar dat wanneer ouders te snel worden gerustgesteld, ze dit op het verkeerde been kan zetten, waardoor zij niet op zoek gaan naar hulp, waar dit wel dringend nodig is.

Om bij jeugdigen ADHD-symptomen vroeg te kunnen identificeren hebben ouders kennis nodig over de algemene ontwikkelingsfasen die een kind doorloopt met de daarbij behorende gedragskenmerken per ontwikkelingsfase én over de kenmerken van ADHD. Bij kinderen op jonge leeftijd zijn specifieke ADHD-symptomen moeilijk te onderscheiden van normale gedragspatronen. Moeite met de aandachtregulatie, afleidbaarheid, hyperactiviteit en impulsiviteit zijn in de peuter- en kleuterleeftijd volstrekt normale observaties.

Ook is gedegen kennis van de ontwikkeling van het kind belangrijk voor de professional. Zijn er kenmerken die ADHD doen vermoeden, maar zijn deze nog geen belemmering voor het kind thuis en op school, dan is het aan te raden om het kind nauwer te volgen, zonder meteen door te verwijzen voor diagnostiek ter preventie van mogelijke problemen in de toekomst. Zowel ouders als leerkrachten dienen het belang van nauwer volgen in te zien.

Kinderen van wie ouders en/of de leerkracht het vermoeden hebben dat er gedragsproblemen zijn die kunnen wijzen op ADHD, kunnen vaker gezien worden door de JGZ. Als dat wenselijk is, kan er met ouders, school en de JGZ op vaste momenten geëvalueerd worden aan de hand van:

- signaleringslijsten;
- gedrag op de peuterspeelzaal en in de klas;
- ontwikkeling volgens het leerlingvolgsysteem;
- situaties en problemen waar ouders thuis tegenaan lopen.

Juist de jeugdigen die in de basisschool periode niet opvallen maar wel ADHD-gedragskenmerken laten zien, kunnen in de problemen komen op het voortgezet onderwijs. Te denken valt hierbij aan kinderen met vooral aandachts- en concentratieproblemen.

Voorbeelden van signalen

Algemeen

Moeilijk leerbaar: regels, afspraken en instructies beklijven niet of heel moeizaam. En daardoor:

- krijgen kinderen en jongeren voortdurend van hun belangrijke personen uit hun omgeving te horen dat ze 'iets niet goed doen'. Dit gebeurt vele malen per dag.
- worden kinderen en jongeren ervaren als stoorzenders.

0 tot en met 6 jaar

Meer dan gewone hoeveelheid conflicten met ouders, broers/ zussen

Irritatie bij ouders, broers/ zussen, peuterspeelzaal

Volgorde en uitvoering van ADL verloopt moeizaam/slordiger/met meer conflicten dan normaal

Ongelukken in huis, bij het spelen, op straat

Onderpresteren

Sociaal-emotionele problemen

7 jaar en ouder

Alle signalen die hierboven zijn genoemd

Niet luisteren: 'hij lijkt wel doof'

Altijd te laat

Verstoorde tijdsbeleving

Veel moeite om te plannen

Moeite bij het verkrijgen van overzicht bij opdrachten (reacties: dichtklappen, paniek; of beide)

Niet meer dan één boodschap tegelijk kunnen verwerken

Vergeetachtigheid

Voor het één op pad worden gestuurd, met een niet gevraagd resultaat terugkomen

Missen of verkeerd interpreteren van sociale signalen. En daardoor:

- moeite met aangaan van contacten en met het goed houden van contacten

3.1.2 Stap 2: Signalering – generieke instrumenten

Levert stap 1 een vermoeden van ADHD op, dan kan de *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) aanwijzingen geven. Deze vragenlijst wordt vaak, en in sommige regio's standaard, afgenomen in de JGZ en kan ingezet worden vanaf een leeftijd van 3 jaar en 9 maanden. In de praktijk wordt de vragenlijst bij verschillende leeftijdsgroepen in diverse instellingen standaard afgenomen. Bijvoorbeeld bij kinderen tussen 7 en 11 jaar, tussen 5-17 jaar en bij kinderen in groep 2. De SDQ is er in een aantal varianten die, afhankelijk van leeftijd, door ouders, en ook door jeugdige en leerkracht kunnen worden ingevuld. Het scoort de aanwezigheid van psychosociale problematiek, dus niet alleen ADHD.

Houd er rekening mee dat het invullen van een vragenlijst voor ouders een emotionele belasting kan vormen. De voorkeur geniet daarom dit altijd te doen in combinatie met een persoonlijk contact. Het invullen van een vragenlijst door ouders kan dan dienen als voorbereiding voor het consult en kan leiden tot een zinvol gesprek over de psychosociale ontwikkeling van het kind.

De rol van ouders, leerkrachten en professionals bij gebruik making van instrumenten

Hieronder wordt de rol van ouders en leerkrachten en professionals bij het signaleren van symptomen van ADHD bij het kind en de kwaliteit ervan besproken aan de hand van wetenschappelijk geschikt bevonden artikelen die naar voren kwamen uit de internationale search. De zoekstrategie was gericht op het gebruik van signalerings- en screeningsinstrumenten en niet specifiek op de rol van ouders en leerkrachten bij het signaleren van ADHD-symptomen bij de kinderen. De search leverde 24 artikelen op, waarvan er 9 geïnccludeerd zijn. In bijlage 5 vindt u een uitgebreidere beschrijving van de uitkomsten van de studies. De evidencetabellen van deze studies vindt u in bijlage 7. Hieronder staan de uitkomsten uit de studies samengevat.

Ouders kunnen al in de voorschoolse leeftijdsfase van het kind bijdragen aan het identificeren van hyperactief gedrag van het kind (LeBlanc, 2008). Ouders lijken daarbij meer moeite te hebben met het identificeren en op waarde schatten van hyperactief/impulsief gedrag dan met gedrag dat te maken heeft met aandachtstekorten (Hutchinson, 2001).

Er zijn aanwijzingen dat er verschil is tussen ouders en leerkrachten in het beoordelen van het gedrag van kinderen op ADHD-symptomen (Murray et al., 2007; Hartman et al., 2007; Wolraich et al., 2004; Tripp et al., 2006) en dat informatie van ouders over ADHD-symptomen bij hun kind op school beperkt correleert met de scores van leerkrachten (Sayal et al., 2009).

Er zijn aanwijzingen dat de aanwezigheid van comorbiditeit bij kinderen met ADHD geassocieerd is met het herkennen van ADHD door ouders. Daarbij lijkt het waarschijnlijk dat de ernst van de gedragsproblemen en de ervaren belasting van de ouders geassocieerd zijn met het zoeken van contact met zorgverlenende instanties in verband met mogelijke ADHD bij hun kind (Sayal et al., 2010).

Gebruik vragenlijsten

De inzet van de SDQ (en andere vragenlijsten) vraagt om zorgvuldigheid. Ouders merken op dat ze telkens de ene na de andere vragenlijst moeten invullen, met name als ze weer bij een andere zorgverlener komen. Probeer het gebruik van vragenlijsten te beperken: tracht zo mogelijk te voorkomen dat ouders telkens opnieuw iets moeten invullen door uit te wisselen met andere zorgverleners en door afspraken te maken op regionaal niveau welke vragenlijsten er gebruikt worden.

Een ander aandachtspunt is om op te passen dat op de inzet van een vragenlijst niet te veel nadruk wordt gelegd ten koste van de andere onderdelen van het contactmoment. Dit geldt met name bij 3 jaar en 9 maanden (zoals vaccinatie en de voorbereiding op de overgang naar de basisschool).

Het NCJ heeft een handreiking uitgebracht, waarin voorwaarden voor verantwoord gebruik van vragenlijsten staan geformuleerd. Twee punten zijn hier van belang: neem een vragenlijst altijd af in goede dialoog met ouders en jeugdige. En: geef duidelijke uitleg over wat het doel en gebruik is van vragenlijsten en signaleringslijsten.

Houd bij gebruik van vragenlijsten ook rekening met cultuur- en taalverschillen.

Het is duidelijk dat er in deze fase contact en samenwerking met ouders en school ontstaat. Het is wel belangrijk dat, als er uit diverse onderzoeken geen aanwijzingen voor ADHD of iets anders komen, ouders nog steeds met vragen en klachten over het gedrag van hun kind zitten. Besteed ook daar aandacht aan.

Maak gebruik van mogelijkheden binnen de JGZ

Een aantal mogelijkheden kunnen vanuit de JGZ worden ingezet. Deze mogelijkheden staan in een volgorde van vaak naar minder vaak gebruikt.

1) Maak gebruik van het opgebouwde dossier over het kind.

Zorg dat het dossier informatie bevat over de ontwikkeling van het kind door de resultaten van bovenstaande acties vast te leggen.

Door de kennis over de ontwikkeling van kinderen gedurende vele jaren kan de JGZ adviseren en bijsturen. Het drukke gedrag kan steeds weer geanalyseerd worden. Hierbij worden de DSM- symptomen/criteria steeds voor ogen gehouden. Zijn er voldoende ADHD kenmerken om aan de diagnose te denken? Wordt de ontwikkeling van het kind belemmerd en zijn de kenmerken al vanaf jonge leeftijd aanwezig?

2) Verzamel aanvullende informatie

Ga na hoe de situatie is op de peuterspeelzaal/ school, bij eventuele sportverenigingen.

Vraag of ouders tegen bepaald problemen aanlopen, zoals problemen in het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten of problemen met het bijhouden van de administratie (denk bijvoorbeeld aan rekeningen betalen, de post bijhouden). Vraag na of er sprake is van:

- problemen in gezin zoals ziekte ouder, trauma, werkloosheid, enz.
- problemen bij het kind, zoals ziekte, trauma
- problemen in omgeving zoals bijvoorbeeld verhuizing, wisselingen van leerkracht/verzorger
- ADHD bij (een van) de ouders zelf of in de familie?

Er kunnen ook andere oorzaken van het probleemgedrag zijn, bijvoorbeeld in geval van een ontwikkelingsvoorsprong (meer- of hoogbegaafdheid). Het kan voorkomen dat de school of de ouders druk uitoefenen voor verwijzing naar diagnostiek.

3) Huisbezoek of inzetten van extra contactmoment met de JGZ

Als het enigszins kan, plan het huisbezoek met beide ouders. Ga na of er ontwikkelingsstoornissen bij de naaste familie voorkomen. Ga na welke indruk de ouders en het gezin maken: rommelig-geordend, chaotisch-rustig, warm-kil, enz. Vraag of het ouders lukt om huishoudelijke activiteiten uit te voeren en de administratie bij te houden (denk bijvoorbeeld aan rekeningen betalen, de post bijhouden).

4) Zorg voor contact en afstemming met peuterspeelzaal en school

In elke fase van het traject blijft dit van groot belang.

5) Pas, indien binnen de instelling mogelijk, Triple P toe

Triple P is een laagdrempelig, integraal programma met als doel (ernstige) emotionele en gedragsproblemen bij kinderen te voorkomen door het bevorderen van competent ouderschap. Kijk op bijvoorbeeld www.nji.nl voor meer informatie.

6) Bied, indien mogelijk binnen de instelling, Video home training (VHT) aan.

3.1.3 Stap 3: Signalering – ADHD-specifiek instrument

Als een vermoeden bevestigd wordt – nogmaals, de SDQ signaleert breed psychosociale problematiek – dan kan er verder gezocht worden met een specifiek screeninginstrument. Vanaf 4 jaar wordt aanbevolen hiervoor gebruik te maken van de ADHD-vragenlijst (AVL). Voor de leeftijd van 4 jaar is geen specifiek ADHD instrument beschikbaar. De AVL is ontwikkeld om de (gedrags)symptomen van ADHD te kunnen bepalen bij jeugdigen van 4 - 18 jaar. De AVL bevat 18 vragen over drie schalen:

1. aandachtstekort;
2. hyperactiviteit;

3. impulsiviteit.

De AVL is een korte vragenlijst, die binnen 10 minuten kan worden afgenomen, zowel op papier als geautomatiseerd via internet. De AVL is niet vrij verkrijgbaar, de vragenlijst en sleutel kunnen tegen betaling worden aangeschaft.

In de praktijktest zijn positieve ervaringen opgedaan met de AVL. Om de AVL af te kunnen nemen en beoordelen is een training vereist.

Professionele weging

Voor alle instrumenten in stap 3 geldt dat de uitslagen gewogen moeten worden door een jeugdarts of jeugdverpleegkundige. Daartoe is, afhankelijk van het instrument, nodig: scholing, training en ervaring van deze professionals. Bij het afnemen van vragenlijsten/instrumenten op jonge leeftijd is de weging van het gedrag zeer belangrijk. Hoe verhoudt het gedrag zich tot de ontwikkelingsfase en de leeftijd van het kind en/of is er een medische verklaring voor het gesignaleerde gedrag?

Dus, zeker op jonge leeftijd, een instrument moet alleen ingezet worden in combinatie met een persoonlijk contact, en/of op indicatie naar aanleiding van vragen of zorgen van ouders en de omgeving van het kind.

Voor stap 2 en 3 geldt ook dat uiteindelijk de klinische blik beslist, waarbij systematisch navragen en in kaart brengen met vragenlijsten wel een duidelijke meerwaarde heeft.

Tenslotte dient er aandacht te zijn voor testuitslagen die niet wijzen in de richting van ADHD. Indien de ouders zorgen hebben om het gedrag van het kind, dient te worden nagegaan of er sprake kan zijn van andere problematiek, of dat de JGZ-professional zich dient te richten op geruststellen van de ouders.

Aanbevelingen

- Houd er rekening mee dat ouders schroom kunnen ervaren om hun zorgen te delen, omdat er schaamte of een schuldgevoel kan zijn over de situatie. Het is de taak van de professional om ouders te helpen zich bewust te worden van het bredere perspectief op het gedrag van hun kind.
- Neem de tijd voor het ondersteunen van ouders bij de bewustwording dat er mogelijk sprake is van ADHD bij het kind. Uitleggen en verduidelijken, bijvoorbeeld door te vragen naar voorbeelden van het gedrag van de jeugdige en voorbeeldsituaties, werken vaak meer motiverend dan een al te stellende aanpak.
- Het is gewenst dat de hulpverleners zich opstellen als gelijkwaardige gesprekspartners, waarbij zij begripvol zijn, bereid goed te luisteren en bereid om zo nodig steun te geven.
- Het verdient aanbeveling dat de hulpverleners oog hebben voor de standpunten van het kind en de ouders en moeten zich daarbij realiseren dat deze niet altijd op één lijn liggen.
- Informatie over ADHD-gedragsskenmerken is van zowel ouders als leerkrachten nodig. Beiden beoordelen de kinderen op andere gedragsskenmerken.
- Er moet rekening gehouden worden met mogelijk negatieve effecten van een vroege signalering van ADHD-signalen bij kinderen. Ouders en leerkrachten die van een kind horen dat het ADHD heeft, kunnen dat kind anders benaderen. Dit is niet altijd ten voordele van het kind.
- Houd oog voor andere onderliggende of bijkomende problematiek die ADHD symptomen kan uitlokken.
- Als er geen sprake is van ADHD en/of andere onderliggende of bijkomende problematiek, dan de ouders gerust stellen, en opvoedingsondersteuning richten op normalisering.

3.1.4 Stap 4: Diagnosticeren

Als de voorgaande stap het vermoeden van ADHD bevestigt dan dient de jeugdige te worden verwezen voor het stellen van een diagnose. Diagnose vindt niet plaats in de JGZ. Per regio zijn er verschillende instanties en beroepsgroepen die dat wel doen.

Diagnostiek bestaat uit:

- Vaststellen van gedragsskenmerken en de mate van disfunctioneren die kunnen passen bij de ADHD-diagnose.
- Bepalen of deze kenmerken en dit disfunctioneren afwijken van verschijnselen die passen bij de normale ontwikkeling van het kind.
- Bepalen van de mate waarin de kenmerken al dan niet afwijken van de normale reacties van jeugdigen.
- Uitsluiten van andere lichamelijke of psychische aandoeningen die de kenmerken beter kunnen verklaren.
- Systematisch beoordelen van de kenmerken volgens de DSM-classificatie.

In bijlage 9 is de speciële anamnese uit de NVvP (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie) richtlijn ADHD opgenomen.

De huisarts gaat over tot diagnostiek van ADHD als er geen sprake is van comorbiditeit, onder voorwaarde dat de huisarts de vereiste competenties heeft. Mocht er bij de huisartspraktijk een POH-GGZ werkzaam zijn, dan kan die een uitbreiding van de ondersteunende en diagnostische capaciteit in de huisartsenzorg realiseren.

In andere gevallen wordt volgens de richtlijn ADHD uit 2005 (Stuurgroep multidisciplinaire richtlijnen, 2005, CBO, Trimbos-instituut) diagnostiek uitgevoerd door GZ-psychologen en/of kinder- en jeugdpsychiaters, doorgaans in een multidisciplinair verband en met een arts die een somatische beoordeling kan doen. De

richtlijn zegt niet met zoveel woorden welke hulpverleners gekwalificeerd zijn de diagnostiek van ADHD te doen, maar bevat wel een competentiematrix, die laat zien welke kennis en ervaring de diagnosticus moet hebben. De overkoepelende matrix van competenties bestaat uit *10 dimensies van kennis* (en vaardigheid). Het bevat de volgende criteria.

Kennis van:

1. Etiologie van ADHD
2. Presentatie van de kenmerken, in een ontwikkelingsperspectief
3. Te verwachten beloop
4. Aangedane en bedreigde psychische functiegebieden (alle cognitieve en emotionele functies)
5. Specifieke kenmerken die passen bij de ontwikkelingsfase
6. Impact van de symptomen op het functioneren van de jeugdige, en op zijn/haar systeem en de omgeving
7. Evidentie op het gebied van effectieve begeleiding en behandeling
8. Geslachtsspecifieke kenmerken
9. Cultuurspecifieke aspecten
10. Vaardigheid op het gebied van de behandeling

4 Selectie van instrumenten

Voor de wetenschappelijke onderbouwing en selectie van de instrumenten is een internationale literatuursearch uitgevoerd (zie document Bijlagen). In bedoeld document staat beschreven met welke zoektermen en in welke databases naar wetenschappelijke literatuur gezocht is. Deze bijlagen geven informatie over het aantal artikelen dat gevonden is en welke zijn gebruikt voor deze richtlijn.

Nederlandse search

Naast een internationale literatuursearch naar artikelen en richtlijnen, is er in september 2011 ook een search uitgevoerd in de Nederlandse databases. Er is gezocht in NARCIS, literatuurbestand NJi, Google Scholar en GLIN. De Nederlandse literatuursearch leverde 69 artikelen en boeken op. Deze zijn door twee reviewers bekeken en uiteindelijk hebben zij 20 artikelen en boeken doorgestuurd naar de subwerkgroep, zodat die de werkgroepleden konden aangeven welke artikelen zij interessant achtten.

Naast de instrumenten die naar voren kwamen uit de literatuursearches, hebben werkgroepleden instrumenten aangedragen die in Nederland gebruikt worden. Niet voor alle gekozen instrumenten kwamen er artikelen uit de literatuursearch naar voren. In bijlage 6 is te zien naar welke instrumenten gezocht is in de internationale literatuur.

Uiteindelijk heeft de werkgroep bepaald welke instrumenten in deze richtlijn worden behandeld. Er is geselecteerd op:

- Klinische relevantie en bruikbaarheid
- Draagvlak in het veld
- Frequentie in gebruik binnen de JGZ en huisartsenzorg
- Technische bruikbaarheid (waaronder tijdsinvestering en kosten)

Tabel 1 **Overzicht van instrumenten in de richtlijn**

In de richtlijn opgenomen instrumenten voor signalering en screening		
	0 tot 6 jaar	6 jaar en ouder
Psychosociale problemen	SDQ 3-4 ASQ:SE BITSEA KIPPPI-2	SDQ 4-16 SDQ 11-17 (jongerenversie) PSC/PSC-17 DAWBA
Kenmerken van ADHD	CBCL 1,5 -5	CBCL 6-18 (met YSR en TRF) CRS BRIEF SNAP SEV AVL (>6)

4.1 Generieke Signaleringsinstrumenten

In de JGZ worden signaleringsinstrumenten breed ingezet. In deze richtlijn zijn dat instrumenten voor het opsporen van psychosociale problemen bij jeugdigen. Deze hebben een brede focus op psychosociale en ontwikkelings- en gedragsproblemen (§ 3.4). Het doel hiervan is de ontwikkeling van het kind en de jeugdige te monitoren en mogelijke ontwikkelings- en gedragsproblemen op te sporen.

4.1.1 Generieke signaleringsinstrumenten voor kinderen, jonger dan 6 jaar

De instrumenten voor signalering die in deze paragraaf besproken worden staan op alfabet gerangschikt in de overzichtstabel (tabel 2). In deze paragraaf komen de instrumenten voor de jeugdigen jonger dan 6 jaar aan de orde. Aan het einde van deze paragraaf vindt u de aanbevelingen voor de inzet van signaleringsinstrumenten bij jeugdigen, waarbij een vermoeden is van psychosociale problemen die zouden kunnen wijzen op ADHD. In paragraaf 4.1.2 worden de generieke instrumenten voor jeugdigen van 6 jaar en ouder besproken, ook in alfabetische volgorde.

In paragraaf 4.2 worden vervolgens ADHD specifieke instrumenten besproken die ingezet kunnen worden wanneer uit de scores van de signaleringsinstrumenten blijkt dat er in elk geval sprake is van psychosociale problemen en waarbij het vermoeden bestaat van ADHD-kenmerken.

De in tabel 2 hieronder genoemde signaleringsinstrumenten komen in deze paragraaf aan de orde.

Tabel 2 Signaleringsinstrumenten kinderen jonger dan 6 jaar

Instrument	Leeftijd: < 6 jaar	Aantal items/invulduur	Kosten En taal	In te vullen door	Scoring	Training
ASQ:SE	3 tot 66 mnd	10-15 min	Nederlands	ouders		Ja
BITSEA	24 tot 36 mnd	42 items & 2 vragenlijsten 'zorgen van ouders' 10-20 min	Niet gratis	ouders (voor kind en voor zichzelf)	InterpretatieWijzer; speciale scoringslijst	Ja
KIPPI-2			Nederlands			
SDQ 3-4 (signalering)	36 tot 45 mnd.	25	Gratis Engels en vertaald in Nederlands en verschillende talen gratis	ouders en leerkrachten	Handmatig met formulier en via computerprogramma	Nee

4.1.1.1 Ages and Stages Questionnaire (ASQ:SE)

De ASQ:SE bestaat uit acht opeenvolgende vragenlijsten, jeugdigen van drie tot 66 maanden. Het instrument beoogt de psychosociale ontwikkeling van het jonge kind in kaart te brengen, op de volgende gebieden: zelfregulatie, volgzzaamheid/meegaandheid, communicatie, adaptief gedrag, autonomie, affect en interacties met mensen.

Wetenschappelijke onderbouwing

Over deze vragenlijst werd geen literatuur gevonden in de internationale databases waarin de search werd uitgevoerd. De literatuur die hier besproken wordt, is door de werkgroep ingebracht.

Overige overwegingen

Aanvullende niet-peer-reviewde literatuur

De Wolff en Teunissen (TNO, 2012) geven in hun rapport aan dat de ASQ:SE op vrijwel alle nagevraagde aspecten van de bruikbaarheid zeer positief beoordeeld wordt door de ouders. De ASQ:SE wordt relatief vaak aangekruist als 'niet lang', '(heel) makkelijk', en krijgt veelal de voorkeur boven de KIPPPi, de BITSEA en de SDQ als het gaat om gebruikersgemak. Alleen als het gaat om geschiktheid om zorgen aan te geven, vinden ouders de KIPPPi beter dan de ASQ:SE. Ook bij de JGZ-professionals springt de ASQ:SE, net als bij de ouders, er positief uit. De JGZ medewerkers die de verschillende instrumenten hebben uitgetest, beoordeelden de ASQ:SE als prettiger, gemakkelijker en meer zinvol dan de andere instrumenten (SDQ, BITSEA, KIPPPi).

Conclusie

Voor gebruik in de JGZ-praktijk bij kinderen van 3 tot 66 maanden lijkt de ASQ:SE een geschikt instrument om de psychosociale ontwikkeling van het jonge kind in kaart te brengen, met name als het gaat om gebruikersgemak. Uit de internationale database is echter geen geschikte literatuur naar voren gekomen over dit instrument. Verder onderzoek wordt daarom aanbevolen.

4.1.1.2 Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA)

De BITSEA is een vragenlijst voor het vroegtijdig signaleren van externaliserende en internaliserende problemen en gedragsproblemen van jeugdigen in de leeftijd van 12 maanden tot 3 jaar. Subschalen zijn: gedrag en emoties, sociale interacties en indicatoren van psychopathologie. De BITSEA is ontwikkeld in de USA en gevalideerd ten opzichte van de CBCL. In Nederland is de BITSEA door TNO gevalideerd. De BITSEA bevat 42 items met drie antwoordmogelijkheden (niet waar/zelden, beetje waar/ soms, heel waar/vaak). Het bevat twee schalen, de Probleem schaal (BITSEA/P;31 items) en de Competentie schaal (BITSEA/C 11 items). Per schaal worden de items opgeteld tot een schaalscore. Naast de 42 items bevat de BITSEA twee vragen omtrent de zorgen van ouders.

Wetenschappelijke onderbouwing

In één onderzoek (N=112; 14-42 maanden) in een kinderpsychiatrische polikliniek in Turkije werd geconcludeerd dat de BITSEA een betrouwbaar instrument is voor het bepalen van sociale en emotionele problemen en vertragingen in competenties zowel in een psychiatrische populatie als in de algemene bevolking (Karabekiroğlu et. al. 2010)

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de BITSEA geschikt is voor het screenen van peuters (tot 3,5 jaar) op sociaal emotionele problemen en vertragingen in competenties. Karabekiroğlu e. a, 2010 B
----------	--

Overige overwegingen

Aanvullend, niet-peer reviewd onderzoek

Uit een onderzoek uitgevoerd door TNO (De Wolff, Theunissen, TNO 2011) over signaleringsinstrumenten voor de 0-4 jarigen, komt naar voren dat op de leeftijd van 24 maanden, de BITSEA de beste resultaten geeft, wat betreft de betrouwbaarheid. Wat betreft gebruikersgemak neemt de BITSEA, als het gaat om het oordeel van ouders, een middenpositie in: tussen de ASQ:SE die als meest positief beoordeeld wordt en de KIPPPi, die men vaak lang en moeilijk vindt. Op geen van de gebruikaspecten springt de BITSEA er uit, niet uitgesproken

positief, ook niet uitgesproken negatief. De Bitsea is echter niet bekend binnen de JGZ, en wordt, voor zover ons bekend, niet gebruikt.

De BITSEA lijkt daarmee geschikt voor het screenen van sociaal emotionele problemen, bij kinderen tot 3,5 jaar. De lijst is door TNO gevalideerd in Nederland.

4.1.1.3 Kort Instrument voor de Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie (KIPPPI-2)

Uit de internationale search kwam geen artikel over de KIPPPI-2 naar voren. Uit de Nederlandse search kwam één artikel naar voren, waarin de Baby-KIPPPI onderzocht is. Dit artikel is geëxcludeerd, omdat het te weinig gegevens bevatte.

Overige overwegingen

Aanvullend, niet peer-reviewed onderzoek

Bij 36 en 45 maanden geniet het gebruik van de SDQ de voorkeur ten opzichte van de KIPPPI, vanwege te geringe sensitiviteit van de KIPPPI (De Wolff, Theunissen, TNO 2012).

Positief springt de KIPPPI eruit als het gaat om geschiktheid om zorgen aan te geven. Dit geldt niet voor de leeftijdsgroep van 36 maanden, dan vinden ouders de ASQ:SE meer geschikt om hun zorgen aan te geven dan de KIPPPI. Het minst positief zijn de professionals over het gebruikersgemak van de KIPPPI (TNO, De Wolff en Teunissen, 2012).

Conclusie

De KIPPPI lijkt vooralsnog niet geschikt als signaleringslijst bij kinderen onder de 6 jaar, vanwege de lengte en complexiteit van de lijst en de geringe sensitiviteit.

4.1.1.4 Strengths and Difficulties Questionnaire 3-4 (SDQ 3-4)

Deze vragenlijst wordt hier kort beschreven, omdat de lijst oorspronkelijk voor jeugdigen vanaf zeven jaar is ontwikkeld. De SDQ wordt in de praktijk wel gebruikt voor jeugdigen tot zes jaar.

De Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) is oorspronkelijk ontwikkeld voor de leeftijdsgroep van 7-12 jaar in 1997 ontwikkeld door Goodman (1997). Hij verkreeg de vragen door gebruik te maken van de omschrijving van symptomen van DSM-classificaties die relatief vaak voorkomen bij jeugdigen (angst en depressie, gedragsstoornissen en ADHD) en door vragen toe te voegen over problemen met leeftijdgenoten (als indicatie voor psychische problemen) en over pro-sociaal gedrag (proactief vriendelijk gedrag als indicatie van sociale aanpassing). In 2000 is de vragenlijst in het Nederlands vertaald en onderzocht (Goedhart e.a., 2003).

De vragenlijst is bedoeld om jeugdigen met een hoog risico op psychosociale problemen te signaleren. De SDQ meet:

- De aanwezigheid van psychosociale problemen
- Sterke kanten van het kind
- De invloed van psychosociale problemen op het dagelijks functioneren.

De SDQ is eenvoudig te scoren met een sjabloon. Voor de hulpverlener en de ouders is het direct inzichtelijk of een kind scoort op een bepaald probleemgebied. Deze score en de impactschaal zijn vervolgens uitgangspunt voor verdere anamnese, onderzoek en eventuele verwijzing.

Uit het rapport van TNO (De Wolff, Theunissen, TNO 2012) komt naar voren dat bij kinderen in de leeftijd van 36 en 45 maanden het gebruik van de SDQ de voorkeur geniet ten opzichte van de KIPPPPI, vanwege te geringe sensitiviteit van de KIPPPPI.

Overige overwegingen

De SDQ is voor deze leeftijdsgroep weliswaar nog niet empirisch gefundeerd, maar sluit wel aan bij de praktijk, en wordt aanbevolen door de NCJ.

Conclusie

Het gebruik van de SDQ bij kinderen van 36 maanden tot 45 maanden heeft de voorkeur boven de KIPPPPI, vanwege de geringe sensitiviteit van de KIPPPPI. Belangrijk is om vooraf na te gaan of gebruik van de SDQ in de JGZ bij kinderen in deze leeftijdsfase niet teveel druk legt op de andere contactmomenten die ook in deze periode plaatsvinden (o.a. vaccinatie, voorbereiding op de overgang van kleuterschool naar basisschool, overdracht naar 4-19 jarigen zorg).

4.1.1.5 Vergelijking generieke instrumenten

In validatieonderzoek van De Wolff en Teunissen (TNO, 2012) werden de KIPPPPI, de BITSEA, de ASQ:SE en de SDQ vergeleken in termen van validiteit (criterium: verhoogde score in vergelijking met de CBCL) en werd nagegaan wat de meerwaarde was van het gebruik van deze lijsten naast de gegevens in het dossier. De conclusie uit het rapport is dat voor de jongste groep kinderen (van 6 tot 14 maanden) geen enkel instrument voor screening op psychosociale problematiek nodig wordt geacht, omdat het contact met de JGZ dan frequent plaats vindt. Voor de leeftijd vanaf 24 maanden bevelen de onderzoekers wel het gebruik van instrumenten voor screening op psychosociale problemen aan (BITSEA, SDQ). Professionals die deelnamen aan het onderzoek geven aan dat het screeningsinstrument tot een zinvol gesprek kan leiden met de ouders over de psychosociale ontwikkeling van het kind. De ouders kunnen het gesprek voorbereiden aan de hand van de vragenlijst; bij het nabespreken van de lijst kunnen relevante thema's naar voren komen (De Wolff & Teunissen, 2012).

Aanbevelingen generieke signaleringsinstrumenten voor kinderen jonger dan 6 jaar

- Bij de jongste groep kinderen (van 6 tot 14 maanden) kan geen enkel instrument voor signalering van psychosociale problematiek worden aanbevolen.
- De werkgroep beveelt aan om de SDQ te gebruiken in de JGZ voor het signaleren van psychosociale problemen bij jeugdigen in de leeftijd van 3 jaar en 9 maanden tot 6 jaar, bij een vermoeden van deze problemen en als aanvulling op de contactmomenten.
- In de leeftijd van 36 en 45 maanden geniet het gebruik van de SDQ de voorkeur ten opzichte van de KIPPPPI, vanwege te geringe sensitiviteit van de KIPPPPI.
- Aanbevolen wordt om na te gaan of het gebruik van vragenlijsten bij kinderen in deze leeftijdsfase niet ten koste gaat van de tijd die besteed moet worden aan andere zaken tijdens het contactmoment (bijvoorbeeld 3 jaar en 9 maanden: vaccinatie, overgang van kleuter- naar basisschool, overdracht naar 4-19 jarigen zorg). Als dit het geval is: plan dan een extra contactmoment.
- Het invullen van een vragenlijst door ouders kan dienen als voorbereiding voor het consult en kan leiden tot een zinvol gesprek over de psychosociale ontwikkeling van het kind.
- Vanwege de gebruiksvriendelijkheid van de ASQ:SE beveelt de werkgroep meer onderzoek naar de validiteit van dit instrument aan in de Nederlandse populatie.

4.1.2 Generieke signaleringsinstrumenten voor jeugdigen van 6 jaar en ouder

In deze paragraaf worden instrumenten besproken waarmee psychosociale problemen die kunnen duiden op ADHD-symptomen bij kinderen en jeugdigen van 6 jaar en ouder herkend kunnen worden. De uitkomsten van deze instrumenten kunnen een indicatie geven voor verdere screening op ADHD-symptomen.

De instrumenten die in deze paragraaf besproken worden staan in onderstaande tabel.

Tabel 3 generieke signaleringsinstrumenten jeugdigen 6 jaar en ouder

Instrument	Leeftijd > 6 jaar	Aantal items/duur	Kosten en taal	Invullen door	Scoring	Training
DAWBA	> 6 jr	30-50 min Pakket vragenlijsten & interviews	Nederlands Engels	Ouders, leerkracht & jongere (vanaf 11 jaar)	Hand-matig en via computerpr ogramma	Nee, toelichting beschikbaar
PSC en PSC-17	8 tot 15 jr	wisselend	Engels, Spaans en Chinees			
SDQ 4-16	4-16 jaar	25	Nederlands Gratis	Invullen door ouders		
SDQ 11-17	11-17 jaar jr			Invullen door jongere zelf		

4.1.2.1 Development and Well-Being Assessment (DAWBA)

De DAWBA is een pakket instrumenten om psychopathologie bij jeugdigen in kaart te brengen. Het bevat interviews en vragenlijsten voor ouders, voor jeugdigen ouder dan elf jaar, welke beginnen met de afname van de SDQ, en voor de leerkracht. De antwoordmogelijkheden zijn ja/nee en semigestructureerde open vragen. De DAWBA kan zowel door personen als via de computer afgenomen worden, de verwerking ervan gebeurt met de computer. Alle informatie die wordt verkregen met behulp van de verschillende bronnen wordt samengevoegd in een sheet, die kan dienen als startpunt voor beoordeling van het kind door ervaren klinici. Het zijn de ervaren klinici die de uiteindelijke diagnose bepalen. De Nederlandse versie van de DAWBA is nog niet onderzocht.

Afnametijd

De afname van de papierenversie van het ouderinterview duurt ongeveer 50 minuten. Het interview met de jeugdige duurt ongeveer 30 minuten. De lengte van de interviews kan verkort worden doordat vragen overgeslagen mogen worden als uit de screeningsvragen blijkt dat de kans zeer klein is dat een bepaalde diagnose bij de jeugdige wordt gesteld. Bij afname via de computer worden alleen de subvragen geopend over de gebieden waarop problemen zouden kunnen bestaan.

Beschikbaarheid/kosten

De papieren versies van de vragenlijsten zijn ook in het Nederlands vrij beschikbaar via internet. Er bestaat een uitgebreide toelichting voor de interviewer, een vragenlijst voor leerkrachten, een versie voor afname bij ouders en een voor afname bij jeugdigen van 11 tot 18 jaar.

Wetenschappelijke onderbouwing

Foreman et al. (2009) gebruikten de DAWBA in 84 kinderen (85% jongens) van gemiddeld 9,4 jaar, die mogelijk ADHD hadden. Voor kinderen jonger dan 11 jaar werd alleen het oordeel van de ouder gebruikt. Vanaf 11 jaar konden jongeren ook zelf een oordeel geven. Zij concludeerden dat de DAWBA een veelbelovend instrument is om ADHD te detecteren.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de DAWBA geschikt is om ADHD op te sporen. B Foreman (2009)
----------	---

Overige overwegingen

De Nederlandse versie van de DAWBA is nog niet onderzocht.

4.1.2.2 Pediatric Symptom Checklist (PSC)

De PSC (Pediatric Symptom Checklist) is een door ouders in te vullen vragenlijst, ontwikkeld als maat voor het psychosociaal functioneren van het kind. Later werd dit van oorsprong signaleringsinstrument *ook* gebruikt als screeningsinstrument voor symptomen van emotionele en gedragsaandoeningen. Er is een Nederlandse versie van de PSC, ontwikkeld in 1988 en 1990 door Jellinek en Murphy.

De PSC bestaat uit drie vragenlijsten voor het opsporen van psychosociale problemen bij jeugdigen van zeven tot twaalf jaar.

De PSC-17 is een kortere vorm van de PSC met drie subschalen die aandachtsproblemen, externaliserende (regeloverschrijdend gedrag) en internaliserende (depressie en angst) problemen meten. De PSC-17 is niet in het Nederlands verkrijgbaar, wel in het Engels, Spaans en Chinees. De search naar wetenschappelijke onderbouwing leverde slechts resultaten op die betrekking hebben op deze verkorte versie van de PSC.

Wetenschappelijke onderbouwing

Uit de internationale search kwam één onderzoek over de PSC-17 naar voren en dit artikel is beoordeeld (Gardner et al. 2007). In deze Amerikaanse studie werd de PSC-17 als screeningsinstrument voor veelvoorkomende psychosociale aandoeningen onderzocht bij jeugdigen tussen 8 en 15 jaar (n=269). De jeugdigen waren deelnemers aan twee longitudinale studies in de eerste lijn in Amerika, waarbij er meer angst en depressie dan bij een ongeselecteerde populatie voorkwam. De attentie subschaal van de PSC-17 had bij een afkappunt (T-score) van ≥ 5 een sensitiviteit van 0,88 en een specificiteit van 0,72 voor de diagnose ADHD. De auteurs zijn van mening dat de PSC-17 een geschikt instrument is voor het signaleren van psychosociale problemen bij jongeren in de eerste lijn. De auteurs zijn daarnaast van mening dat de PSC-17 en de attentie subschaal geschikt is voor het signaleren van ADHD in de eerste lijn. Verder onderzoek wordt door de auteurs aanbevolen.

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat de attentie subschaal van de PSC-17 een geschikt instrument is om bij jeugdigen (van 8-15 jaar) symptomen van ADHD te signaleren in de eerste lijn.
----------	--

4.1.2.3 Strengths and Difficulties Questionnaire 4-16 en 11-17 (SDQ)

De Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) is oorspronkelijk ontwikkeld voor de leeftijdsgroep van 7-12 jaar in 1997 ontwikkeld door Goodman (1997). Hij verkreeg de vragen door gebruik te maken van de omschrijving van symptomen van DSM-classificaties die relatief vaak voorkomen bij jeugdigen (angst en depressie, gedragsstoornissen en ADHD) en door vragen toe te voegen over problemen met leeftijdgenoten (als indicatie voor psychische problemen) en over biosociaal gedrag (proactief vriendelijk gedrag als indicatie van sociale aanpassing). In 2000 is de vragenlijst in het Nederlands vertaald en onderzocht (Goedhart e.a., 2003).

De databank 'Instrumenten en Richtlijnen' van het NJI zegt over de SDQ:

"De SDQ bestaat uit:

- vragenlijst voor ouders en leerkrachten, leeftijd 4-16
- vragenlijst voor ouders en leerkrachten/dagleidsters, leeftijd 3-4
- vragenlijst voor jongeren, leeftijd 11-16
- scoringsmal
- scoringsprogramma

Er zijn daarnaast supplementen per vragenlijst optioneel toe te voegen die informatie geven over de intensiteit en duur van de waargenomen moeilijkheden, de interferentie met het dagelijks functioneren en de gevolgen voor de omgeving. Ook kan per versie voor een follow-up variant worden gekozen wanneer herhaalde afname gewenst is, bijvoorbeeld na een behandeling" (www.NJI.nl, 10-04-2013).

De SDQ is daarmee een verzamelnaam voor een aantal vragenlijsten voor verschillende informanten (ouders, leerkrachten, jongeren), welke zijn bedoeld om jeugdigen met een hoog risico op psychosociale problemen te signaleren. Deze vragenlijsten meten:

- De aanwezigheid van psychosociale problemen
- Sterke kanten van het kind
- De invloed van psychosociale problemen op het dagelijks functioneren.

De SDQ is eenvoudig te scoren met een sjabloon. Voor de hulpverlener en de ouders is het direct inzichtelijk of een kind scoort op een bepaald probleemgebied. Deze score en de impactschaal zijn vervolgens uitgangspunt voor verdere anamnese, onderzoek en eventuele verwijzing.

Er zijn verschillende versies van de vragenlijst ontwikkeld: een versie die door ouders en leerkrachten ingevuld kan worden (4-16 jaar) en een versie die door de jongere zelf in te vullen is (11 t/m 16 jaar). De vragen corresponderen wel met elkaar qua nummering. Zo is vraag 10 in ouder/leerkrachtversie: "is constant aan het wiebelen of friemelen". Vraag 10 in de jeugdigen versie: "ik zit constant te wiebelen of te friemelen."

Van deze twee lijsten zijn enkelzijdige versies beschikbaar, waarin alleen meerkeuze vragen per subschaal staan en dubbelzijdige versies, waar impactvragen aan toegevoegd zijn. Met deze impactvragen wordt geprobeerd inzicht te krijgen in hoeverre eventueel aanwezige problematiek interfereert met het dagelijks functioneren en wat de ernst en duur is van deze problematiek. Beide versies bestaan uit vragenlijsten voor ouders en leerkrachten (4-16 jaar) en een zelfinvulijst voor de jongere (11-17 jaar).

Daarnaast zijn follow-up versies ontwikkeld met vergelijkbare items voor dezelfde doelgroepen.

De enkelzijdige vragenlijst bevat in totaal 25 items, onderverdeeld in de volgende 6 subschalen:

1. Hyperactiviteit/aandachtstekort
2. Emotionele problemen
3. Problemen met leeftijdsgenoten
4. Gedragsproblemen
5. Pro-sociaal gedrag

Elke subschaal heeft 5 items. Per vraag zijn er drie antwoordcategorieën: niet waar, een beetje waar, en zeker waar. De items zijn geformuleerd aan de hand van stellingen (bijvoorbeeld: 'Mijn kind is rusteloos, overactief, kan niet lang stilzitten') en hebben betrekking op de laatste 6 maanden. De pro-sociale schaal richt zich op de sterke kanten van het kind en wijzen op psychologische aanpassing en mogelijkheden van herstel.

De SDQ kan zowel worden gebruikt tijdens contactmomenten als bij vermoedens of aanwijzingen van psychosociale problemen. De SDQ is een korte schaal die snel is af te nemen. De lijst is kosteloos en vrijelijk beschikbaar via de website. Het aantal items is relatief klein, gezien het feit dat het instrument zes verschillende ontwikkelingsdomeinen betreft die betrekking hebben op de sociaal-emotionele ontwikkeling.

Wetenschappelijke onderbouwing

De wetenschappelijke conclusies zijn gebaseerd op de enkelzijdige ouder- en leerkrachtversie (4-16 jaar) en de zelfinvullijst (11-17 jaar). Over de andere versies is nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs voorhanden. Hieronder volgt de wetenschappelijke conclusie uit de internationale search en beoordeling van de artikelen voor de psychometrische eigenschappen van de SDQ.

De psychometrische eigenschappen van de SDQ zijn onderzocht door te kijken naar de betrouwbaarheid en de validiteit. De betrouwbaarheid geeft aan of de gemeten waarde op de SDQ representatief is voor de werkelijke waarde. Dit wordt onderzocht door bijvoorbeeld te kijken naar de interne consistentie of door een hertest te doen. De betrouwbaarheid of validiteit van de SDQ is door Widenfelt et al. en door Muris et al. (2003) onderzocht. De betrouwbaarheid (uitgedrukt met de Cronbach's alpha) was goed voor zowel de totale probleemscore als de score op de subschaal Hyperactiviteit-aandachttekort van zowel de ouders- als de leerkrachtenversie. Voor de jeugdigenversie bleek deze lager, maar acceptabel te zijn. In het TNO-rapport van Vogels et al. (2011) is naar de validiteit van de SDQ gekeken door deze te vergelijken met uitkomsten op de CBCL en de YSR. Er werden significante correlaties gevonden.

Becker et. al. onderzochten de psychometrische eigenschappen van de SDQ om de verschillen met betrekking tot leeftijd en geslacht te beoordelen in de verschillende landen (Becker et. al. 2006). In totaal zijn de gegevens van 1.459 jeugdigen bekeken, aan de hand van door de ouders ingevulde SDQ vragenlijsten. Het bleek dat jongere jeugdigen (6-10 jaar) een hogere totaalscore hadden en ook hoger scoorden bij hyperactiviteit-aandachtstekort en bij relaties (solidair zijn, vriendjes hebben) dan oudere jeugdigen (11-18 jaar). Meisjes hadden meer problemen met emotioneel gedrag en scoorden beter op pro-sociaal gedrag.

De interne consistentie was het hoogste bij de schalen pro-sociaal gedrag (elkaar helpen, dingen delen, etc.) (0,72), relaties (0,72) en gedragsproblemen (0,69).

De SDQ ouderschaal kan zorgen voor relevante klinische informatie, de scores van de SDQ hangen wel af van leeftijd en geslacht.

Bij de jeugdigen was de sensitiviteit 0,23 en de specificiteit 0,94 van de SDQ. Een sensitiviteit van 0,23 betekent dat van de jeugdigen met psychische aandoeningen, slechts 23% positief scoort op de SDQ. Dat betekent dat 77% van de jeugdigen met psychische aandoeningen niet herkend wordt met de SDQ. Dit worden fout-negatieve testuitkomsten genoemd. Een specificiteit van 0,94 van de SDQ bij jeugdigen geeft aan dat van de

jeugdigen die geen psychische aandoeningen hebben, in 94% van de gevallen terecht een negatieve test uitslag hebben. Slechts 6% van de jeugdigen scoort fout-positief. Door de lage sensitiviteit van de SDQ wordt slechts ongeveer een kwart van de jeugdigen met een psychische aandoening herkend. Door de hoge specificiteit van de SDQ krijgen de meeste jeugdigen zonder psychische problematiek ook een terechte negatieve uitslag. De sensitiviteit en specificiteit liggen ver uit elkaar. De sensitiviteit kan verhoogd worden door het afkappunt te verlagen. Een nadeel van een hogere sensitiviteit is dat er meer kinderen zijn die boven het afkappunt scoren maar die toch gezond zijn.

Het afkappunt voor de Totale Probleemscore lag respectievelijk op >16 voor de ouders-versie, >15 voor de leerkrachtversie en >17 voor de jongerenversie. Om de voorspellende waarde te bepalen werd de uitslag op de Totale Probleemscore vergeleken met de uitslag van een diagnostisch onderzoek voor psychische aandoeningen. Bij de ouderversie werd een sensitiviteit van 0,47 en een specificiteit van 0,94 gevonden. Bij de leerkrachten was de sensitiviteit van de SDQ, 0,43 en de specificiteit 0,95.

In Nederland is de SDQ ondermeer onderzocht door Goedhart et al. (2003). In deze studie worden wel afkappunten aangegeven, maar geen uitkomsten op sensitiviteit en specificiteit. De SDQ werd afgenomen in de algemene bevolking: bij 1.353 jeugdigen uit het basisonderwijs en voortgezet onderwijs, 300 ouders en 208 leerkrachten. Het optimale afkappunt is bepaald voor afwijkende scores door de hoogste 10% van de scores als afwijkend te beschouwen (scores vanaf het 90^e percentiel). De afkappunten voor de Totale Probleemscore van de SDQ was voor de ouderversie >13, de leerkrachtenversie >17 en bij de Jongere-versie >16. Voor de subschaal Hyperactiviteit/aandachtstekort werd een afkappunt gevonden van respectievelijk >6, >7 en >6. Goedhart en coauteurs stelden een lager afkappunt voor, vanaf het 80^e percentiel, voor wat zij noemden grensscores (lichtere problematiek). De afkappunten voor de Totale Probleemscore van de SDQ was respectievelijk >10, >12 en >13. Voor de subschaal Hyperactiviteit/aandachtstekort werd een afkappunt gevonden voor grensscores van respectievelijk >4, >5 en >5.

In een studie van Goodman (2001) zijn de psychometrische eigenschappen en de voorspellende waarde van de SDQ onderzocht in een grote en representatieve steekproef van jeugdigen in de algemene bevolking in Groot-Brittannië (Goodman, 2001). De SDQ werd afgenomen bij jeugdigen (11-15 jaar), ouders en leerkrachten. In totaal hebben 9.998 ouders (96%), 7.313 leerkrachten (70%) en 3.983 jeugdigen een eigen versie van de SDQ ingevuld (91%). Het afkappunt werd op een vergelijkbare manier als bij Goedhart et al. (2003) bepaald, namelijk door de hoogste 10% van de scores als afwijkend te beschouwen (scores vanaf het 90^e percentiel). Daardoor scoort 10% van de deelnemers boven het afkappunt, en 90% daar beneden. Voor de subschaal Hyperactiviteit-aandachtstekort lag het afkappunt voor de ouderversie en leerkrachtenversie op >7 en die voor de jongerenversie op >6. De subschaal Hyperactiviteit/aandachtstekort werd vergeleken met de uitkomst van een diagnostisch onderzoek naar ADHD. Bij de ouderversie van de SDQ was de sensitiviteit 0,74 en de specificiteit 0,92. Bij de leerkrachtenversie was de sensitiviteit 0,68 en de specificiteit 0,93. Bij de jongerenversie was de sensitiviteit 0,40 en de specificiteit 0,91.

Samenvattend

De Totale Probleemscore van de SDQ voor het hebben van psychische problematiek heeft bij alle drie de versies (de ouders-, leerkrachten- en jongerenversie) een lage sensitiviteit (Se respectievelijk 0,47, 0,43 en 0,23) en een hoge specificiteit (Sp respectievelijk 0,94, 0,95 en 0,94).

Door de keuze van de onderzoekers voor een hoog afkappunt op basis van de 10% hoogste scores, is de specificiteit hoog. Dat betekent dat de meeste jeugdigen met een positieve uitslag op de SDQ subschaal hyperactiviteit-aandachtstekort vermoedelijk ook positief op ADHD gediagnosticeerd worden.

De hoge specificiteit gaat in dit geval gepaard met een lage sensitiviteit. Dat houdt in dat er relatief veel jeugdigen zijn die een negatieve uitslag hebben (dus onder het afkappunt scoren), maar waarbij wel sprake kan zijn van ADHD kenmerken.

Conclusie

Niveau 2	- Het is aannemelijk dat de subschaal Hyperactiviteit/aandachttekort van de ouderversie van de SDQ, met een afkappunt van >7, goede voorspellende waarden heeft (Se=0,74; Sp=0,92), en dus bruikbaar is als voorspeller van ADHD bij jeugdigen tussen 11-15 jaar. - De leerkrachtenversie van de subschaal Hyperactiviteit/aandachttekort heeft een lage sensitiviteit en een hoge specificiteit (Se=0,68; Sp=0,93). Doordat het afkappunt hoog gelegd is, worden relatief veel jeugdigen met ADHD niet met de test herkend. Jeugdigen zonder ADHD worden wel goed herkend. A2 Goodman, 2001
----------	---

Overige overwegingen

Aanvullend, niet peer-reviewed onderzoek

Vogels et al (2005, 2008, 2011) hebben verschillende onderzoeken uitgevoerd, waarbij de SDQ werd vergeleken met verschillende instrumenten (PSYBOBO, PSC, CBCL) voor screening van psychosociale problematiek bij jeugdigen. Uit deze studies komt naar voren dat de inzet van screeningsinstrumenten de huidige signalering van psychosociale problemen bij jeugdigen in de JGZ kunnen verbeteren, maar signalering door professionals zelf niet volledig vervangen.

Uit het onderzoek uit 2005 (Vogels et al) komt naar voren dat de keuze voor een instrument voornamelijk zal worden gemaakt naar aanleiding van de bruikbaarheid in het werkveld (wat een goede acceptatie/implementatie geeft) en een zo goed mogelijke aansluiting in de keten, bijvoorbeeld bij consultatie en eventuele verwijzing.

In een studie van Vogels werd in kaart gebracht welke lijst het meest bruikbaar was voor het herkennen van psychosociale problemen bij jeugdigen. Hierbij is de CBCL afgenomen als vergelijkend instrument. De conclusie van de onderzoeker is dat de testeigenschappen (psychometrisch en klinisch-epidemiologisch) van de PSYBOBA en de SDQ elkaar nauwelijks ontlopen. Hetzelfde geldt voor de bruikbaarheid van beide instrumenten in de praktijk. Wanneer het primaire doel is om een eerste onderscheid te maken tussen jeugdigen die wellicht problemen hebben (en daarom in de gaten gehouden moeten worden) en zij waarbij dit niet het geval is, dan is de SDQ hiervoor het meest bruikbaar (Vogels, 2008).

In een recent rapport van Vogels et al. (2011) is de KIVPA vergeleken met de SDQ als signaleringsinstrument voor problemen bij de adolescenten (13 jaar en ouder, klas 2 voortgezet onderwijs) in de JGZ. In dit onderzoek is gezocht naar een bruikbaar afkappunt voor de jeugdigenversie van de SDQ. Vogels stelt een lager afkappunt voor dan het afkappunt van >16 dat door Goedhart et al (2003) oorspronkelijk werd voorgesteld voor de jongerenversie van de SDQ voor ernstige problematiek (en >13 voor lichtere problematiek). De conclusie van Vogels et al. (2011) is dat de SDQ gebruikt kan worden als meerwaarde ten behoeve van signalering van psychosociale problematiek, op basis van beschikbare informatie uit dossiers en een gesprek tijdens periodiek onderzoek. De onderzoekers hebben niet specifiek gekeken naar het afkappunt voor de subschaal Hyperactiviteit/aandachtstekort.

Conclusie

Het gebruik van een screeningsinstrument als de SDQ kan een voorbereiding van het consultatieve gesprek zijn. De lijst is makkelijk in te vullen door ouders, leerkrachten en adolescenten en eenvoudig te scoren met een sjabloon. De SDQ dient beoordeeld te worden door een professional die bevoegd en bekwaam is. Voor de meeste ouders zal het invullen van de lijst maximaal een kwartier duren. Los van het tijdsbeslag kan het invullen van de vragenlijsten voor ouders wel een emotionele belasting vormen. De acceptatie zal ook afhangen van de relatie die de professional met ouders heeft en het vertrouwen in die professional. Dat pleit ervoor om –zeker op jonge leeftijd- het instrument alleen in te zetten in combinatie met een persoonlijk contact, bijvoorbeeld tijdens het Periodiek Geneeskundig Onderzoek bij de JGZ, of alleen op indicatie naar aanleiding van vragen/zorgen.

De vragenlijst is in veel talen vertaald, er zijn aparte versies voor mensen met verschillende culturele achtergronden (zie ook hoofdstuk 5). Het is wel belangrijk te beseffen dat die versies niet in Nederland zijn gevalideerd en genormeerd. Een professional zal meer moeten vertrouwen op de eigen gespreksvaardigheden, perceptie en interpretatie dan op de SDQ score alleen.

Aanbevelingen generieke signaleringsinstrumenten jeugdigen van 6 jaar en ouder

Aanbevolen

- De werkgroep beveelt aan om de SDQ te gebruiken in de JGZ voor het signaleren van psychosociale problemen bij jeugdigen in de leeftijd van 6 tot 18 jaar, bij een vermoeden van deze problemen en als aanvulling op het Periodiek Geneeskundig Onderzoek.
- Het gebruik van een instrument als de SDQ kan een voorbereiding van het consultatieve gesprek zijn.
- Omdat het invullen van de SDQ voor ouders een emotionele belasting kan vormen, dient dit altijd in combinatie met persoonlijk contact plaats te vinden, bijvoorbeeld tijdens het contactmoment bij de JGZ, of alleen op indicatie naar aanleiding van vragen/zorgen.

Niet aanbevolen

- De DAWBA wordt niet aanbevolen voor gebruik in de JGZ-praktijk. Het instrument heeft een te lange afname tijd en de Nederlandse versie is nog niet onderzocht.
- De werkgroep beveelt de PSC niet aan. Er is meer onderzoek nodig naar dit instrument en een vertaling in het Nederlands.

4.2 Signalering: specifiek op ADHD gerichte instrumenten

4.2.1 Inleiding

Wanneer er in het eerste signaleringstraject signalen bij het kind gevonden worden die kunnen wijzen op ADHD, kunnen instrumenten die specifiek gericht zijn op ADHD kenmerken ingezet worden. Het gebruik van deze instrumenten wordt altijd gedaan in combinatie met het afnemen van een anamnese en lichamelijk onderzoek, zoals visus en gehooronderzoek. De uitkomsten van de instrumenten dienen altijd geplaatst te worden binnen de context. Dat wil zeggen dat de eigen indruk van de professional, dus de observaties tijdens de contactmomenten en informatie uit de omgeving van het kind van ouders/verzorgers en leerkrachten essentieel zijn.

Naast het gebruik van een dergelijk instrument is het maken van een inventarisatie van de omgeving van belang, in de vorm van een anamnese. Naast het belang hiervan in verband met de invloed die de sociale omgeving en thuissituatie van het kind kan hebben op het functioneren, kan er ook sprake zijn van comorbiditeit.

De instrumenten moeten kort en gemakkelijk af te nemen zijn en moeten betrouwbare informatie opleveren. De keuze van de instrumenten zal mede worden bepaald door praktische voor- en nadelen van een instrument, zoals hoe bevalt het instrument de ouders en de professionals, wat is de tijdsbesteding en kosten, welke instrumenten worden in de praktijk veel gebruikt. Zoals al aangegeven is in de inleiding geldt voor alle instrumenten dat de uitslagen gewogen moeten worden door een professional met ervaring in het beoordelen van jeugdigen met ADHD.

Wanneer uit de scores van het screeningsinstrument naar voren komt dat de jeugdige mogelijk kenmerken van ADHD heeft, wordt doorverwezen naar verdere diagnostiek en classificatie en kunnen interventies ter ondersteuning aangeboden worden, zoals voorlichting, opvoedbegeleiding voor ouders en pedagogische begeleiding voor leerkrachten.

Instrumenten gericht op symptomen en kenmerken van ADHD kunnen ook ingezet worden als monitorinstrument tijdens behandeling en in de nazorgfase.

4.2.2 ADHD specifieke instrumenten voor kinderen jonger dan 6 jaar

Voor de jongste kinderen, onder de 6 jaar, geldt dat symptomen van ADHD vaak nog onvoldoende herkend kunnen worden. Voor een aantal instrumenten geldt dat ze wel ontwikkeld zijn voor kinderen jonger dan 6 jaar. In de onderstaande tabel (tabel 4) staan die instrumenten die in deze richtlijn beschreven worden voor jeugdigen vanaf 1,5 jaar en ouder.

Tabel 4 Instrumenten (ook) gericht op specifieke ADHD-kenmerken vanaf 1,5 jaar

Instrument	Leeftijd		Items & Afnameduur	Kosten & taal	Overige opmerkingen	beschikbaarheid	scoren	Sector
CBCL	1,5-5		99 items invullen: 15-20 scoring: 5 interpretatie: 5	NL Specifieke aanpassingen voor allochtonen Niet gratis	Invullen door ouders	Verkrijgbaar voor diagnostisch geschoolde gedragswetenschapper/ psychiater.	handscoringsprofielen Computerprogramma	jeugdzorg ggz
AVL	4 - 18 jaar		18 items invullen: 5 min scoring en interpretatie: 10-15 min	NL. Niet gratis	Ouders of leerkrachten vullen in	Voor psychodiagnostisch geschoolde professionals	Antwoordsleutels Interpretatie door gedragdeskundige of diagnosticus. Handmatig of geautomatiseerd via internet	Ambulante en residentiële jeugdzorg Pleegzorg Kinder- en jeugdpsychiatrie. Reguliere en speciaal onderwijs
CPRS (parents)	3-18		Lang:80 items 15-20 min Kort: 27 items 5-10 min Scoring en interpretatie: max 10 min		Invullen ouders		Scoringsprofielen	Jeugdzorg Onderwijs
CTRS (teachers)	3-18		Lang:59 Kort: 28	Niet gratis NL	Invullen leraren		Scoringsprofielen	Jeugdzorg Onderwijs
VVA	5-6		23 items Afname: 5 min Scoring: 5 min interpretatie: 5 min	NL Niet gratis	Ouders vullen in	Verkrijgbaar voor bij PITS- geregistreerde gebruikers: psychiaters / medici, psychodiagnostisch werkenden, paramedici, leerkrachten en remedial teachers	Af te nemen door professionals die op de hoogte zijn van ADHD- problemen op jonge leeftijd: psychologen, orthopedagogen, jeugdartsen, kinderartsen, kinderpsychiaters en kinderneurologen.	

Tabel 5 ADHD specifieke instrumenten voor jeugdigen van 6 jaar en ouder

Instrument	Leeftijd	Items & Afnameduur	Kosten & taal	Overige opmerkingen	beschikbaarheid	scoren	Sector
ASEBA (CBCL, TRF, YSR)			CBCL, TRF, YSR vergen invoer in een specifiek programma dat daarna profielen toont. Kost tijd en geld.	Verschillende vragenlijsten			
CBCL	6-18	invullen: 15-20 scoring: 5 interpretatie: 5	NL Specifieke aanpassingen voor allochtonen Niet gratis	Ouders Variant voor meisjes en jongens	Verkrijgbaar voor diagnostisch geschoolde gedragswetenschapper/psychiater.	handscoringsprofielen Computerprogramma	jeugdzorg ggz
AVL	4 - 18 jaar	18 items invullen: 5 min scoring en interpretatie: 10-15 min	NL. Niet gratis	Ouders of leerkrachten	Voor psychodiagnostisch geschoolde professionals	Antwoordsleutels Interpretatie door gedragsdeskundige of diagnosticus. Handmatig of geautomatiseerd via internet	Ambulante en residentiële jeugdzorg Pleegzorg Kinder- en jeugdpsychiatrie. Reguliere en speciaal onderwijs
TRF	6-18	118 items invullen: 15-20 scoring: 5 interpretatie: 5	NL Specifieke aanpassingen voor allochtonen Niet gratis	leerkrachten Variant voor meisjes en jongens	Verkrijgbaar voor diagnostisch geschoolde gedragswetenschapper/psychiater.	handscoringsprofielen Computerprogramma	School/kinderdagverblijf
YSR	11-18	invullen: 15-20 scoring: 5 interpretatie: 5	NL Specifieke aanpassingen voor allochtonen Niet gratis	jongeren	Verkrijgbaar voor diagnostisch geschoolde gedragswetenschapper/psychiater.	handscoringsprofielen Computerprogramma Afname onder supervisie van en interpretatie door diagnostisch geschoolde gedragswetenschappers of psychiaters	Jeugdzorg
BRIEF	5-18	86 items Afname en interpretatie: 30 min	NL Niet gratis	Oudervragenlijst en leerkrachtenvragenlijst	Beschikbaar voor gedragswetenschappers (bijvoorbeeld: psychologen, (ortho)pedagogen) en psychiaters.	Profielformulieren. Digitale versie	Jeugd GGZ

SEV	4-18	72 items 30 min	NL Niet gratis	ouders of leerkrachten		Handmatig of via testweb Uitslag wordt geïnterpreteerd door psychodiagnostisch bevoegde professionals	Jeugdzorg Onderwijs
SNAP-IV	6-18	Lang: 90 items Kort: 26 items	Nederlands	ouders of leerkrachten			

4.2.3 ADHD specifieke instrumenten voor jeugdigen van 6 jaar en ouder

In de tabel 5 (p 53/54) staan de instrumenten die in deze richtlijn besproken worden voor kinderen en jeugdigen van 6 jaar en ouder.

4.2.3.1 Achenbach system of empirically based Assessment (ASEBA)

ASEBA staat voor Achenbach System of Empirically Based Assessment. Er zijn verschillende vragenlijsten, interviews en observatielijsten ontwikkeld op basis van ASEBA voor het aangeven van emotionele en gedragsproblemen (Scholte e.a., 2008). Dit zijn o.a. de CBCL, de TRF en de YSR, die hieronder kort beschreven worden. De vragenlijsten zijn vertaald in diverse talen, onder andere in het Nederlands, Engels, Frans, Duits, Spaans en Turks en hebben specifieke aanpassingen voor jeugdigen met een niet-Nederlandse etnische achtergrond. De afnameduur bedraagt 15 tot 20 minuten, de scoring circa 5 minuten en de interpretatie duurt ook circa 5 minuten.

De ASEBA-vragenlijsten zouden ook voor signalering kunnen worden ingezet, ware het niet dat ze voor dat doel te lang duren en te duur zijn.

Daarnaast zijn interviews beschikbaar die door klinici worden afgenomen. Deze interviews kunnen vervolgens gekwantificeerd worden met behulp van observatielijsten. Voor het observeren van gedrag in bijvoorbeeld de klas zijn ook observatielijsten beschikbaar. Deze lijsten zijn ontwikkeld door Prof. Dr. T. Achenbach van de universiteit van Vermont in Amerika en in het Nederlands vertaald.

4.2.3.2 Child Behaviour Checklist 6-18 (CBCL)

Er bestaan twee versies van de CBCL:

- CBCL/1,5-5. Voor jeugdigen in de leeftijd van 1,5-5 jaar. Deze wordt hier in deze richtlijn niet besproken.
- CBCL/6-18. Voor jeugdigen in de leeftijd van 6-18 jaar.

De vragenlijsten worden ingevuld door de ouders of verzorgers. De meest recente versie van de CBCL dateert uit 2003.

Ouders kunnen op 20 vragen over vaardigheden informatie geven over activiteiten, sociale contacten en schoolwerk.

De afnameduur bedraagt 15 tot 20 minuten, het scoren van de antwoorden circa 5 minuten, de interpretatie van de scoring ook circa 5 minuten.

Alle vragenlijsten zijn zowel op papier te bestellen als in de vorm van een digitaal programma.

DE CBCL is daarnaast opgebouwd uit de volgende schalen met betrekking tot emotionele en gedragsproblemen:

- de vaardigheidsschalen Activiteiten, Sociaal en School, samen de schaal Totale Vaardigheden.
- De probleemschalen Teruggetrokken/Depressief, Lichamelijke Klachten, Angstig/Depressief, Sociale Problemen, Denkproblemen, Aandachtsproblemen, Normafwijkend Gedrag en Agressief Gedrag. De eerste drie probleemschalen vormen samen de schaal Internaliseren en de laatste twee de schaal Externaliseren. Alle vragen over gedrag opgeteld vormen de schaal Totale Problemen.
- Nieuw is de 'stress' schaal.

Ouders kunnen deze vragenlijst al vanaf de leeftijd van hun kind van 6 jaar t/m 18 jaar invullen. Ouders kunnen aangeven hoe goed een vraag nu of in de afgelopen 6 maanden past bij een kind met behulp van de volgende antwoordmogelijkheden:

0 = helemaal niet, 1 = een beetje of soms, 2 = duidelijk of vaak.

De score geeft aanwijzingen over probleemgebieden of DSM pathologie. De scores worden vertaald in T-scores en als volgt gescoord: Klinisch - Grensgebied – Normaal.

Een indeling van de vragen over gedrag die nauw aansluit bij het classificatiesysteem van de DSM leidt tot zogenaamde DSM-schalen.

Deze zes DSM-schalen zijn:

1. Affectieve Problemen
2. Angstproblemen
3. Lichamelijk Problemen
4. Aandachtstekort/Hyperactiviteitsproblemen
5. Oppositioneel-Opstandige Problemen
6. Gedragsproblemen.

Wetenschappelijke onderbouwing

Drie artikelen werden geschikt bevonden voor deze richtlijn (versie jeugdigen 6-18 jaar). Dit waren de artikelen van Hudziak et. al. 2004, Derks et. al. 2006, Aebi et. al. 2010.

In de studie van Hudziak et al (2004) testte men de diagnostische nauwkeurigheid van de CBCL (Hudziak et al. 2004) voor de beoordeling van ADHD en andere gedragsstoornissen (ODD en CD). In de studie werden 187 jeugdigen meegenomen en 183 broers/zussen van deze jeugdigen, allen tussen de 6 en 18 jaar. Een groot deel van de jeugdigen in de studie waren geïnccludeerd in een psychiatrische kliniek. Omdat voornamelijk de schaal rondom aandachtsproblemen een goede voorspeller is voor ADHD, is daarvoor naar een geschikte cut-off score gezocht. Wanneer men koos voor een cut-off van T-score ≥ 55 , bleek de sensitiviteit van de CBCL 0,83 en de specificiteit 0,88 te zijn.

Derks et al (2006) onderzochten de subschaal AP (AP=Attention Problems) van de CBCL. Uit een grotere studie bij tweelingen, zijn 287 tweelingen van 7, 10 en 12 jaar oud meegenomen in deze studie. Hun ouders hadden de CBCL-AP ingevuld. De sensitiviteit en specificiteit voor jongens en meisjes werden apart berekend. In totaal waren er 192 jongens meegenomen in deze berekening en kwam de sensitiviteit op 0,74 en de specificiteit op 0,92. Er werden 216 meisjes beoordeeld en bij hen lag de sensitiviteit op 0,80 en de specificiteit op 0,81. De negatief voorspellende waarde voor jongens lag op 0,96; dit betekent dat 96% van de jongens die laag scoren op de CBCL, ook geen ADHD hebben. Bij meisjes ligt dit percentage op 97%. Dit geeft aan dat maar weinig jeugdigen (3 tot 4%) die wel een ADHD diagnose zouden moeten krijgen, gemist worden. De positief voorspellende waarde ligt bij jongens op 0,59. Dit geeft aan dat 59% van de jongens die hoog scoort op de CBCL ook de uiteindelijke diagnose ADHD krijgt. Bij meisjes ligt dit op 36%. Dit geeft aan dat jongens met een hoge CBCL-AP score eerder voor ADHD gediagnosticeerd worden dan meisjes (zie ook hoofdstuk 5 Diversiteit), maar ook dat de diagnose vaak moet wordt verworpen ondanks de aanwijzingen uit de test.

Aebi et. al. hebben de accuratesse van de CBCL getest in een onderzoek met jeugdigen tussen de 6 en 17 jaar (Aebi et al. 2010). De studie is gericht op het testen van de CBCL met een aangepaste DSM georiënteerde subschaal voor aandachtsproblemen, voor het voorspellen van ADHD in vergelijking met originele AP-subschaal. Er is een steekproef gehouden onder de gemeenschap (390 jeugdigen) en er werden 392 jeugdigen meegenomen uit een steekproef van een poliklinische psychiatrische afdeling. In beide groepen werd gekeken naar een goede cut-off score voor de CBCL. Een cut-off score van >5 bleek te zorgen voor de beste waarden. Bij

de jeugdigen uit de gemeenschapsgroep was de sensitiviteit 0,77 en de specificiteit 0,85. Bij jeugdigen uit de poliklinische groep was de sensitiviteit 0,72 en de specificiteit 0,77.

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat de CBCL (de originele AP subschaal en de aangepaste DSM georiënteerde subschaal) een geschikt instrument is voor het screenen op kenmerken van ADHD bij jeugdigen tussen de 6 en 18 jaar oud. Hudziak 2004 A2; Aebi 2010 B; Derks 2007 B
----------	---

4.2.3.3 Teacher's Report Form (TRF)

De Gedragsvragenlijst voor jeugdigen, Informatie Leerkracht (TRF, Teacher's Report Form for Ages 6-18) is ontwikkeld voor leerkrachten van kinderen en jeugdigen in de leeftijd van 6-18 jaar.

Door het invullen van de vragenlijst wordt een beeld verkregen van het gedrag van het kind of de jongere in de schoolse situatie. De leerkracht kan vragen beantwoorden over schoolwerk, functioneren en emotionele en gedragsproblemen. Ook kunnen leerkrachten scores op schoolvorderingstoetsen en intelligentietests vermelden. De TRF omvat 118 probleemvragen waarvan 93 ook op de CBCL/6-18 voorkomen. De andere vragen gaan over gedrag dat ouders niet goed kunnen waarnemen, zoals: vindt het moeilijk om aanwijzingen op te volgen, stoort andere leerlingen, veroorzaakt onrust in de klas. Leerkrachten kunnen aangeven hoe goed een vraag bij een leerling past in de afgelopen twee maanden met dezelfde antwoordcategorieën als voor de CBCL/4-18. De TRF omvat de schalen Schoolresultaten, Functioneren en empirische en DSM-schalen met dezelfde betekenis als op de CBCL/6-18.

Wetenschappelijke onderbouwing

Uit de literatuursearch kwamen verschillende artikelen over de TRF naar voren, maar geen van deze artikelen bleek van voldoende wetenschappelijke kwaliteit voor opname in deze richtlijn.

Afnametijd en beschikbaarheid

De afnameduur bedraagt 15 tot 20 minuten, het scoren van de antwoorden circa 5 minuten, de interpretatie van de scoring ook circa 5 minuten.

Alle vragenlijsten zijn zowel op papier te bestellen als in de vorm van een digitaal programma.

Overige overwegingen

De TRF is een veelvuldig gebruikte screeningslijst, veel leerkrachten zijn in de loop der jaren bekend geraakt met het invullen hiervan.

In 1999 is de TRF door de COTAN (Evers et al., 2000) als voldoende tot goed beoordeeld. De nieuwe versie van de TRF (2001) is niet door de COTAN beoordeeld.

Conclusie

Hoewel leerkrachten bekend zijn met het invullen van de TRF, is er onvoldoende wetenschappelijk bewijs voor het aanbevelen ervan in de Nederlandse praktijk.

4.2.3.4 Youth Self Report (YSR)

De YSR is ontwikkeld voor jeugdigen in de leeftijd van 11-18 jaar en is een zelf in te vullen versie van de CBCL (Child Behavioral Checklist). Met de YSR (Youth Self Report) wordt de visie van de jongere zelf in kaart gebracht op het eigen probleemgedrag en de eigen vaardigheden. Bij de YSR kunnen op basis van 132 items acht probleemschalen worden berekend:

1. Teruggetrokken/Depressief
2. Lichamelijke Klachten
3. Angstig/Depressief
4. Sociale Problemen
5. Denkproblemen
6. Aandachtsproblemen
7. Normafwijkend Gedrag en
8. Agressief Gedrag.

De eerste drie probleemschalen vormen samen de schaal Internaliseren en de laatste twee de schaal Externaliseren. Alle vragen over gedrag opgeteld vormen de schaal Totale Problemen. Een indeling van de vragen over gedrag die nauw aansluit bij het classificatiesysteem van de DSM leidt tot zogenaamde DSM-schalen.

Deze zes DSM-schalen zijn:

1. Affectieve Problemen
2. Angstproblemen
3. Lichamelijk Problemen
4. Aandachtstekort/Hyperactiviteitsproblemen
5. Oppositioneel-Opstandige Problemen en
6. Gedragsproblemen.

Veel van deze vragen zijn hetzelfde als op de CBCL/6-18, aangevuld met veertien sociaal wenselijke vragen waarop de meeste jeugdigen positief antwoorden. Jeugdigen kunnen voor elke vraag aangeven hoe goed een vraag bij hen past in de afgelopen 6 maanden volgens dezelfde manier als bij de CBCL/6-18.

De meest recente uitgave van de YSR dateert uit 2004.

Afnametijd en beschikbaarheid

De afnameduur bedraagt 15 tot 20 minuten, het scoren van de antwoorden circa 5 minuten, de interpretatie van de scoring ook circa 5 minuten.

Alle vragenlijsten zijn zowel op papier te bestellen als in de vorm van een digitaal programma.

Wetenschappelijke onderbouwing

Er werd één onderzoek (Doyle et al. 2007; brief report) over de YSR gevonden. In dit onderzoek, onderdeel van een longitudinale studie, werd de associatie tussen uitkomsten van de YSR en diagnose ADHD onderzocht. De deelnemers waren blanke jongens van 12 tot 18 jaar en hun broers of zussen (n=251). De associatie tussen de subschaal aandachtsproblemen van de YSR en de diagnose ADHD had een totale voorspellende waarde van 0,90 met een odds ratio van 12,5 (95%-BI 1,7- 91,9). De auteurs concludeerden dat de YSR zou kunnen dienen als een snel en kosteneffectief alternatief voor het op de DSM-III-R gebaseerd diagnostisch interview om ADHD of comorbide psychopathologie te identificeren. Er is geen onderzoek beschikbaar waarbij de YSR wordt beoordeeld op psychometrische kwaliteit met betrekking tot ADHD-DSM-IV diagnostiek.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de YSR zou kunnen dienen als een snel en kosteneffectief
----------	---

	alternatief voor het op de DSM-III-R gebaseerd diagnostisch interview, om ADHD of comorbide psychopathologie te identificeren bij jeugdigen van 12-18 jaar. Doyle 2007, B
--	---

Overige overwegingen (mening en deskundigheid experts/werkgroep)

De COTAN-beoordeling is goed voor alle items en voldoende voor begripsvaliditeit en criteriumvaliditeit. De YRF is betrouwbaar en goed voor de totaalscores op internaliseren en externaliseren en de totaal probleemscore. Voor de overige schalen is deze wisselend, soms onvoldoende. Begripsvaliditeit en criteriumvaliditeit zijn beide voldoende.

4.2.3.5 ADHD-vragenlijst (AVL)

Voor het onderstaande instrument werd geen literatuur gevonden in de internationale searches na 2000. De referenties zijn afkomstig van de werkgroepleden. De aanbevelingen zijn gebaseerd op deze referenties en de mening van de werkgroep.

De AVL (Scholte & Van der Ploeg, 1998) is ontwikkeld om de (gedrags)symptomen van ADHD te kunnen bepalen bij jeugdigen van 4 tot 18 jaar. De AVL bevat 18 vragen over drie schalen:

1. aandachtstekort
2. hyperactiviteit
3. impulsiviteit

De vragen zijn een directe afgeleide van de DSM-IV-kenmerken.

De AVL is een korte vragenlijst, die binnen 10 minuten kan worden afgenomen, zowel op papier als geautomatiseerd via internet.

De AVL is niet vrij verkrijgbaar, de vragenlijst en sleutel kunnen worden aangeschaft.

De COTAN heeft in 2005 de betrouwbaarheid van de AVL als goed beoordeeld.

Wetenschappelijke onderbouwing

Uit de internationale search zijn geen artikelen over de AVL naar voren gekomen.

Overige overwegingen

Niet peer-reviewed onderzoek

De betrouwbaarheid werd onderzocht door Scholte & Van der Ploeg in verschillende onderzoeken. De onderzoeken werden uitgevoerd met een steekproef van ruim 2500 jeugdigen tussen de 4 en 18 jaar, waarbij de ouders, leerkrachten (voor 1200 jeugdigen) en (semi) residentiële pedagogisch begeleiders (voor 500 jeugdigen) de vragenlijst invulden (Scholte & Van der Ploeg, 1998).

De constructvaliditeit werd bepaald met toetsende factoranalyse. Daarbij blijkt een model met de drie schalen 'aandachtstekort', 'hyperactiviteit' en 'impulsiviteit' de werkelijkheid het beste te dekken (Scholte & Van der Ploeg, 1998; Scholte, Van Berckelaer & Van der Ploeg, 2002).

De predictieve validiteit werd via een discriminantanalyse bepaald. Onderzocht werd of jeugdigen met een kinderpsychiatrische diagnose van ADHD te onderscheiden zijn van jeugdigen zonder deze diagnose op basis van de AVL-scores. Bij kruisvalidatie met twee random steekproeven werden 87-89% correcte classificaties gevonden. De AVL-schalen blijken verder na correctie voor comorbiditeit naar verwachting te correleren met de overeenkomstige gedragsschalen van de CBCL (Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996) en de VSPS (Scholte & Van der Ploeg, 2000). Volgens de Werkgroep Advisering Instrumentarium Indicatiestelling is de AVL een geschikt instrument voor het vaststellen van kenmerken van ADHD bij de indicatiestelling voor het speciaal onderwijs en leerling-gebonden financiering (Resing e.a., 2008).

Nadeel van gebruik van de AVL is dat aan het gebruik kosten zijn verbonden.

Conclusie

Scholte en Van der Ploeg (2005) komen tot de conclusie dat de schalen van de AVL het externe criterium 'wel of geen diagnose ADHD' redelijk goed kunnen voorspellen.

Als er signalen zijn bij het kind die wijzen in de richting van ADHD, kan de AVL diagnostische ondersteuning bieden. Invullen en scoren kost weinig tijd, waardoor gebruik praktisch goed inpasbaar is.

4.2.3.6 Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF)

De BRIEF is een van oorsprong Amerikaanse vragenlijst met 86 items met 3 antwoordmogelijkheden (nooit, soms en vaak), en is bedoeld voor kinderen van 5-18 jaar. De eerste Nederlandse uitgave van de BRIEF verscheen in 2009. Het doel van de BRIEF is het screenen van mogelijke problemen met executieve functies bij jeugdigen met uiteenlopende psychologische, psychiatrische en medische aandoeningen, bijvoorbeeld een leerstoornis, ADHD, een autismespectrumstoornis (ASS), een niet aangeboren hersenletsel en prematuriteit.

Zodat 1) jeugdigen met afwijkende schaalscores worden verwezen voor nader onderzoek; 2) doelen voor interventie- en behandelplannen kunnen worden gesteld; 3) de ontwikkeling van executieve functies of de probleemgebieden bij specifieke klinische groepen wetenschappelijk kunnen worden onderzocht.

De BRIEF geeft inzicht in zowel de inhibitie, de cognitieve flexibiliteit, de emotieregulatie, het initiatief nemen, het werkgeheugen, de plannen en het organiseren, de ordelijkheid en netheid en de gedragsevaluatie. De lijst is bedoeld voor:

- Screening: van mogelijke problemen met executieve functies;
- Diagnostiek (mits aangevuld met andere gegevens);
- Indicatiestelling en evaluatie van de behandeling: voor het aangeven van de richting bij behandeling.

Hiermee kan op snelle wijze in de praktijk een specifiek beeld gekregen worden.

Deze lijst invullen kost ongeveer 15 minuten en de vragen zijn kort en duidelijk geformuleerd. De algemene cut-off waarde voor de BRIEF ligt bij ≥ 65 (in artikelen weergegeven als de T-score).

Wetenschappelijke onderbouwing

Er zijn in totaal zes geschikte artikelen gevonden over de BRIEF; Mc Candless et. al. 2007, Mahone et. al. 2002, Jarratt et. al. 2005, Mahone et. al. 2007 en Sullivan et. al. 2007. Daarnaast heeft LeJeune et. al. 2010 een verkorte versie ontwikkeld van de BRIEF, dit artikel is ook meegenomen.

In het artikel van Mc Candless et al. (2007) werd de BRIEF afgenomen bij ouders en leerkrachten van 70 jeugdigen tussen de 7 en de 13 jaar. De professionals die diagnose stelden, waren niet op de hoogte van de score van de BRIEF, dit is goed geblindeerd uitgevoerd. De diagnose werd gemaakt aan de hand van de DSM-IV-criteria. Deze jeugdigen waren wel al aangemeld bij een ADHD polikliniek, waardoor de onderzoeksgroep niet representatief is. De sensitiviteit bleek 0,78 en de specificiteit 0,76.

Voor de schaal voor metacognitieve index blijkt nuttig te zijn om mee te nemen bij een ADHD-diagnose en de schaal voor gedragsregulatie kan meegenomen worden voor het bepalen van een ADHD-beeld.

In 2002 hebben Mahone et. al. gekeken naar de bruikbaarheid van de BRIEF bij jeugdigen met de diagnose Tourette Syndroom en/of ADHD (Mahone et al. 2002). Ouders van 76 jeugdigen tussen de 6 en de 16 jaar zijn meegenomen in de studie en zij hadden de BRIEF-ouderversie ingevuld. De uitkomsten van dit instrument lieten een sterke relatie zien met andere screeningsinstrumenten als de CBCL (0,82), DICA ADHD-schaal (0,78) en de ADHD Ratingscale (symptomen rondom onoplettendheid 0,79 en hyperactiviteit-impulsiviteit symptomen 0,69).

In de studie van Jarrat et. al. zijn de resultaten van de BRIEF beoordeeld bij ouders van 68 jeugdigen tussen de 9 en 15 jaar met en zonder ADHD (Jarrat et. al. 2005). De jeugdigen met een ADHD diagnose hadden deze diagnose gekregen van twee onafhankelijke beoordelaars met behulp van de DSM-IV. In het artikel werd niet gekeken naar de sensitiviteit of de specificiteit van het instrument, maar de BRIEF wordt vergeleken met de BASC (*Behavior Assessment System for Children*). Jarrat et. al. gaven aan dat de BASC en de BRIEF goed in combinatie te gebruiken zijn bij het opsporen van ADHD.

In 2007 hebben Mahone et. al. een studie gedaan naar de ouderversie van de BRIEF voor jeugdigen in de voorschoolse periode (Mahone et. al. 2007). In de studie zaten 50 jeugdigen tussen de 36 en 71 maanden oud. Een groep jeugdigen had de diagnose ADHD (n=25) en een groep had geen ADHD (n=25).

De correlatie tussen de BRIEF-P en de referentietest (CPRS-R; Conners' Parent Rating Scale-Revised, Short Form) op de ADHD index was 0,81. De gemiddelde effectsize voor de verschillen tussen de schalen op de BRIEF-P tussen jeugdigen met en zonder ADHD was 1,6 (vanaf 0,8 is de effectsize groot te noemen).

In het artikel van Sullivan (Sullivan et al. 2007) werd door ouders van 92 jeugdigen tussen de 9 en 15 jaar BRIEF ingevuld. De jeugdigen hadden geen diagnose, een ADHD diagnose of ze behoorden tot een andere klinische groep. De studie laat zien dat de BRIEF in staat is om klinische patiënten te onderscheiden van de niet klinische patiënten. Met de BRIEF was het minder goed mogelijk om ADHD te scheiden van andere klinische stoornissen.

LeJeune et al. hebben in 2005 een verkorte versie van de BRIEF voor ouders ontwikkeld (LeJeune et al. 2010). Deze verkorte versie, genaamd de Short-Form BRIEF, kent 24 items en de studie is uitgevoerd bij ouders van 1.419 jeugdigen tussen de 5 en 18 jaar. De jeugdigen werden geselecteerd op verschillende scholen. De verkorte versie werd vergeleken met de originele BRIEF op sensitiviteit en specificiteit. Voor de verkorte BRIEF gaf dit de volgende waarden: 0,85 voor de sensitiviteit en 0,98 voor de specificiteit. Dit geeft aan dat van degenen die scoorden binnen het normale bereik op de BRIEF, 98% ook binnen dit bereik scoorde op de verkorte BRIEF.

Conclusies

Niveau 1	Het is aangetoond dat de BRIEF, eventueel in combinatie met andere screeningsinstrumenten, een geschikt instrument is voor het onderscheiden van jeugdigen, tussen de 5 en 18 jaar met en zonder een psychische aandoening. Mc Candless 2007 B; Jarrat 2005 A2; Mahone 2007 B; Sullivan 2007 A2 Mahone 2002 A2
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de verkorte versie van de BRIEF, de short-form BRIEF, voldoet aan de voorwaarden van een geschikt screeningsinstrument voor het al dan niet kunnen aantonen van een psychische aandoening bij jeugdigen tussen de 5 en 18 jaar. Het instrument laat een goede sensitiviteit (0,85) en specificiteit (0,98) zien. LeJeune 2010 B

Overige overwegingen

De BRIEF is op dit moment niet bekend en in gebruik in de JGZ. Ook is men niet bekend met de korte versie. De BRIEF screent op afwijkende psychologische functies en psychiatrische en medische aandoeningen. Het instrument differentieert voornamelijk tussen afwijkend en niet afwijkend gedrag en screent minder goed op specifiek ADHD.

4.2.3.7 Conners' Parent en Teacher Rating Scale (CPRS en CTRS)

Er zijn drie versies van de Conners' Rating Scale-Revised.

- CPRS: versie in te vullen door de ouder. Bevat subschalen over gedragsproblemen, leerproblemen, psychosomatiek, impulsiviteit-hyperactiviteit, angst en de hyperactiviteitsindex.
- CTRS: in te vullen door een leraar. Bedoeld voor het beoordelen van gedragsproblemen in de klas. Het bevat subschalen over gedragsproblemen, hyperactiviteit en aandachtstekort-passiviteit en de hyperactiviteitsindex.
- CADHD: zelfinvullijst voor een adolescent (12 tot 17 jaar) deze lijst wordt hier niet besproken.

De vragenlijsten zijn ontwikkeld voor het gebruik bij jeugdigen van 3 tot 17 jaar om ADHD en comorbide problemen in kaart te brengen, en zijn beschikbaar in het Nederlands.

Van de CPRS en CTRS bestaan lange en korte varianten (CPRS-48 en CPRS-27; CTRS-59 en CTRS-28). De meeste items van de vragenlijsten zijn gebaseerd op gedragskenmerken die zijn beschreven in de DSM-IV diagnostische richtlijnen.

Elke vraag kan beantwoord worden met geenszins waar/nooit, een beetje waar/soms, behoorlijk waar/vaak en heel erg waar/heel vaak, resulterend in een score van 0 tot 3.

Afname duurt bij de lange versie ongeveer 15 tot 20 minuten, bij de korte versie ongeveer 5 tot 10 minuten.

Scoring en interpretatie duren maximaal 10 minuten.

Wetenschappelijke onderbouwing

Er werden twee onderzoeken gevonden over de CTRS die geschikt waren voor opname in deze richtlijn (Loughran, 2003; Purpura et al., 2009).

In het onderzoek van Purpura et al 2009 is onderzocht of een verkorte, 15 items bevattende, CTRS voldoende discriminerend vermogen had voor gedragsproblemen (aandachtstekort, hyperactiviteit en oppositioneel gedrag) bij kleuters (n=669). De CTRS-15 werd vergeleken met de CTRS-28, een hybride vragenlijst van CTRS-28 en de originele CTRS en bij 268 kleuters ook met de ADHD-rating schaal. De 5-item schaal voor hyperactiviteit/impulsiviteit was significant gecorreleerd met de andere instrumenten (CTRS-28, $r=0,94$; hybride CTRS, $r=0,94$; ADHD-RS, $r=0,20$). Dit gold ook voor de 5-item schaal voor aandachtstekort (CTRS-28, $r=0,32$; hybride CTRS, $r=0,92$; ADHD-RS, $r=0,18$) en voor de 5-item schaal voor oppositioneel gedrag (CTRS-28, $r=0,91$; hybride CTRS, $r=0,96$). De auteurs concludeerden dat de CTRS-15 een efficiënt screeningsinstrument is voor ADHD, ADD of oppositionele problemen bij jonge jeugdigen.

In het onderzoek van Loughran 2003 werd het bepalen van ADHD met en de stabiliteit hiervan na vier jaar van de hyperactiviteitsindex van de CTRS-28 vergeleken met twee andere instrumenten: ADHD rating schaal (ADHD-RS) en Child Attention Profile (CAP). De eerste meting vond plaats bij jeugdigen (n=60) op kleuterleeftijd (gemiddelde leeftijd 4,2 jaar) en de tweede meting bij dezelfde groep ruim vier jaar later (gemiddelde leeftijd 8,9 jaar). Er waren sterkere correlaties tussen de drie vragenlijsten op het tweede meetmoment in vergelijking met het eerste moment. Er werden op kleuterleeftijd meer fout-positieve verdenkingen op ADHD vastgesteld dan vier jaar later (8 vs. 0). De auteur concludeerde dat de vragenlijsten behulpzaam kunnen zijn bij het stellen van de diagnose ADHD op kinderleeftijd, echter op kleuterleeftijd kunnen zij dat alleen zijn voor het monitoren van symptomen.

Forbes et al., (2001) concluderen in een studie met 145 kinderen (75% jongens) tussen de 6 en 12 jaar, dat de CTRS-28 en CPRS-48 kunnen bijdragen aan detectie van ADHD. Daartoe zijn wel aanvullende bronnen van informatie nodig. Charach et al., (2009) concludeerden het zelfde voor de CTRS-R in een studie met 1.038 kinderen (75% jongens), ook in de leeftijd van 7-12.

Conclusie

Niveau 3	Het is aannemelijk dat de CTRS-28 basisschool jeugdigen kan screenen op ADHD. Voor verbeterde detectie zijn naast deze instrumenten ook andere bronnen van informatie nodig. Bij kleuters lijkt de lijst alleen geschikt voor het monitoren van symptomen. Loughran 2003, B; Forbes 2001 B; Charach 2009 B
----------	--

Deze testen kunnen een aandeel leveren bij het screenen op ADHD bij jeugdigen en om comorbide problemen in kaart te brengen. In de JGZ worden deze testen gebruikt voor het screenen op mogelijke ADHD problematiek en voor de monitoring bij begeleiding.

4.2.3.8 Sociaal Emotionele Vragenlijst (SEV)

De SEV bestaat uit 72 items en is in 2007 ontwikkeld (Scholte & Van der Ploeg, 2007), om gedrags- en psychiatrische stoornissen op te sporen bij jeugdigen van 4-18 jaar. De lijst wordt ingevuld door de ouders of de leerkracht en de interpretatie wordt gedaan door een psychodiagnostisch geschoold persoon. Het duurt 30 minuten om de lijst in te vullen. De lijst bestaat uit 72 items verdeeld in vier basisclusters van probleemgedrag, waarvan de eerste drie weer zijn opgebouwd uit een aantal subdimensies:

- Aandachtstekort met hyperactiviteit (ADHD): aandachtstekort. Hyperactiviteit, impulsiviteit
- Sociaal probleemgedrag: oppositioneel-opstandig gedrag (ODD), agressief gedrag (CD), antisociaal gedrag (CD);
- Angstig en stemmingsgestoord gedrag: angst in het algemeen, sociaal-angstig gedrag, angstig-depressief gedrag;
- Autistisch gedrag

Het invullen en scoren kan enerzijds handmatig plaatsvinden en kan ook geautomatiseerd afnemen en scoren met behulp van een testweb.

Wetenschappelijke onderbouwing

Uit de internationale literatuursearch kwam een artikel van Scholte et. Al (2008) naar voren. Bij 2536 jeugdigen en hun ouders werd de SEV afgenomen en daarna de CBCL. De jeugdigen werden geworven op basisscholen, middelbare scholen en scholen voor speciaal onderwijs. Gemiddelde leeftijd van de jeugdigen was 10 jaar oud. Deze groep jeugdigen is bij het beoordelen in twee groepen gedeeld, om tot een cross-sectionele analyse te komen. De gemiddelde sensitiviteit voor de SEV bedroeg 0.85 en de specificiteit 0.93, waardoor het instrument toe te passen is als screeningsinstrument voor gedrags- en psychiatrische problematiek bij jeugdigen.

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat de SEV een goede sensitiviteit en specificiteit kent en te gebruiken is als screeningsinstrument bij jeugdigen van 4-18 jaar, om gedrags- en psychiatrische stoornissen op te sporen. Scholte e.a. 2008, A2
----------	--

Overige overwegingen

Het aantal items is groot en dus ook de tijdsduur voor afname. Het instrument screent breed op gedrags- en psychiatrische stoornissen. Het instrument wordt soms gebruikt in de JGZ. De SEV moet worden afgenomen en gescoord door een psychodiagnostisch geschoold persoon, lijkt daarmee niet geschikt voor gebruik in de JGZ en ook niet voor de huisartsenpraktijk, tenzij er extra scholing ingezet wordt. De SEV screent breed op gedrags- en psychiatrische stoornissen, niet specifiek op ADHD symptomen.

4.2.3.9 Swanson, Nolan, and Pelham–IV (SNAP-IV)

De SNAP-IV bestaat uit 90 items, maar is er ook in de verkorte versie van 26 items. De korte, 26-items bevattende versie van de SNAP-IV (Swanson, Nolan, and Pelham–IV) wordt gebruikt om van ouders en/of leraren beoordelingen over ADHD en ODD symptomen te verkrijgen bij jeugdigen tussen de 6 en 18 jaar. De korte SNAP-IV bevat de 18 ADHD symptomen (9 voor aandachtsstoornis, 9 voor hyperactiviteit/impulsiviteit) en 8 ODD symptomen gespecificeerd in de DSM-IV. De items worden gescoord op een 4-punts schaal van (0) *nooit* tot (3) *heel veel*. Gemiddelde scores per item per subschaal voor ouders en leraren worden berekend voor de aandachtstekort, hyperactiviteit/impulsiviteit en oppositie/opstandigheid domeinen, resulterend in zes SNAP-IV subschaal scores met een range van 0 tot 3.

Het kost de ouder/leerkracht ongeveer 10 tot 15 minuten om de lijst in te vullen. Er is een Nederlandse versie van de SNAP, deze is niet gevalideerd.

Wetenschappelijke onderbouwing

Er werd één onderzoek (Bussing et al. 2008) over de SNAP-IV gevonden dat geschikt was voor deze richtlijn. In deze studie, onderdeel van een longitudinale studie naar ADHD detectie, werd de korte (26 items) SNAP-IV onderzocht bij basisschool jeugdigen (n=2.035) in een relatief arm gebied van Florida, Verenigde Staten. De SNAP-IV werd door ouders (n=1613) en leraren (n=1205) ingevuld. De psychometrische eigenschappen van de SNAP-IV waren acceptabel en er waren geen specifieke afkappunten voor leeftijd, geslacht en etniciteit nodig.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de korte 26-items SNAP-IV een geschikt screeningsinstrument voor inventarisatie van ADHD-symptomen bij leerlingen op de basisschool. Bussing 2008, B De Nederlandse versie is nog niet gevalideerd en er is nog weinig onderzoek naar gedaan. In de JGZ wordt deze lijst niet gebruikt.
----------	---

4.2.3.10 Vragenlijst Voorloper ADHD (VVA)

Met de VVA vragenlijst worden voorloper van symptomen van ADHD in kaart gebracht bij 5-6 jarigen. De VVA bestaat uit 23 items, in te vullen door ouders en verdeeld over vier subschalen: sociaal inadequaar gedrag, impulsief gedrag, Hyperactief gedrag, Aandacht en taalproblemen. Van de 23 uitspraken geven ouders aan in hoeverre ze (nu en in de afgelopen 6 maanden) op hun kind van toepassing zijn (0=helemaal niet, 1=een beetje/soms, 2= duidelijk of vaak). Score kan op een apart scoreformulier worden verwerkt en geïnterpreteerd. De VVA is niet gratis verkrijgbaar.

Wetenschappelijke onderbouwing

Voor het onderstaande instrument werd geen literatuur gevonden in de internationale searches. De referenties zijn afkomstig van de werkgroepleden. De aanbevelingen zijn gebaseerd op deze referenties en de mening van de werkgroep.

De VVA is in 2002 ontwikkeld door Hendriksen et al. (2002), omdat er in Nederland geen specifieke instrumenten of richtlijnen beschikbaar waren om 5-6 jarigen met een verhoogde kans op het ontwikkelen van ADHD op te sporen.

Kroes en collega's (2001) voerden onderzoek uit als deelstudie van de SAM: Studie naar Aandachtsstoornissen in Maastricht onder 1317 jeugdigen.

Doel van deze deelstudie was het ontwikkelen van een eenvoudige vragenlijst voor ouders, voor het herkennen van jeugdigen die *at risk* zijn voor het ontwikkelen van ADHD. De aanvankelijk, door kinderpsychiaters opgestelde, vragenlijst van 42 items werd gereduceerd tot 16 vragen en verdeeld over 4 componenten: sociaal inadequaar gedrag, impulsiviteit, hyperactiviteit en aandachtsproblemen. Met deze vragenlijst is een grootschalige prospectief onderzoek (n=1317) uitgevoerd waarin de validiteit werd nagegaan ten opzichte van de CBCL en een kinderpsychiatrisch interview. De totale interne consistentie van de VVA komt overeen met 0.89. (Kroes et. al., 2002).

De onderzoekers concluderen dat met het gebruik van de VVA een beter inzicht kan worden gekregen op mogelijke voorlopers van ADHD. Vermeld wordt tevens dat altijd alles in breder kader moet worden bekeken (onderzoek van het kind gesprek met ouder en leerkracht enz.) ter bepaling van het vervolgtraject.

Volgens de COTAN is de betrouwbaarheid van de VVA onvoldoende: hoewel de interne consistentie voor de totale groep voldoende is, ontbreken gegevens betreffende de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de test-hertestbetrouwbaarheid.

De validiteit blijkt het grootst voor de totale schaal. De afzonderlijke subschalen zijn wel van belang bij het interpreteren van de vragenlijst voor de praktijk.

Conclusie

Gebruik van de VVA kan worden overwogen bij jeugdigen tussen de 5 en 6 jaar.

4.2.3.11 Praktijktest specifieke ADHD instrumenten

Omdat de opsomming en weging van instrumenten specifiek gericht op ADHD geen duidelijk antwoord bood op de uitgangsvraag, is bij de start van de praktijktest aan een aantal deskundigen uit de werkgroep voorgelegd welk instrument het meest geschikt was voor screening op ADHD.

Daaruit kwam, op basis van eigen ervaringen en praktische toepasbaarheid (weinig tijd is nodig voor afname) de AVL naar voren. Nadeel hiervan is dat aan het gebruik hiervan kosten zijn verbonden.

In de praktijktest is de AVL vervolgens meegenomen. De uitkomsten van de praktijktest onderschrijven de aanbeveling de AVL toe te passen voor de leeftijd van 4-18 jarigen.

De werkgroep geeft daarbij aan dat het van belang is om nader onderzoek te doen naar de psychometrische kwaliteit van de AVL binnen de JGZ.

Aanbevelingen specifiek op ADHD gerichte instrumenten

Aanbevolen

- Voor alle instrumenten geldt dat de uitslagen gewogen moeten worden door een professional met ervaring in het beoordelen van jeugdigen met ADHD. Daarbij is, afhankelijk van het instrument, nodig: scholing, training en ervaring van professionals.
- Bij het afnemen van vragenlijsten/instrumenten op jonge leeftijd, is de weging van het gedrag zeer belangrijk. Hoe verhoudt het gedrag zich tot de ontwikkelingsfase en de leeftijd van het kind en/of is er een medische verklaring voor het gesignaleerde gedrag? Hieruit volgt dat, zeker op jonge leeftijd, een instrument alleen ingezet moet worden in combinatie met een persoonlijk contact, en/of op indicatie naar aanleiding van vragen of zorgen van ouders en de omgeving van het kind.
- De werkgroep beveelt de AVL aan voor het screenen op ADHD van jeugdigen van 4 tot 18 jaar.
- Overweeg inzet van de VVA bij 5-6 jarigen worden gebruikt als hulpmiddel bij de inventarisatie van probleemgedrag bij jeugdigen. De VVA kan een plaats innemen binnen het contactmoment van de jeugdarts. De VVA kan hierbij worden gebruikt als hulpmiddel om mogelijke voorlopers van ADHD in kaart te brengen bij jonge jeugdigen. Bij een positieve uitkomst is het van belang de ontwikkeling goed te blijven vervolgen.
- De werkgroep beveelt de SEV aan als screeningsinstrument bij jeugdigen van gemiddeld 10 jaar, om gedrags- en psychiatrische stoornissen op te sporen, echter altijd in aanvulling op een ADHD-screener.

Niet aanbevolen

- De werkgroep beveelt de BRIEF niet aan als screener voor ADHD bij jeugdigen. De BRIEF differentieert wel tussen afwijkend en niet afwijkend gedrag, maar screent niet specifiek op ADHD.
- Omdat de Nederlandse versie van de SNAP nog niet gevalideerd is en er nog weinig onderzoek naar is gedaan, beveelt de werkgroep de 26-items SNAP-IV niet aan als screeningsinstrument voor ADHD bij jeugdigen.
- Het gebruik van de CBCL als screeningsinstrument binnen de praktijk van de JGZ wordt niet aanbevolen, vanwege de lengte van de lijst en omdat de lijst voor een deel van de ouders lastig in te vullen is. Bij de inzet van de CBCL dienen professionals er rekening mee te houden dat het instrument het gecombineerde en hyperactief impulsieve kind niet voldoende herkent. Het kind met ADD wordt niet goed in kaart gebracht.
- De werkgroep beveelt de TRF op dit moment niet aan, omdat het instrument nog onvoldoende onderzocht is. Echter, in het onderwijs wordt het instrument veel gebruikt, om die reden kunnen JGZ hulpverleners besluiten de TRF aanvullend aan een ander instrument te gebruiken.
- De YSR lijsten zijn door hun lengte niet standaard te gebruiken in de JGZ, maar ze zijn wel gevalideerd en genormeerd en daarbij geschikt als vervolgstap van probleemverkenning.

Algemene aanbevelingen signaleren

- Het is van belang om stoornisspecifiek door te (kunnen) met vragen zoals: Hoe is de ontwikkelingsgeschiedenis van een kind verlopen en zijn er al aanwijzingen in de vroege geschiedenis voor het ontwikkelen van de ADHD? Vooral van belang is de familie anamnese en de heteroanamnese die meer zicht kunnen geven op het voorkomen van ADHD en comorbiditeit.
 - Tijdens het screeningsonderzoek is het belangrijk om uit te sluiten of de symptomen niet passen binnen een andere psychiatrische of medische stoornis.
 - Belangrijk is uit te vragen of er perinatale zaken zijn die tot een ADHD kunnen leiden of te bevragen naar een laaggeboortegewicht, of FASD (Foetaal Alcohol Spectrum Disorder).
 - Zowel een interview als het afnemen van een vragenlijst is slechts een momentopname. Dit kan worden ondervangen door het interview of de vragenlijst periodiek af te nemen, waardoor een basisniveau van de gedragsymptomen wordt vastgelegd. En ook kan later behandeling worden geëvalueerd.
 - De uitkomsten van de instrumenten dienen altijd geplaatst worden binnen de klinische context. Dat wil zeggen dat de eigen indruk van de professional, dus de observaties tijdens de contactmomenten en informatie uit de omgeving van het kind van ouders/verzorgers en leerkrachten essentieel zijn.
 - Er dient rekening mee gehouden te worden dat het invullen van een vragenlijst voor ouders een emotionele belasting kan vormen. De voorkeur geniet daarom dit altijd te doen in combinatie met een persoonlijk contact, bijvoorbeeld tijdens het contactmoment.
 - De keuze van de instrumenten zal mede worden bepaald door praktische voor- en nadelen van een instrument. Dit betreft de beschikbaarheid (in andere talen), de lengte van de vragenlijst, de eventuele kosten, het gebruiksgemak en de ervaringen in de praktijk.
 - De gekozen instrumenten moeten betrouwbaar zijn.
 - Bij het inzetten van de SDQ, maar ook bij andere vragenlijsten dienen professionals in eerste instantie te vertrouwen op de eigen gespreksvaardigheden, perceptie en interpretatie en niet op de SDQ-score alleen.
 - De werkgroep beveelt aan om de SDQ op verschillende leeftijden opnieuw af te nemen zodat het psychosociaal functioneren goed gevolgd wordt in de tijd.
- Het gebruik van vragenlijsten moet altijd gaan in goede dialoog met ouders en jongere en er moet duidelijk uitleg worden gegeven wat het doel is van het gebruik van vragenlijsten (zie Handreiking gebruik van vragenlijsten in de JGZ, NCJ 2012).

Literatuur bij Hoofdstuk 4

Aebi M, Winkler MC, Steinhausen HC. Accuracy of the DSM-oriented attention problem scale of the child behavior checklist in diagnosing attention-deficit hyperactivity disorder. *J Atten Disord* 2010; 13(5):454-463.

Becker, A., Steinhausen, H.C., Baldursson, G., Dalsgaard, S., Lorenzo, M.J., Ralston, S.J., Döpfner, M., Rothenberger, A. ; ADORE Study Group. Psychopathological screening of children with ADHD: Strengths and Difficulties Questionnaire in a pan-European study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol 15(Suppl1), Dec, 2006. pp. 56-62.

Bussing R, Fernandez M, Harwood M, Wei H, Garvan CW, Eyberg SM et al. 2008. Parent and teacher SNAP-IV ratings of attention deficit hyperactivity disorder symptoms: psychometric properties and normative ratings from a school district sample. *Assessment*; 15(3):317-328.

Derks EM, Hudziak JJ, Dolan CV, Ferdinand RF, Boomsma DI. The relations between DISC-IV DSM diagnoses of ADHD and multi-informant CBCL-AP syndrome scores. *Compr Psychiatry* 2006; 47(2):116-122.

De Wolff M. en Teunissen M. (2011). Signaleringsinstrumenten bij psychosociale problemen bij 0-4 jarigen in de JGZ. TNO Gezond leven, Leiden

Doyle R, Mick E, Biederman J. Convergence between the Achenbach youth self-report and structured diagnostic interview diagnoses in ADHD and non-ADHD youth. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195(4):350-352.

Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. van, & Groot, C.J. (2000). Documentatie van tests en testresearch in Nederland, deel I en II (COTAN). Assen: Van Gorcum.

Forbes, G.B. (2001). A comparison of the Conners' Parent & Teacher Rating Scales, the ADD-H Comprehensive Teacher's Rating Scale, and the Child Behavior Checklist in the clinical diagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, Vol 5(1), pp. 25-40.

Gardner, William Lucas, Amanda Kolko, David J. Campo, John V. Comparison of the PSC-17 and alternative mental health screens in an at-risk primary care sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol 46(5), May, 2007. pp. 611-618.

Goedhart, A.W., D.A. Treffers & B.M. van Widenfelt (2003). Vragen naar psychische problemen bij jeugdigen en adolescenten. De Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *MGv*, 11, 1018-1035.

Goodman R (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38, 581-586.

Goodman R., 2001. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 40, 1137-1145.

Hermanns e.a., 2005, Helpen bij opgroeien en opvoeden. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen. Julius Centrum

Hermanns, J., Öry, F. & G. Schrijvers. Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen. Utrecht: Julius Centrum, 2005.

Hendriksen, J., Steyaert, J, Kroes, M. & Vles, J. (2002). Handleiding VVA, Vragenlijst Voorlopers ADHD. Leiden: PITS.

Hudziak JJ., Copeland W., Stanger C., Wadsworth M. 2004. Screening for DSM-IV externalizing disorders with the Child Behavior Checklist: a receiver-operating characteristic analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45:7, pp 1299–1307.

Jarratt KP, Riccio CA, Siekierski BM. ADHD assessment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) using the BASC and BRIEF. *Appl Neuropsychol* 2005; 12(2):83-93.

Karabekiroglu K, Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Rodopman-Arman A, Akbas S.

The clinical validity and reliability of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA). *Infant Behav Dev.* 2010 Dec;33(4):503-9.

Kroes M, Kalff AC, Steyaert J, Kessels AGH, Feron FJM, v.Someren AJWGM, Hurks PPM, Hendriksen JGM, v.Zeben TM, Rozendaal N, Crolla IF, Troost J, Jolles J, Vles JSH. Child psychiatric diagnoses in a population of Dutch school children aged 6 to 8 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40 (12): 1401-1409

Kroes, M., Hendriksen, J.G.M., Steyaert, J., Kalff, A.C., Feron, F.J.M., Van Zeben-van der Aa, T.M.C.B., Jolles, J., Troost, J. & Vles, J.S.H. Precursors of ADHD Questionnaire: development and some psychometric features. In: thesis Mariëlle Kroes: Early motor, psychosocial and behavioural characteristics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder – Chapter 5 – thesis 2002, Unigraphic Maastricht, ISBN: 90-5681-133-9

Kroes, M., Hendriksen, J.G.M., Steyaert, J., Kalff, A.C., Feron, F.J.M., Van Zeben-van der Aa, T.M.C.B., Jolles, J., Troost, J. & Vles, J.S.H. (2001). De vragenlijst voorlopers ADHD: ontwikkeling en enkele psychometrische kenmerken. *Kind en Adolescent*, 22 (1), 22-35

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). Multidisciplinaire richtlijn ADHD: Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen. Utrecht: Trimbos-Instituut.

Langberg JM, Epstein JN, Altaye M, Molina BSG, Arnold LE, Vitiello B. The transition to middle school is associated with changes in the developmental trajectory of ADHD symptomatology in young adolescents with ADHD. 2008; 37:651-663.

LeJeune B, Beebe D, Noll J, Kenealy L, Isquith P, Gioia G. Psychometric support for an abbreviated version of the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) Parent Form. 2010; 16:182-201.

Loughran SB. Agreement and Stability of Teacher Rating Scales for ADHDessing ADHD in Preschoolers. 2003; 30:247-253.

Mahone EM, Hagelthorn KM, Cutting LE, Schuerholz LJ, Pelletier SF, Rawlins C et al. Effects of IQ on executive function measures in children with ADHD. *Child Neuropsychol* 2002; 8(1):52-65.

Mahone EM, Hoffman J. 2007. Behavior ratings of executive function among preschoolers with ADHD. *Clin Neuropsychol*; 21(4):569-86.

McCandless S, O' Laughlin L. The Clinical Utility of the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) in the diagnosis of ADHD. *J Atten Disord* 2007; 10(4):381-389.

Muris, Peter Meesters, Cor van den Berg, Frank. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol 12(1), Mar, 2003. pp. 1-8.

Purpura DJ, Lonigan CJ. Conners' Teacher Rating Scale for preschool children: a revised, brief, age-specific measure. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2009; 38(2):263-272.

Resing, W.C.M., Evers, A., Koomen, H. M. Y., Pameijer, N. K., Bleichrodt, N. (2008). Indicatiestelling speciaal onderwijs en leerlinggebonden financiering: condities en instrumentarium. Amsterdam: Boom test uitgevers.

Scholte EM, & Van der Ploeg JD, (1998). Handleiding ADHD-vragenlijst (AVL). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Scholte, E.M., Van der Ploeg, J.D. (2000). Exploring factors governing successful residential treatment of youngsters with serious behavioural difficulties: Findings from a longitudinal study in Holland. *Childhood: A Global Journal of Child Research*, 7(2), May, pp. 129-153

Scholte E.M.; van Berckelaer-Onnes I.A.; van der Ploeg J.D. (2001). DSM-IV related ADHD symptom ratings by professional caretakers in residential treatment centres. *J Child Psychol Psychiatry*, 42 (3), pp. 341-6;

Scholte, E.M. & Ploeg, J.D. van der (2005). Handleiding ADHD-vragenlijst. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Scholte E.M, van der Ploeg J.D. (2007) The development of a rating scale to screen social and emotional detachment in children and adolescents. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2007;16(3):137-49.

Scholte E.M., Van Berckelaer-Onnes I.A., Van der Ploeg J.D., (2002). Factorial validity, reliability of assessments and prevalence of ADHD behavioural symptoms in day and residential treatment centres for children with behavioural problems. Detail Only Available (English); *International Journal Of Methods In Psychiatric Research*. 11 (1), pp. 33-44.

Scholte E.M., Van Berckelaer-Onnes I., Van der Ploeg J.D., (2008). Rating scale to screen symptoms of psychiatric disorders in children. *European Journal of Special Needs Education*, Vol 23(1), Feb, 2008. pp. 47-62.

Sullivan JR, Riccio CA. Diagnostic group differences in parent and teacher ratings on the BRIEF and Conners' Scales. *J Atten Disord* 2007; 11(3):398-406.

van Widenfelt, Brigit M. Goedhart, Arnold W. Treffers, Philip D. A. Goodman, Robert
Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol 12(6), Dec, 2003. pp. 281-289.

Verhulst, F.C., Van der Ende, J. & Koot, H.M. (1996). Handleiding voor de CBCL/4-18. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Vogels AGC, Crone MR, Hoekstra F, Reijneveld SA. (2005) Drie vragenlijsten voor het opsporen van psychosociale problemen bij jeugdigen van 7-12 jaar. TNO april.

Vogels, A.G.C. (2008) The identification by Dutch preventive child health care of children with psychosocial problems: do short questionnaires help? Groningen: Universiteit Groningen, 2008.

Vogels AGC, Siebelink BM, Theunissen M, de Wolff M, Reijneveld SA. (2011). Vergelijking van de KIPVA en de SDQ als signaleringsinstrument voor problemen bij adolescenten in de Jeugdgezondheidszorg. TNO febr.

5 Diversiteit

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de volgende uitgangsvragen.

Welke aandachtspunten zijn aan te geven voor specifieke doelgroepen waarbij mogelijk ADHD symptomen aanwezig zijn, zoals jeugdigen in verschillende leeftijdsfasen, allochtone jeugdigen, meisjes/jongens, jeugdigen met verstandelijke beperking en met het vermoeden op comorbiditeit en ADHD?

Zijn er screeningsinstrumenten aan te geven die zijn geschikt voor deze doelgroepen?

5.1 Inleiding

Als we kijken naar beschikbaar wetenschappelijk onderzoek dan zien we een onderbelichting van specifieke groepen. Het onderzoek naar ADHD is vooral gedaan in westerse landen, waarbij etnische minderheden soms zijn uitgesloten en vaak ondervertegenwoordigd waren. Er is veel meer onderzoek gedaan bij jongens dan bij meisjes. Meestal waren het jeugdigen in de schoolleeftijd, soms met een uitloop naar de adolescentie. Jeugdigen met comorbide stoornissen en jeugdigen met verstandelijke beperkingen zijn vaak van dit soort onderzoek uitgesloten.

Het is dus de vraag in hoeverre de bevindingen over signalering, screening, voor- en nazorg, waarvan in vorige hoofdstukken verslag is gedaan zonder meer van toepassing zijn op jeugdigen met een niet-Europese etniciteit, van het vrouwelijk geslacht, op heel jonge leeftijd, met comorbide stoornissen of met een verstandelijke beperking.

Deze specifieke groepen komen hieronder aan de orde.

5.2 Leeftijd en ADHD

Gedurende de ontwikkeling van kind naar volwassene verandert het beeld van de ADHD-problematiek. Staan in de vroege kinderjaren de gedragsproblemen vaak voorop, tijdens de basisschool komen de problemen met taakgerichtheid meer naar voren. In de kindertijd wordt bijvoorbeeld bij ongeveer een kwart van de jeugdigen met ADHD ook een leerstoornis aangetroffen.

Juist op jonge leeftijd is er het gevaar van onder- én overdiagnosticeren van ADHD. Onderdiagnosticeren kan berusten op de overlap met normale vormen van hyperactiviteit of aandachtstekort in deze leeftijdsfase. Overdiagnosticeren kan ook berusten op de overlap met normaal gedrag, maar ook met het hiervoor beschreven verschijnsel dat andere stoornissen zich in een vroege fase vooral manifesteren in de vorm van hyperactiviteit of aandachtstekort.

De betrokken professionals dienen bekend te zijn met de verschillende leeftijdsgroepen en de normale ontwikkelingsstadia naast de kenmerken van ADHD waarop deze zich manifesteert.

De diagnostiek van ADHD is geen statisch, dichotoom beslissingsproces, maar kan door diverse factoren (leeftijd, informant, omgevingsfactoren) worden beïnvloed.

Te hoge verwachtingen t.a.v. 'jonge leerlingen' kunnen binnen de schoolse setting leiden tot een onterecht signaleren van druk gedrag. Een optimale omgeving kan de symptomatologie dusdanig hanteerbaar maken dat bijvoorbeeld niet wordt voldaan aan het criterium van beperkingen in meer dan 1 setting, maar bij een verandering van de omgeving (bijv. een minder optimaal schoolklimaat of overgang naar vervolgonderwijs) kan de problematiek alsnog duidelijk worden.

Wetenschappelijke onderbouwing

Uit enkele studies komen aanwijzingen dat het ADHD-beeld bij jeugdigen door de jaren heen tot aan de adolescentie verandert, ook al veranderen de diagnose en symptomen de eerste jaren na de diagnose niet veel. Tussen het vierde en zesde levensjaar tot en met het negende levensjaar blijven de diagnose en symptomen vaak onveranderd. (Lahey e.a., 2004), maar de symptomen (Langberg e.a., 2008) en de diagnose (Lahey e.a., 2005; Hurtig e.a., 2007) zijn in de adolescentie minder aanwezig.

Ook kan het ADHD beeld veranderen. Jeugdigen met het hyperactieve-impulsieve beeld hebben een grote kans om op latere leeftijd naar een ander beeld te verschuiven, vaak naar het gecombineerde beeld (Lahey e.a., 2005). Bovendien vonden Hurtig e.a. (2007) dat, als er sprake is van ADHD in de adolescentie en kindertijd er meer symptomen van onoplettendheid voorkomen. Belangrijk om nog te vermelden is dat de afname of verandering van symptomen waarschijnlijk niet lineair verloopt. Wanneer het kind met ADHD verandert van milieu (in deze studie: de overgang naar de middelbare school), dan kan dit een tijdelijke toename van ADHD-symptomen veroorzaken. (Langberg e.a., 2008).

Canadees onderzoek (Richard e.a., 2012) bij een groot cohort kinderen tussen 6 en 12 jaar laat zien dat ook de geboortemaand een rol speelt, doordat die bepaalt of een kind relatief jong, of juist relatief oud met de basisschool begint. Vroege/jongere leerlingen (kinderen geboren in de laatste maand van de periode die recht geeft op toelating) maken een aanzienlijke grotere kans op een ADHD-diagnose dan late/oudere leerlingen (geboren in de eerste maand van deze periode).

Er is geen aanleiding om met betrekking tot dit onderwerp conclusies of aanbevelingen op te stellen.

5.3 Etniciteit en ADHD

Er wordt beweerd dat ADHD een westerse aandoening zou zijn. Het wordt gecreëerd door onze westerse levensstijl waar gezinsstructuren uit elkaar vallen, de samenleving hyperactief is en meer individualiseert. De laatste jaren wordt er ook onderzoek gedaan naar ADHD bij de niet-westerse bevolking om te achterhalen of de prevalentie van ADHD bij allochtone jeugdigen² daadwerkelijk verschilt met die van autochtone jeugdigen.

Het onderzoek naar de rol van etniciteit wordt gecompliceerd door de uiteenlopende manier waarop etniciteit of migrantenstatus wordt gedefinieerd (Stevens & Vollebergh, 2008). Er zijn aanwijzingen voor het vaker voorkomen van psychische problemen bij migrantenjeugd, maar ook voor het omgekeerde. Verschillen in voorkomen en beloop van psychische stoornissen zoals ADHD al naar gelang etniciteit of migrantenstatus kunnen verschillende oorzaken hebben, zoals:

² Met jeugdigen van allochtone afkomst worden jeugdigen uit niet-westerse landen bedoeld. Er zijn verschillende definities voor niet-westerse landen, waarbij in dit hoofdstuk de definitie van de Nederlandse overheid gehanteerd wordt, die gemaakt is in samenwerking met het CBO. Als niet-westerse landen worden hierbij gedefinieerd Turkije, Afrika, Latijns-Amerika en Azië (met uitzondering van Indonesië en Japan) en de rest dus als westers.

- Een andere verdeling van sociaal-economische status per etnische groep, met bijvoorbeeld meer armoede bij sommige etnische groepen dan bestaat in de dominante cultuur (Miller, Nigg & Miller, 2009).
- Verschillen in verwachting en tolerantie van bepaald gedrag, zoals hyperactiviteit (Miller e.a., 2009).
- Verschillen in het rapporteren van gedrag door ouders en leerkrachten (Miller e.a., 2009).
- Een andere beoordeling van gedrag door leerkrachten al naar gelang de etniciteit van het kind (Miller e.a., 2009; Epstein e.a., 2005).
- Een andere reactie op geneesmiddelen waarmee ADHD behandeld wordt op grond van erfelijke verschillen in stofwisseling (Mehler-Wex e.a., 2009).

Wetenschappelijke onderbouwing

Pham e.a. (2010) onderzochten aan de hand van een vragenlijst de culturele verschillen in ouderlijke overtuigingen van de biologische en psychologische oorzaken van ADHD en de behandeling, en of deze cognities invloed hebben op de behandelvoorkeur. Ouders (N=119) van diverse etnische achtergronden vulden deze vragenlijst in voor hun kind (5-12 jaar), 58 jeugdigen hadden ADHD en 61 niet. 54% was autochtoon en 46% had een Afrikaanse of Latijns-Amerikaanse etniciteit.

Bij de vragen over behandelvoorkeur zei 12,5% van de autochtone ouders de voorkeur te geven aan enkel medicatie, tegenover 21,8% van de allochtone ouders. 17,2% van de autochtone ouders gaf aan de voorkeur te hebben voor gedragsbehandeling; bij de allochtone ouders was dit 32,7%. Een combinatie van beide behandelmethoden krijgt de voorkeur bij 70% van de autochtone ouders en bij 34,5% van de allochtone ouders. 10,9% van de allochtone ouders geeft aan geen van beide behandelingen te willen, bij de autochtone ouders is dit niemand.

Zwirs e.a. (2008) hebben gekeken naar een valide en kort screeningsinstrument voor leraren om externaliserende stoornissen te kunnen voorspellen bij autochtone Nederlandse en bij niet-Nederlandse jeugdigen (Marokkaans, Turks en Surinaams). Hiermee wilden zij het grote aantal potentiële voorspellers reduceren tot enkele, meest sterke voorspellers.

Leerkrachten namen de SDQ af bij 2185 jeugdigen, waarbij uiteindelijk een deel van deze jeugdigen overbleven die óf hoog scoorden op de SDQ óf door een randomisatie in de subgroep kwamen. In totaal kwamen 254 jeugdigen (6-10 jaar) en hun ouders in deze subgroep terecht. De ouders kregen de DISC (*Diagnostic Interview Schedule for Children-Parent Version*) en de jeugdigen de SCICA (*Semi structured Clinical Interview for Children and Adolescents*). De leerkrachten kregen 10 DSM-IV-items. Er waren 4 items die een voorspelling konden doen voor externaliserend gedrag: gehoorzamen, liegen, onrustig zijn en concentratie. Deze voorspelling bleek voor allochtone en autochtone kinderen voldoende valide te zijn. Deze bevinding is opvallend, gezien het lage niveau van acculturatie tussen de drie niet-Nederlandse immigrantengroepen.

Wel bleek dat allochtone jeugdigen minder vaak behandeld werden voor hun problemen dan autochtone jeugdigen. Dit zou kunnen berusten op ondersignalering van gedragsstoornissen door allochtone ouders. Volgens Zwirs e.a. (2008) interpreteren ouders van allochtone afkomst de problemen anders dan autochtone ouders.

Overigens kunnen ook culturele verschillen in de visie op ADHD en de behandeling ervan bestaan bij ouders met een Nederlandse of niet-Nederlandse maar wel Westerse achtergrond.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn geen aanwijzingen dat screening, diagnostiek en behandeling van ADHD anders verloopt bij jeugdigen van allochtone afkomst.
----------	--

	Wel speelt een andere interpretatie van gedrag een belangrijke rol bij screening, diagnostiek en behandeling van ADHD bij jeugdigen van allochtone afkomst. Zwirs (2008).
--	---

Overige overwegingen

In 2011 is een TNO rapport verschenen naar de SDQ bij jeugdigen vanaf 13 jaar (Theunissen et al., 2011). In het rapport wordt aangegeven dat er verschillende taalversies zijn van de SDQ waaronder Turks, Arabisch, Chinees, Pools, Servisch en Russisch. In het rapport is onder andere gekeken of de instrumenten hetzelfde meten, ongeacht herkomst en sekse. Hieruit blijkt dat noch bij de KIVPA, noch bij de SDQ de self report Differential Item Functioning (DIF) naar etnische herkomst werd vastgesteld. Daarentegen was er bij beide instrumenten sprake van Differential Item Functioning naar sekse. Bij de KIVPA was dat vaker het geval dan bij de SDQ. De vastgestelde DIF naar herkomst en sekse leidt niet tot een duidelijke voorkeur voor één van beide instrumenten.

Aanbevelingen

Er dient bij ouders uit andere (sub)culturen extra aandacht te worden gegeven aan de beeldvorming van psychische problemen als ADHD, de visie op de behandeling ervan en op verwante aspecten, zoals de samenwerking met leerkrachten.

5.4 Jongens en meisjes en ADHD

Inleiding

ADHD komt meer voor bij jongens dan bij meisjes. De ratio is afhankelijk van de populatie waarin de prevalentie gemeten wordt. Ook is er een verschil in de verdeling van de drie beelden van ADHD over de geslachten. Meer meisjes met ADHD hebben het aandachtstekort beeld dan jongens met ADHD. Er is nog geen goede verklaring voor dit verschil in prevalentie.

Wetenschappelijke onderbouwing

Ramtekkar et al. 2010 onderzochten bij jeugdigen, adolescenten en jongvolwassenen (7-29 jaar; n=9380) uit de algemene populatie de invloed van leeftijd en geslacht op het scoren van ADHD-symptomen. Families met 4 of meer jeugdigen werden telefonisch geïnterviewd over ADHD-symptomen. Ook vulden zij een SWAN-vragenlijst in (*Strengths and Weaknesses of ADHD-symptoms and Normal-Behavior*). ADHD werd het vaakst gediagnosticeerd op kinderleeftijd (9,2%) en het minst op jongvolwassen leeftijd (6,4%). De jongens/meisjes ratio was 2.28:1. Het aandachtstekort beeld kwam op alle leeftijden en in beide geslachten het meest voor. De prevalenties van het gecombineerde en aandachtstekort beeld waren hoger bij jongens in elke leeftijdscategorie. Voor het hyperactieve/impulsieve beeld gold dit alleen op kinderleeftijd. De auteurs concludeerden dat vanwege de lagere jongens - meisjes-ratio in de algemene populatie dan in een ziekenhuispopulatie, meisjes mogelijk worden ondergediagnosticeerd. Hierbij is te vermelden dat de ADHD-symptomen in dit onderzoek door de ouders (en niet school) werden beoordeeld en dat er voor de diagnose geen beperkingen in meerdere settings vereist was.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat, met een strikte toepassing van de huidige DSM-IV criteria, meisjes ondergediagnosticeerd worden. Ramtekkar 2010 C
----------	--

Overige overwegingen

Gillberg e.a. (2004) veronderstellen dat symptomen bij meisjes minder worden opgemerkt, omdat het klachtenpatroon met minder externaliserende verschijnselen gepaard gaat. Dit zou tot gevolg kunnen hebben dat angststoornis, depressie of borderline persoonlijkheidsstoornis worden gediagnosticeerd, waar eigenlijk sprake is van ADHD.

Aanbevelingen

Houd er rekening mee dat bij meisjes ADHD met minder externaliserende klachten gepaard gaat, waardoor deze minder makkelijk te herkennen is. Meisjes zijn geneigd hun onvermogen te overdekken door steeds

harder te gaan werken.

5.5 Verstandelijke beperking

Jeugdigen met een verstandelijke beperking of licht verstandelijk beperking hebben vaker ADHD dan jeugdigen met een normale intelligentie. Het vaker voorkomen van ADHD bij deze jeugdigen heeft niet te maken met onjuiste verwachtingen of interpretaties van beoordeelaars door andere gedrags-, emotionele of cognitieve problemen (Deutsch et al., 2008).

Wetenschappelijke onderbouwing

Deb e.a. (2008) zochten naar de afkappunten van CPRS-27 en CTRS-28 voor screening van ADHD bij jeugdigen met een verstandelijke beperking (mild tot ernstig) of borderline intelligentie (n=151; 3 tot 17 jaar). De data zijn retrospectief uit medische dossiers gehaald. De optimale afkapwaarde van de CPRS-score (42 bij een range van 0-81) gaf een sensitiviteit van 0,90 en een specificiteit van 0,67 met een Area-Under-Curve (AUC) van 0,84. De optimale afkapwaarde (40 bij een range van 0-84) van de CTRS-score gaf een sensitiviteit van 0,69 en een specificiteit van 0,67 met een AUC van 0,70. De CPRS lijkt geschikt voor screening naar ADHD bij jeugdigen met een verstandelijke beperking, de CTRS niet. De auteurs concludeerden dat er behoefte is aan het ontwikkelen van een ADHD-screeningsinstrument specifiek voor jeugdigen met een verstandelijke beperking.

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de CPRS geschikt is voor screening op kenmerken voor ADHD bij jeugdigen met een verstandelijke beperking (3-17 jaar). Het is niet waarschijnlijk dat de CTRS hiervoor geschikt is. Deb e.a. 2007, B
----------	--

Aanbevelingen

Houd rekening met het feit dat bij jeugdigen met een verstandelijke beperking de kans op het hebben van ADHD verhoogd is.
Houd er rekening mee dat ADHD symptomen ook een uiting kunnen zijn van overvraging bij een beperkt IQ.

5.6 Comorbiditeit of differentiaaldiagnose

ADHD gaat nogal eens samen met andere psychische stoornissen. Het is eerder regel dan uitzondering (60-80%), in het bijzonder met een oppositioneel-opstandige stoornis en een gedragsstoornis (30-50%). Ook stemmingsstoornissen (15-75%) en angst (20-30%) komen veel voor bij jeugdigen met ADHD. Comorbiditeit veroorzaakt meer disfunctioneren op allerlei gebieden. Het is aannemelijk dat de CBCL een geschikt instrument is voor het signaleren van de comorbide stoornissen.

De comorbide stoornis of problemen behoeven vaak ook behandeling. Er wordt in de praktijk vaak te simpel gedacht dat als de ADHD behandeld is, alle problemen zullen verdwijnen.

ADHD treedt vaak samen op met andere psychische stoornissen. Maar ADHD-symptomen kunnen ook optreden als onderdeel van andere psychische stoornissen of daar soms zelfs het eerste verschijnsel van zijn (Gillberg e.a., 2004). In dat geval is er geen sprake van comorbiditeit, maar moet een andere diagnose worden gesteld. Zolang dit niet met zekerheid kan gebeuren, moet deze mogelijkheid als differentiaaldiagnose worden overwogen. Het is dus denkbaar dat bij screening ADHD wordt gevonden, maar dat het feitelijk gaat om een vroeg stadium van een andere psychische stoornis. Gillberg e.a. (2004) noemen in dit verband autisme, een bipolaire stoornis of een ticstoornis.

Wetenschappelijke onderbouwing

Hale et al., (2001) onderzochten of de CTRS-28 en de CPRS-48 bij jeugdigen met ADHD/ADD (n=184; 5 tot 16 jaar), verwezen naar een universitaire polikliniek voor ontwikkelings- en gedragsproblemen, kon differentiëren tussen wel of geen comorbide leer- en gedragsproblemen (ODD/CD of LD). Behalve voor ADHD alleen (79% correct), werd in alle groepen minder dan 50% van de jeugdigen correct geassocieerd. CTRS-28 en CPRS-48 kunnen bijdragen aan de screening op bijkomende aandoeningen, maar voor de diagnose zijn meerdere bronnen nodig.

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de CTRS-28 en CPRS-48 kunnen bijdragen aan de screening op bijkomende comorbide leer- en gedragsmoeilijkheden bij jeugdigen (5-16 jaar) met ADHD. Hale 2001, B
----------	--

Aanbeveling

Het is belangrijk om bij een verdenking op ADHD rekening te houden met het bestaan van comorbide stoornissen.

Literatuur bij Hoofdstuk 5

Deb S, Dhaliwal AJ, Roy M. The usefulness of Conners' Rating Scales-Revised in screening for attention deficit hyperactivity disorder in children with intellectual disabilities and borderline intelligence. 2008; 52:950-965.

Deutsch, C.K., Dube, W.V. & McIlvane, W.(2008). Attention deficits, Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, and intellectual disabilities. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14, 285-292.

Epstein, J.N., Willoughby, M., Valencia, E.Y., Tonev, S.T., Abikoff, H.B., Arnold, L.E., & Hinshaw, S.P. (2005). The Role of Children's Ethnicity in the Relationship Between Teacher Ratings of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Observed Classroom Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 424-434.

Gillberg, C., Gillberg, I.C., Rasmussen, P., Kadesjö, B., Söderström, H., Råstam, M. e.a. (2004). Co-existing disorders in ADHD – implications for diagnosis and intervention. *Eur Child Adolesc Psychiatry [Suppl 1]*, 13, 1/80–1/92.

Hale JB, How SH, Dewitt MB, Coury DL. 2001 Discriminant Validity of the Conners' Scales for ADHD Subtypes. *Current Psychology* 20(3):231-249

Hurtig T, Ebeling H, Taanila A, Miettunen J, Smalley SL, McGough JJ et al. ADHD symptoms and subtypes: relationship between childhood and adolescent symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46(12):1605-1613.

Lahey BB, Pelham WE, Loney J, Kipp H, Ehrhardt A, Lee SS et al. Three-year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at 4-6 years of age. *Am J Psychiatry* 2004; 161(11):2014-2020.

Lahey BB, Pelham WE, Loney J, Lee SS, Willcutt E. Instability of the DSM-IV Subtypes of ADHD from preschool through elementary school. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(8):896-902.

Langberg JM, Epstein JN, Altaye M, Molina BSG, Arnold LE, Vitiello B. The transition to middle school is Associated with changes in the developmental trajectory of ADHD symptomatology in young adolescents with ADHD. 2008; 37:651-663.

Mehler-Wex, C., Kölch, M., Kirchheiner, J., Antony, G., Fegert, J.M. & Gerlach, M. (2009). Drug monitoring in child and adolescent psychiatry for improved efficacy and safety of psycho pharmacotherapy. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3:14.

Miller, T.W., Nigg, J.T. & Miller, R.L. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder in African American children: What can be concluded from the past ten years? *Clinical Psychology Review*, 29, 77–86.

Pham AV, Carlson JS, Kosciulek JF. Ethnic differences in parental beliefs of attention-deficit/hyperactivity disorder and treatment. *J Atten Disord* 2010; 13(6):584-591.

Purpura DJ, Lonigan CJ. Conners' Teacher Rating Scale for preschool children: a revised, brief, age-specific measure. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2009; 38(2):263-272.

Ramtekkar UP, Reiersen AM, Todorov AA, Todd RD. Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and diagnoses: implications for DSM-V and ICD-11. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Mar;49(3):217-28.e1-3.

Richard L. Morrow MA, E. Jane Garland MD, James M. Wright MD PhD, Malcolm Maclure (2012). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *ScD, CMAJ* 2012. DOI:10.1503/cmaj.111619

Scholte EM, Van Berckelaer-Onnes I, Van der Ploeg JD. Rating scale to screen symptoms of psychiatric disorders in children. 2008; 23:47-62. *European Journal of Special Needs Education*. Ref ID: 9532

Stevens, G.W.J.M. & Vollebergh, W.A.M. (2008) Mental health in migrant children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49,276–294.

Theunissen, M.H.C., de Wolff, M.S., Vogels, A.G.C., Reijneveld, S.A. (2011). Vergelijking van de ASQ:SE, BITSEA, KIPP en de SDQ als signaleringsinstrument voor problemen bij 0-4 jarigen in de Jeugdgezondheidszorg. Leiden, TNO (TNO/CH 2011/053).

Zwirs BW, Burger H, Schulpen TW, Buitelaar JK. Developing a brief cross-culturally validated screening tool for externalizing disorders in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47(3):309-316

6 Samenwerking en afstemming van zorg

Dit hoofdstuk geeft antwoord op de volgende uitgangsvragen.

Hoe en door wie kan het proces van doorverwijzen en samenwerken en nazorg in de keten efficiënter gebeuren en op welke manier kan dit gecoördineerd worden?

Welke ondersteuning van professionals aan ouders/verzorgers is nodig in het voor- en natraject?

6.1 Positie in het werkveld

In dit hoofdstuk staat de samenwerking en afstemming tussen de JGZ, huisartsen en eventuele andere hulpverleners centraal. Met andere woorden: wie doet wat wanneer? Hiermee wordt eenduidigheid nagestreefd in de begeleiding van jeugdigen met (vermoeden van) ADHD. Waar de JGZ makkelijker toegang heeft tot scholen en dergelijke heeft de huisarts veel extra informatie te bieden vanuit gezins- en familieverbanden. Daarom is een goede samenwerking en informatie-uitwisseling van essentieel belang. Het is van belang om op regionaal/lokaal niveau af te spreken wanneer er welke informatie wordt uitgewisseld. Dit kan variëren van dat er problemen zijn geconstateerd bij een jeugdige, dat er een screening heeft plaatsgevonden, en in elk geval dat er verwezen is voor nadere diagnostiek. Ook over de wijze van uitwisseling moeten er afspraken worden gemaakt: per brief, te zijner tijd digitaal (aansluiting van systemen is in ontwikkeling), enz.

6.1.1 De rol van de JGZ

De JGZ biedt preventieve gezondheidszorg aan alle jeugdigen van 0 tot 19 jaar in Nederland. De jeugdigen en hun ouders worden begeleid bij de groei, ontwikkeling en opvoeding. Van alle jeugdigen worden de bevindingen genoteerd in het JGZ-dossier. In de voorschoolse periode vinden frequente contacten binnen de JGZ plaats. Zodra jeugdigen naar de basisschool gaan worden de contactmomenten minder frequent en kunnen deze bestaan uit enkel het invullen van een vragenlijst. In die periode heeft de JGZ contact met de leerkracht. De contactmomenten hebben een brede focus en hebben als doel de lichamelijke en psychosociale ontwikkeling van het kind te monitoren/begeleiden en ontwikkelings- en gedragsproblemen vroegtijdig op te sporen, waarna begeleid en zo nodig adequaat verwezen kan worden. Het betreft preventief onderzoek dat aan alle jeugdigen wordt aangeboden. Dit onderzoek bestaat uit een algemene anamnese, lichamelijk onderzoek, observaties, op verzoek advisering en begeleiding en eventueel het gebruik van signaleringsinstrumenten.

JGZ-professionals hebben specifieke kennis over de normale groei en ontwikkeling van jeugdigen. Zij kunnen probleemgedrag bij jeugdigen wegen binnen het ontwikkelingsstadium van het kind en kunnen nagaan of het gedrag de ontwikkeling van het kind negatief beïnvloedt.

JGZ-professionals die betrokken zijn bij de signalering van ADHD zijn: jeugdarts, jeugdverpleegkundige, verpleegkundig specialist en doktersassistente. Zij hebben vaste contacten met de peuterspeelzalen, basis- en middelbare scholen. Ze participeren in vele netwerken die voor jeugdigen zijn georganiseerd (Zorgadvies teams (ZAT) op basisscholen en scholen voor voortgezet onderwijs, CJG, enz.). In deze netwerken worden signalen van psychosociale en leerproblemen door derden (peuterspeelzaalleiders, leerkrachten) ingebracht. Deze signalen kunnen gecombineerd worden met de signalen die bij de JGZ bekend zijn over de ontwikkeling van het kind. Het signaleren van psychosociale problemen is er een belangrijk element van. Daarnaast verzorgt de JGZ de

contacten met de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. De jeugdarts mag, waar nodig, ook direct een jeugdige verwijzen voor aanvullende of specifieke diagnostiek.

De in het kader op p. 30 genoemde signalen komen niet alleen voor bij jeugdigen met ADHD. Maar het zijn wel signalen die in de gaten gehouden moeten worden. Zodra de JGZ-professional de signalen waarneemt, is het van groot belang om na te gaan of deze meer of ernstiger dan normaal voorkomen. Als dat het geval is, kan de JGZ zijn specifieke taak voor preventie en monitoring vormgeven. Dit kan door het kind vanaf dit moment in te brengen in het lokale multidisciplinaire (CJG)overleg en het wijkteam. Daar kan vervolgens een plan worden opgesteld, met deeltaken voor de diverse betrokkenen. Het is in dit stadium van belang dat er een zorgcoördinator wordt aangewezen die langs elkaar heen werken moet voorkomen. Voor de JGZ wordt dan besproken welke (van de in de volgende paragrafen genoemde) stappen/ interventies worden ingezet. Dit is afhankelijk van

- de mate waarin signalen voorkomen
- de ernst van de signalen
- of, en welke hulp er al door andere organisaties wordt geboden

6.2 Samenwerking bij begeleiding van jeugdigen met ADHD-symptomen

In 2008 heeft de LHV een *Handreiking Samenwerking Huisarts en Jeugdgezondheidszorg* (LHV, 2008) uitgebracht. Ook bij de begeleiding van jeugdigen met ADHD-symptomen is samenwerking tussen de JGZ-professional en de huisarts van groot belang. Door het uitwisselen van elkaars gegevens en gebruik te maken van elkaars specifieke expertise en positie in het werkveld kan een efficiënt en doelmatig zorgtraject gelopen worden dat leidt tot een kwalitatief goede zorg. Voorwaarden hiervoor zijn het benoemen van een regisseur bij de begeleiding van elk kind en een goede onderlinge bereikbaarheid.

In paragraaf 6.2.3 wordt de route beschreven die het kind met de ouders doorlopen wanneer er klachten of zorgen zijn over ADHD-symptomen bij een jeugdige in de vorm van een stroomdiagram.

Van belang is verder dat de JGZ-professional samenwerkingsafspraken maakt met ketenpartners om na verwijzing de bevindingen terug te koppelen aan de JGZ.

6.2.1 Jeugdigen jonger dan 6 jaar

Op verschillende manieren kan een vermoeden van ADHD naar boven komen en aangekaart worden. De eerste signalen kunnen worden opgemerkt door ouders, onderwijskrachten, crèche- en peuterspeelzaalleidsters of hulpverleners. Een vermoeden van ADHD kan worden voorgelegd aan de JGZ-medewerker of de huisarts. Zij kunnen ook zelf symptomen opmerken in hun spreekkamer. Bovendien kunnen uit signaleringslijsten (voor algemeen gebruik) ADHD-symptomen naar boven komen zonder dat er een hulpvraag is.

Bied ook, of juist, in die voorfase begeleiding bij het gedrag van het kind, ook al is er nog geen ADHD vastgesteld. De adviezen die voor ADHD worden gegeven, werken meestal ook positief op dat gedrag.

De JGZ-professional of de huisarts (of de POH-GGZ) neemt allereerst een anamnese af, waarin aandacht wordt besteed aan de hulpvraag, de klachten, hoe zwaar de klachten worden ervaren door het kind en omgeving (de zogenoemde lijdensdruk), klachten in meerdere settings (bijvoorbeeld thuis en crèche), uitlokkende of bevorderende factor(en), ontwikkelingsanamnese, ziekten (gehoor, visus), medicatiegebruik (bijvoorbeeld voor astma) en familieanamnese van ADHD.

Daarnaast doet een medicus, of indien daartoe bevoegd en bekwaam de verpleegkundig specialist, lichamelijk onderzoek. Bij jeugdigen jonger dan 6 jaar dient de somatiek extra aandacht te krijgen, omdat de kans groter is dat afwijkingen nog niet opgemerkt zijn. Hierbij ligt de nadruk op algemene ontwikkeling van het kind:

psychomotoriek, visus, gehoor en spraak. Ook beoordelen zij of er tekenen van neurologische afwijkingen zijn of dat het kind dysmorphe trekken heeft, die passen bij congenitale syndromen.

Bij aanwijzingen voor een algehele ontwikkelingsachterstand wordt het kind verwezen naar een kinderarts voor aanvullend onderzoek. Als er geen aanwijzingen zijn voor visus- en/of gehoorproblemen, overvraging op basis van een beperkt IQ, en reactieve ADHD-symptomen zijn uitgesloten, wordt het kind her-beoordeeld door de JGZ-professional of huisarts. Ook bij lichamelijke aandoeningen (epilepsie, diabetes mellitus, metabole/genetische/ chromosomale stoornissen) kunnen ADHD-symptomen maar ook daadwerkelijk ADHD voorkomen, en is er soms zelfs een verhoogd risico. Maar ook in die gevallen kan het zijn dat jeugdigen worden doorverwezen voor diagnostiek en behandeling. Somatische en psychiatrische stoornissen kunnen immers *naast* elkaar bestaan en behoeven beide behandeling.

Om de gedragsproblemen te objectiveren wordt aan ouders bij ontbreken van aanwijzingen voor somatische problematiek gevraagd een signalerende vragenlijst met een brede scope in te vullen. Daarnaast wordt er informatie over het gedrag bij de school, crèche of peuterspeelzaal opgevraagd.

Bij een vermoeden van ADHD, bied pedagogische begeleiding aan of verwijst naar een andere instelling voor ouderbegeleiding in de regio. Doe dit laatste in elk geval indien de symptomen dermate ernstig zijn dat ontwrichting van het gezin/andere milieu dreigt, en daarmee de ontwikkeling van het kind in gevaar komt. Daarna wordt het kind na 6 maanden herbeoordeeld door de JGZ-professional of de huisarts/POH op de aanwezigheid van ADHD-symptomen en de hiervan ondervonden hinder. Bij een blijvend vermoeden van ADHD en/of onvoldoende afname van ADHD-symptomen na de psychosociale interventie wordt het kind verwezen naar de tweede lijn voor de diagnostiek van ADHD en eventuele comorbiditeit. Dit wordt gedaan door een gespecialiseerd multidisciplinair GGZ-team.

6.2.2 Jeugdigen van 6 jaar en ouder

Op verschillende manieren kan een vermoeden van ADHD naar boven komen en aangekaart worden. De eerste signalen kunnen worden opgemerkt door ouders, onderwijskrachten of hulpverleners. Een vermoeden van ADHD kan in dat geval via deze personen worden voorgelegd aan de JGZ-medewerker of de huisarts.

De professional neemt allereerst een anamnese af, waarin aandacht wordt besteed aan: de hulpvraag, de klachten, hoe zwaar de klachten worden ervaren door het kind en omgeving (de zogenoemde lijdensdruk), het bestaan van de klachten in meerdere settingen (bijvoorbeeld thuis en school), uitlokkende of bevorderende factor(en), ontwikkelingsanamnese, ziekten (angst, depressie, ODD, leerproblemen, verminderde cognitie, gedragsstoornissen, somatische aandoeningen), medicatiegebruik (bijvoorbeeld voor astma) en familieanamnese van ADHD.

Daarnaast doet een medicus of, indien daartoe bevoegd en bekwaam, een verpleegkundig specialist lichamelijk onderzoek. Hierbij ligt de nadruk op algemene ontwikkeling van het kind: psychomotoriek, visus, gehoor en spraak. Ook beoordelen zij of er tekenen van neurologische afwijkingen zijn of dat het kind dysmorphe trekken heeft, die passen bij congenitale syndromen. Ook bij lichamelijke aandoeningen (epilepsie, diabetes mellitus, metabole/genetische/ chromosomale stoornissen) kunnen ADHD-symptomen voorkomen, en is er soms zelfs een verhoogd risico. Maar ook in die gevallen kan het zijn dat jeugdigen worden doorverwezen voor diagnostiek en behandeling. Somatische en psychiatrische stoornissen kunnen immers *naast* elkaar bestaan en behoeven behandeling.

Bij ontbreken van aanwijzingen voor somatische problematiek zal voor het objectiveren van de gedragsproblemen het kind (vanaf 11 jaar) en/of de ouders gevraagd worden een screeningsinstrument met een brede scope in te vullen. Tenzij de symptomen dermate ernstig zijn dat ontwrichting van het gezin/andere milieu dreigt, en daarmee de ontwikkeling van het kind in gevaar komt. Dan wordt meteen verwezen voor diagnostiek en behandeling.

Daarnaast wordt er informatie over het functioneren en gedrag bij de school opgevraagd.

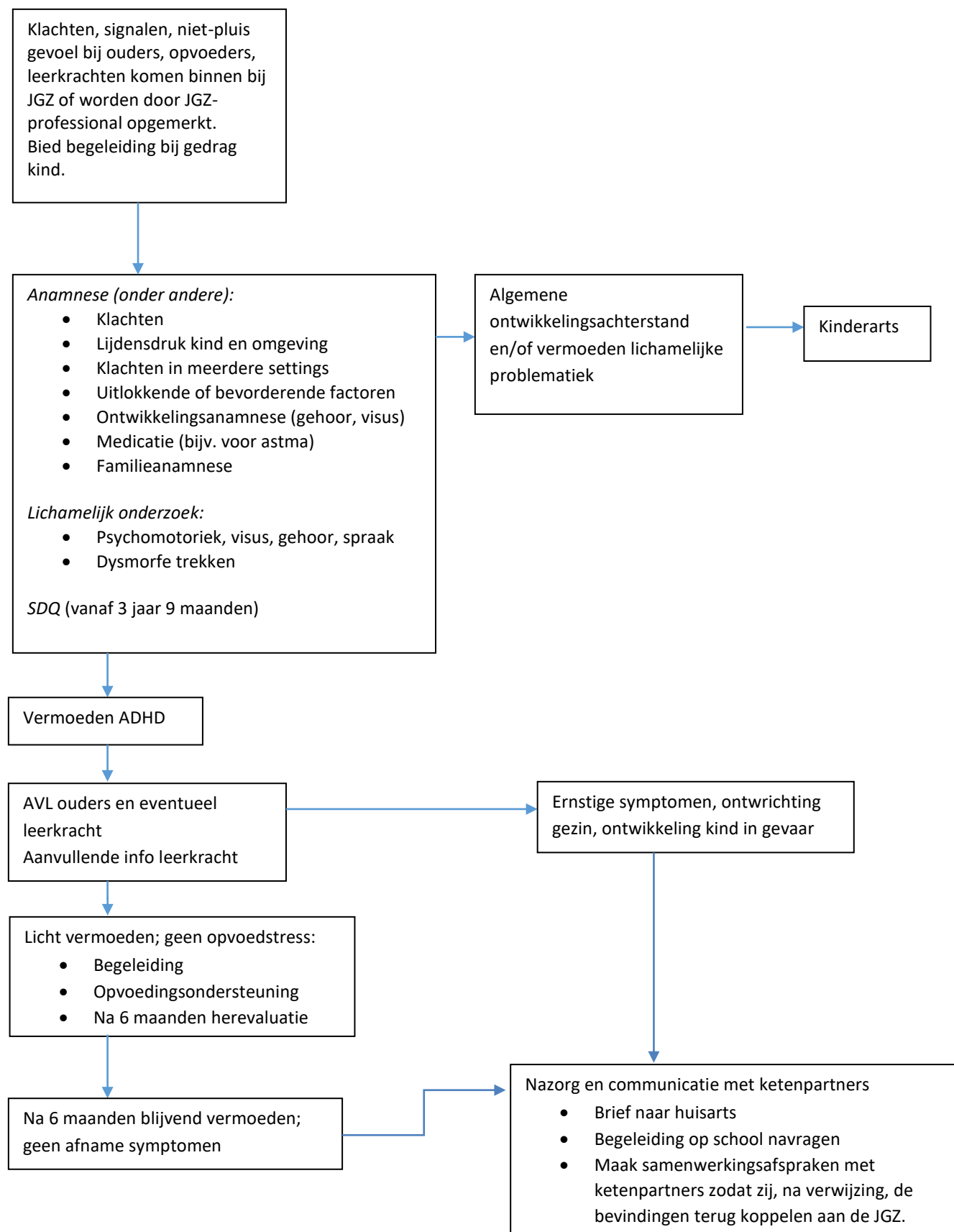
Bij een vermoeden van een algehele leerachterstand dient het IQ bepaald te worden door een schoolbegeleidingsdienst (SBD), orthopedagoog of psycholoog. ADHD en een beperkt IQ kunnen immers ook samengaan. Daarnaast wordt opgemerkt dat juist ook een hoog IQ ADHD gedrag kan uitlokken, maar ook ADHD kan maskeren. In het geval van een verminderd IQ dient het schoolniveau of de lesstof aangepast te worden. Indien het IQ lager dan 85 is wordt het kind verwezen naar het circuit Licht Verstandelijk gehandicapten (LVG) en zal daar eventueel ADHD-diagnostiek worden gedaan (afhankelijk van regio). Bij een specifieke uitval op bepaalde vakken (lezen, rekenen, spelling, enz.) volgt na een periode van 6 maanden extra begeleiding en, mochten de specifieke leerproblemen blijven bestaan, didactisch onderzoek. Blijft de uitval voortbestaan, dan moet dus een leerstoornis uitgesloten worden door didactisch onderzoek, zo nodig gevolgd door verdere remedial teaching. Bij vermoeden van dyscalculie of dyslexie (of andere leerstoornissen) volgt na 6 maanden extra ondersteuning herhaald didactisch onderzoek en een eventuele diagnose.

Als er geen geïsoleerde schoolproblemen zijn of er na aanpassingen in verband met de specifieke of algehele leerachterstand toch een verdenking blijft van ADHD, dan is nader onderzoek geïndiceerd. Als er geen vermoeden meer is, wordt er na 6 maanden een herbeoordeling gedaan door het JGZ-professional of de huisarts.

Het nader onderzoek begint met het afnemen van een signaleringsinstrument (zie hoofdstukken 3 en 4). Als het kind hier negatief op scoort, wordt het na 6 maanden herbeoordeeld door de huisarts of JGZ-professional. Bij een positieve score wordt het kind verwezen naar de tweede lijn voor de diagnostiek van ADHD en eventuele comorbiditeit. Deze diagnostiek (behalve in geval van comorbiditeit) kan ook gedaan worden door een getrainde huisarts (+ POH GGZ), eventueel in samenwerking met de GGZ op basis van regionale werkafspraken.

Zijn de klachten na behandeling door de GGZ of kinderarts stabiel en is het functioneren goed, dan gaat het kind terug naar de huisarts. Deze doet de halfjaarlijkse controles als het kind op ADHD-medicatie is ingesteld. Vanzelfsprekend blijven GGZ en/of kinderarts beschikbaar voor consultatie, advisering en kan het kind zo nodig worden terugverwezen voor behandeling. Het is van belang te weten dat het kind/ouders in een andere levensfase tegen andere problemen kunnen aanlopen waarvoor behandeling in een gespecialiseerde setting nodig wordt. Vooral de momenten van overgangen in het onderwijs zijn berucht. Ook de overgang na het 18e levensjaar waarbij jongeren geacht worden onder de volwassenenzorg te vallen, zijn kwetsbaar. Veel jongeren verliezen dan contact met de hulpverlening, met soms zeer vervelende gevolgen voor hun ontwikkeling. In deze fase is /blijft overleg en uitwisselen van gegevens ook van belang.

6.2.3 Stroomdiagram Stroomschema vermoeden ADHD in de JGZ



6.3 Ondersteuning in voor- en natraject

Uitgangsvraag

2b. Welke ondersteuning van professionals aan ouders/verzorgers is nodig in het voor- en natraject?

- *Welke informatie is belangrijk om aan ouders/verzorgers/leerkracht te geven wanneer er sprake is van signalen bij de jeugdige die kunnen wijzen op ADHD?*
- *Welke adviezen kunnen gegeven worden aan ouders/verzorgers voor de omgang met de jeugdige in de thuis-, school- of opvangsituatie, wanneer er signalen zijn die kunnen duiden op ADHD?*

Hier wordt onderscheiden: voor- en natraject. Dat wil zeggen: vóór de diagnose en na de diagnose

6.3.1 Voortraject

Ouders en leerkrachten en verzorgers op scholen, kinderopvang en peuterspeelzalen zijn een belangrijke schakel bij het signaleren van problemen bij kinderen. Zij zijn degene die dagelijks het kind van dichtbij meemaken en de opvoedkundige omgeving van de jeugdige vormen.

Een goede samenwerking tussen de JGZ-professional, de huisarts, de ouders en leerkrachten/peuterspeelzaalleidsters is van groot belang om gedragsproblemen bij jeugdigen vroegtijdig te kunnen signaleren. Signalerings- en screeningsinstrumenten (hoofdstuk 4) maken sneller herkennen van ADHD mogelijk, waarna adequate doorverwijzing en ondersteuning plaats kan vinden.

Wanneer screening heeft plaatsgevonden en er geen aanwijzingen voor ADHD gevonden zijn, kan het toch nodig zijn om adequate advisering en eventueel begeleiding in te zetten op de symptomen die bij de screening naar voren zijn gekomen. Geen ADHD betekent immers niet dat er geen problemen meer zijn.

Het is aannemelijk dat gedragstherapeutische interventies die bij het volledige beeld van ADHD effectief zijn gebleken ook in dat geval zinvol zijn. Wanneer er geen ADHD gevonden wordt, verdient het aanbeveling om wel follow-up te doen of voorlichting aan ouders te geven om, als de symptomatologie later wel boven de klinische drempel uitkomt, alsnog adequate diagnostiek en hulp in te zetten.

Voorlichting aan ouders

Elke zorg begint met goede voorlichting. Deze voorlichting moet makkelijk te krijgen zijn en zowel mondeling als schriftelijk gegeven worden, en toegesneden zijn op de al aanwezige kennis en de informatiebehoefte. Ouders en jongeren kunnen verwezen naar betrouwbare websites, bijvoorbeeld die van kenniscentrum kind- en jeugdpsychiatrie, Brainwiki (voor kinderen) of die van Balans, oudervereniging van kinderen met ADHD (onder andere). Aldaar wordt vaak verwezen naar schriftelijk materiaal (boeken en folders).

Er is ook behoefte aan informatie over ondersteuning. Daartoe wijzen hulpverleners ouders op het bestaan en de functie van cliëntenverenigingen, zoals in het geval van ADHD Balans. Ook informeren zij de ouders over de mogelijkheden tot ondersteuning bij de opvoeding of bij de praktische problemen thuis, zoals intensieve pedagogische thuishulp, thuisbegeleiding, praktische pedagogische gezinsbegeleiding, gespecialiseerde thuiszorg en oudercursussen. De ouders moeten informatie ontvangen over wettelijke regelingen zoals de WGBO (Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst) en het klachtrecht.

De verschillende levensfasen van het kind (kind, puber, volwassene) vragen om voortdurende aangepaste informatie-uitwisseling en voorlichting.

Voorlichting is niet alleen belangrijk aan het begin, maar is in elke levensfase van het kind noodzakelijk, omdat in elke nieuwe ontwikkelingsfase nieuwe situaties ontstaan die specifieke kennis en vaardigheden vereisen, of

waarin ADHD-symptomen niet langer boven de cut-off komen in de nieuwe fase en bijvoorbeeld medicatie gestopt kan worden.

De juiste voorlichting over mogelijke behandelmethoden zowel gedragsmatig, pedagogisch als medicamenteus, heeft tot doel:

- Ouders en, afhankelijk van de leeftijd, ook de jongere kunnen een weloverwogen keuze maken om wel of niet voor verdere diagnostiek te kiezen.
- Ouders en, afhankelijk van de leeftijd, ook de jongere kunnen en durven hun eigen keuzes te maken met betrekking tot behandeling.
- Ouders en, afhankelijk van de leeftijd, ook de jongere zoeken informatie op internet en in andere bronnen en kunnen deze informatie ook daadwerkelijk gebruiken.
- Ouders leren de sterke, leuke en bijzondere kanten van hun kind ontdekken en leren deze in te zetten bij het oplossen van problemen waar het kind tegen aanloopt.

Bij het geven van voorlichting over behandelmethoden, kunnen hulpverleners vragen krijgen over andere behandelvorm. Rommelse en Buitelaar (2013) zeggen daar over: ‘Andere behandelvormen, zoals neurofeedback (het zelf leren beïnvloeden van de elektrische activiteit in de hersenen door middel van visuele feedback) en een eliminatiedieet (het weglaten van een groot aantal voedingsmiddelen, zie Mijlpaalonderzoek 3), laten gunstige effecten zien wat betreft de vermindering van ADHD-symptomen (Arns e.a., 2009; Pelsser e.a., 2011), maar door het ontbreken van een dubbelblinde en/of placebogecontroleerde opzet is er verder onderzoek nodig voordat deze interventies in de praktijk kunnen worden toegepast.’

Informatie over *effectieve* interventies is te vinden in de databank effectieve jeugdinterventie van het NJi.

Aandachtspunten voor de professional

In het contact met ouders is het goed rekening te houden met mogelijke reacties van ouders. Ouders verschillen nogal in hoe zij omgaan met de mogelijkheid van ADHD. Van leerkrachten/peuterspeelzaalleidsters en andere professionals mag je een meer professionele houding verwachten.

Ouders kunnen in veel gevallen goed rapporteren over wat zij beleven met hun kind. Soms zijn ouders zich er echter niet bewust van dat er sprake is van een relatie tussen hun zorgen over bepaald gedrag en een mogelijke vertaling naar (onderliggende) ADHD. Bijvoorbeeld, de vertaling van gedrag - ‘niet luisteren’ - , naar symptoom - ‘moeite de aandacht te richten’ - valt hun soms moeilijk. Ouders kunnen ook schroom ervaren om hun zorgen te delen, omdat er schaamte of een schuldgevoel is over de situatie. Het kan ook zijn dat een ouder wel vermoedt dat er sprake is van probleemgedrag, maar bezorgd is voor de implicaties van een mogelijke diagnose ADHD. Jongeren zelf kunnen ook problemen aangeven en ook naar hen moet geluisterd worden. Met name bij adolescenten is het belangrijk te luisteren en hen te motiveren voor diagnostiek in de tweede lijn ter bevordering van mee – en samenwerking met diagnostiek en mogelijk behandeling daarna.

De eerste stap is dat zowel ouders als het kind zelf als de leerkracht/peuterspeelzaalleidster komen tot probleembesef. Dit kan leiden tot probleemacceptatie. Zo krijgen zij inzicht in wat zij nodig hebben om te komen tot de gewenste verandering.

Het is de taak van de professional om ouders te helpen zich bewust te worden van het bredere perspectief op het gedrag van hun kind. Vaak is dit ook een proces dat enige tijd en dialoog vergt. Het geven van uitleg en verduidelijking, bijvoorbeeld door te vragen naar voorbeelden van het gedrag van de jeugdige en voorbeeldsituaties werkt dikwijls meer motiverend dan een al te stellende aanpak.

Van leerkrachten/peuterspeelzaalleidsters en andere professionals mag verwacht worden dat zij hun zorgen en het gedrag in redelijk objectieve termen kunnen beschrijven. En dat zij een eerste differentiatie kunnen maken tussen een vermoeden op een stoornis of situatieve (aan het leren gerelateerde) problemen, bijvoorbeeld een overvraging.

In het contact met ouders kunnen er op twee manieren tempoverschil ontstaan. Aan de ene kant kunnen er te snel conclusies worden getrokken dat er iets aan de hand is. Hierdoor kunnen ouders zich niet begrepen of gestuurd voelen en daarom ambivalent aan een volgende stap van screening of diagnostiek beginnen. Dit kan een ongunstige start zijn en leiden tot voortijdig afhaken in een later stadium. Aan de ander kant, wanneer ouders te snel worden gerustgesteld, kan ze dit op het verkeerde been zetten, waardoor zij niet op zoek gaan naar hulp, waar dit wel dringend nodig is.

Hier zijn educatie en dialoog tussen de JGZ, huisarts en school over de visie op signalering, screening en verwijzing bij vermoedens van ADHD erg belangrijk. Dit proces moet worden ondersteund door de lokale GGZ-, gezondheidszorg- en Jeugdzorgpartners.

Waarbij nogmaals wordt aangetekend dat wat ADHD lijkt, het niet ook daadwerkelijk hoeft te zijn.

Iedere ouder wil het beste voor zijn kind. In de signaleringsfase zijn er zowel ouders die voorstanders zijn van een diagnostisch traject als ouders die er weerstand tegen hebben. Het al dan niet tot uiting komen van de kenmerken is afhankelijk van de situatie. Welke eisen worden er aan het kind gesteld, welke structuur bieden ouders en welke structuur is er in de klas/peuterspeelzaal? Daarnaast kunnen ook de ervaring en affiniteit van de leerkracht/peuterspeelzaalleidsters met gedrags- en/of leerproblemen een rol spelen in het al dan niet optreden van leer- en/of gedragsproblemen. Uit de praktijk komt naar voren dat ouders en leerkrachten/peuterspeelzaalleidsters een grote invloed hebben om gunstige omgevingsfactoren voor het kind te creëren.

De hulpverlener dient met alle angsten, onzekerheden en weerstanden van ouders en jeugdigen rekening te houden. Goede voorlichting over doel, voor- en nadelen van diagnostiek hebben grote invloed op de houding van ouders tegenover verdere screening en diagnostiek. Om goed te kunnen signaleren is kennis nodig van de kenmerken van ADHD. Maar ook van andere stoornissen zoals ASS, leerproblemen, angst of depressie. Daarom is scholing van cruciaal belang voor het onderwijs, voor JGZ-professionals en de huisartsen.

Tips en adviezen voor professionals

De professional heeft een belangrijke rol om ouders en leerkrachten/peuterspeelzaalleidsters ervan bewust te maken dat vooral hun rol zeer bepalend is om kinderen met ADHD goed te kunnen ondersteunen. Het is wel goed om oog te hebben voor de eigen problematiek van ouders (een beperkt IQ, mogelijk ouders zelf ook ADHD, of andere problematiek). Dat kan het proces om het kind te laten onderzoeken ook bemoeilijken.

Tips en adviezen om deze rol uit te voeren zijn:

- Geef ouders en leerkrachten/peuterspeelzaalleidsters inzicht in het proces dat tot een neergaande vicieuze cirkel kan leiden, wanneer er mogelijk sprake is van een kind met ADHD; het is geen onwil maar onmacht van het kind.
- Adviseer ouders en leerkrachten/peuterspeelzaalleidsters om veel te weten te komen over ADHD en kennis te vergaren, met als doel dat de ouders, kinderen zelf en leerkrachten kunnen bepalen welke interventies kans van slagen hebben in de eigen specifieke situatie.
- Informeer ouders en leerkracht over ouderbelangenverenigingen en websites voor kinderen, ouders en scholen. Bovengenoemde websites verwijzen naar schriftelijk materiaal.

- ADHD gaat in een groot aantal gevallen niet over. Wel kan het kind en zijn omgeving in dat geval leren omgaan met ADHD en grip krijgen op het gedrag.
- Maak ouders en leerkrachten/peuterspeelzaalleidsters bewust van wat de beste manier is om gewenst gedrag van hun kind te sturen. Directe consequenties van gedrag werken beter dan uitgestelde consequenties.
- Het realiseren van een goede samenwerking en afstemming tussen ouders en school/peuterspeelzaal en behandelaar is belangrijk. Hiervoor is een open communicatie, veiligheid en vertrouwen nodig.
- De omgeving van het kind dient optimaal afgestemd te worden op de mogelijkheden, kwaliteiten en beperkingen van het kind per leeftijdsfase. Dat zorgt voor een grote mate van voorspelbaarheid en stressreductie bij het kind, waardoor het kind beter kan functioneren.
- Maak ouders en school/peuterspeelzaal expliciet duidelijk hoe belangrijk de omgevingsfactoren voor het kind zijn en dat zij degene zijn die de meeste invloed op deze omgevingsfactoren hebben.
- Jongeren moeten ook zelf mee kunnen denken wat er handig is voor hun behandeling en waar ze zelf verantwoordelijkheid voor kunnen nemen.

Tips en adviezen voor ouders

De opvoedadviezen die in gewone situaties uitstekend helpen, zoals duidelijke grenzen stellen, consequenter met gedrag omgaan, time-outs, en beloningsprogramma's zijn wel hulpmiddelen, maar hebben te weinig positief effect op het gedrag van kinderen met ADHD. Om deze kinderen te helpen is een open geest vereist, aandacht geven en de wil te begrijpen waarom deze kinderen zich zo gedragen zoals zij zich gedragen. Om strategieën te kunnen vaststellen om te helpen de zaken te verbeteren. Onderstaande adviezen en tips geven een aanvulling op de reguliere opvoedadviezen die uiteraard gewoon van kracht blijven.

- Het verhogen van voorspelbaarheid leidt tot angstreductie, waardoor het kind beter in staat gesteld wordt aan bepaalde eisen te voldoen.
- Stel regels en dagindeling zo duidelijk mogelijk op, met een grote mate van voorspelbaarheid en structureer situaties zo veel mogelijk. Gebruik visuele ondersteuning: planbord, pictogrammen.
- Let op een goede slaaphygiëne.
- Laat kinderen klusjes doen waarbij ze kunnen bewegen.
- Beloon goed gedrag, zodat dit gedrag kan worden gemodificeerd en consequenties verbonden worden aan ongewenst gedrag. Belangrijk is dit goed vooraf te communiceren met het kind. Stelregel: je moet 5 keer belonen tegenover 1 keer straffen.
- Werk aan een positief en realistisch zelfbeeld.
- Betrek het kind bij mogelijke oplossingen, aanpak of afspraken waarbij vervolgens verwezen wordt naar de gemaakte afspraken. Zet de afspraken goed leesbaar op schrift en maak niet te veel afspraken tegelijk.
- Kinderen met ADHD hebben een groter probleem met concentratie en hyperactiviteit als hoge eisen worden gesteld bij opdrachten die niet altijd uitdagend zijn.

Informatie en samenwerking met scholen/peuterspeelzalen

Ook scholen/peuterspeelzalen moeten de nodige informatie krijgen. Informatie over ADHD moet beschikbaar zijn voor de peuterspeelzaal, het basisonderwijs, het voortgezet onderwijs en het beroepsonderwijs, voor HBO en WO. Speciale trainingen en cursussen zijn veelal beschikbaar voor leerkrachten maar worden vanwege de kosten niet standaard afgenomen. Veel informatie (E-learning) is digitaal beschikbaar. De onderwijsinstellingen kunnen zo nodig een beroep doen op de ADHD-deskundigheid van hulpverleners van jeugdzorg, jeugd-GGZ of belangengroepen.

Kinderen van wie ouders en/of de leerkracht/peuterspeelzaalleidster het vermoeden hebben dat er gedragsproblemen zijn die kunnen wijzen op ADHD, kunnen vaker gezien worden door de JGZ of (de POH-GGZ van) de huisarts. Als dat wenselijk is, kan er met ouders, school en de JGZ op vaste momenten geëvalueerd worden aan de hand van signaleringslijsten, gedrag in de klas en ontwikkeling volgens het leerlingvolgsysteem via het zorgadvies team (ZAT).

De JGZ-professional doet er goed aan de leerkrachten te adviseren om de leerling (samen met het leerlingdossier en eventuele handelingsplannen) goed over te dragen aan de leerkracht van het volgende schooljaar. Zo wordt de kans op terugval in het nieuwe schooljaar verkleind en wordt voorkomen dat het wiel opnieuw moet worden uitgevonden. Vooral bij de overgang naar het voortgezet onderwijs verdient de overdracht extra aandacht. Voor kinderen met ADHD-kenmerken is het noodzakelijk dat er in een persoonlijk contact wordt overgedragen, ook wel warm overdragen genoemd.

Specifieke adviezen voor leerkrachten en peuterspeelzaalleidsters

De hierboven genoemde tips en adviezen voor ouders gelden *mutatis mutandis* ook voor leerkrachten/peuterspeelzaalleidsters. Maar daarnaast zijn er onderwijsspecifieke adviezen te geven.

- Kinderen met ADHD laten vaak minder gedragsproblemen zien aan het begin van het schooljaar dan tegen het einde ervan. In het begin is alles nog nieuw en uitdagend en dit kan het concentratievermogen verhogen.
- Hanteer duidelijke en consequente regels in en buiten klas en communiceer deze vooraf goed, zet ze op schrift of maak er pictogrammen van zodat het kind weet wat er van hem verwacht wordt.
- Zoek een handige plek voor het kind in de klas, geef het eventueel een koptelefoon, een schot op tafel of een handige rustige plek in de klas (tegen een muur). Sommige jongeren werken beter met muziek aan of wanneer ze zich enigszins af kunnen zonderen.
- Geef het kind een taak (zoals zorg voor de computers, materiaal wegbrengen, koffie halen) waarbij het legaal af en toe door of uit de klas mag lopen, om bewegingsonrust te ontladen.

6.3.2 Natraject

Van het natraject wordt gesproken als er een diagnose ADHD is gesteld en een jeugdige met een behandeltraject is gestabiliseerd. Het bepalen/afspreken van wie daarbij de regie heeft is van groot belang om langs elkaar werken te voorkomen (één gezin één plan). Een dergelijk traject in de GGZ, bij kinderarts, huisarts of de JGZ behelst over het algemeen de hieronder genoemde componenten.

1 Voorlichting aan ouders, en eventueel jeugdige, indien daaraan behoefte bestaat.

Voorlichting hoeft geen eenmalige actie te zijn. Het is een cyclisch, permanent proces en in verschillende levensfasen komen nieuwe vragen, verwachtingen, zorgen en andere aspecten naar voren. Ook zullen nieuwe betrokkenen of aspecten zich aandienen: middelbare school leerkrachten, stagebegeleiders, sporttrainers, rijschool, etc. Voorlichting moet uiteraard ook aan de jeugdige worden aangeboden wanneer deze daarnaar vraagt.

- In geval van medicatie: Voortgezette medicamenteuze behandeling (controle of finetuning)
Bij het voortzetten van medicamenteuze behandeling geldt dat er duidelijke afspraken moeten zijn over welke arts de medicatiemonitoring doet, en op welke wijze. Ook wie er beschikbaar is voor complexe vragen, met andere woorden wie ondersteunt voorschrijvers in de eerste lijn. In ieder geval is het van belang dat er goede terugkoppeling is naar de huisarts, omdat deze momenteel de meest betrouwbare levensloopbestendige registratie en documentatie heeft. In ongecompliceerde gevallen kan de (medicatie) monitoring door de huisartsenpraktijk gedaan.

- Oudertraining/mediatie
Voor het op peil houden van effectiviteit is een doorgaande behandeling van belang. Dit geldt voor de gedragstherapeutische vaardigheden van ouders. Ook medicatietrouw blijkt een blijvend belangrijk aspect. Het bewaken van de medicatie-inname is een gezamenlijk aandachtspunt voor school, gezin, kind en voorschrijver. *Diversion*, d.w.z. het gebruik van medicatie door personen waarvoor het niet is bedoeld is een belangrijk probleem, dat met de toegenomen prescriptie ook zal toenemen.
 - Specifieke training jeugdige (ook digitaal), meestal gericht op nevensymptomen of comorbiditeit.
Specifieke interventies gericht op de jeugdige zijn nodig bij nieuwe klachten die niet bij ADHD passen, bijvoorbeeld angst, depressie, verslaving. Het signaleren van dergelijke nieuwe klachten zal soms plaatsvinden binnen de schoolse context, bijvoorbeeld door leerkrachten of medeleerlingen. In zekere zin passen deze weer wel bij ADHD, als risicofactoren bij een niet-optimale behandeling. Naast depressie komen in dit verband ook zelfmoordgedachten relatief vaak voor.
- 2 Starten van specifieke ondersteuning (ook digitaal) (veelal door de Jeugdzorg/J-GGZ) op school voor kernsymptomen en/of comorbiditeit.
- Op school zullen er specifieke aanpassingen nodig zijn. De implementatie van aanpassingen, de monitoring en de terugrapportage van de voortgang en eventuele problemen vanuit school naar de behandelaar en het gezin is een belangrijk aandachtspunt. Dit proces is niet eenmalig, maar moet een terugkerend, cyclisch proces zijn.
- Aspecifieke (ontwikkelings)ondersteuning of begeleiding. Denk bijvoorbeeld aan voetbalclubs of hobbyclubs voor kinderen met ADHD of een aan autisme verwante contactstoornis.
 - Aspecifieke ondersteuning voor school, vaak gericht op (mede door de ADHD ontstane) problemen, die niet direct te maken hebben met een stoornis of de ADHD. Bijvoorbeeld leerachterstand of sociale problemen.
 - Ondersteuning van het gezin in brede zin. Aangezien de opvoeding van een kind met ADHD impact kan hebben op diverse aspecten van het gezinsleven en op de individuele gezinsleden. Denk hierbij aan het signaleren van problemen van andere gezinsleden (tekenen van uitputting, relatieproblemen) en ontstaan van emotionele of gedragsproblemen bij broers en zussen. Zie hiertoe ook de werkwijze volgens 'Een gezin-een plan'.

In het behandeltraject is het belangrijk om de componenten die werkzaam zijn gebleken bij het begin van de behandeling op peil te houden. In nieuwe levensfasen zullen nieuwe behandelvormen moeten worden ingezet, omdat die dan pas werkzaam zullen kunnen zijn. Belangrijke transitiemomenten zijn hierin: de overgang naar de middelbare school, de vroege adolescentie (15-16 jaar) en de overgang naar volwassenheid, inclusief het begin van beroepsmatig functioneren en uit huis gaan.

Een model waarbij sprake is van gedeelde verantwoordelijkheid en heldere afspraken (shared care) is hierbij van belang, waarbij voor ouders duidelijk is bij wie zij voor welke vraag terecht kunnen. De huisarts en de JGZ kunnen hierin een belangrijke rol vervullen.

Na de diagnose zal het kind in het lokale multidisciplinaire (CJG) overleg besproken worden. Daar zal worden nagegaan hoe de behandeling en begeleiding wordt vorm gegeven.

Taken van de JGZ

- Neem de rol van zorgcoördinator.
De JGZ heeft als taak om gezondheid te bevorderen en te bewaken. Zij heeft een unieke positie, waarmee zij binnen het lokale multidisciplinaire (CJG) overleg de voortgang van begeleiding en behandeling enerzijds en preventie van ontwikkeling van andere stoornissen (bijvoorbeeld ontwikkeling van Oppositionele Opstandige Gedragsstoornis/Gedragsstoornis/ Verslavingsproblemen) anderzijds kan monitoren en waar

nodig in gang zetten.

De JGZ heeft contacten met scholen en peuterspeelzalen waardoor de afstemming tussen GGZ/Huisarts en school/peuterspeelzaal/kinderdagverblijven goed vervuld kan worden door de JGZ.

- Intensiveer frequentie van contactmomenten.

Dit kan door het kind met de ouders vaker uit te nodigen voor een contactmoment, door het aanbieden van huisbezoeken, en door het inzetten van interventies zoals Triple P en Video Home Training.

- Monitor en stem al ingezette behandeling af.

Wordt er al zorg geboden door één of meerdere andere organisaties, dan blijft de taak van *makelaar en monitor* van kracht.

- Bied vormen van gezinsondersteuning aan.

Om het gezin meer structuur te bieden en om het kind en de ouders te ondersteunen kunnen de volgende vormen van ondersteuning worden aangeboden. Bespreek dit ook in het regionale multidisciplinaire overleg:

- Medisch Kinder Dagverblijf
- Gespecialiseerde dagopvang
- Gespecialiseerde thuiszorg

Aanbevelingen

- Zorg voor een goede samenwerking tussen JGZ en huisarts.
- Maak samenwerkingsafspraken met ketenpartners zodat zij, na verwijzing, de bevindingen terug koppelen aan de JGZ.
- Voorlichting aan ouders/verzorgers en leerkrachten is in elke levensfase van het kind noodzakelijk, omdat in elke nieuwe ontwikkelingsfase nieuwe situaties ontstaan die specifieke kennis en vaardigheden vereisen.
- Zorg voor (bij) scholing voor het onderwijs, voor de JGZ en de huisartsen op het gebied van ADHD-symptomen en comorbiditeit en hoe hiermee om te gaan in de thuissituatie en op school.
- Omdat omgevingsfactoren invloed hebben op het goed kunnen functioneren van het kind, is het belangrijk dat ouders en leerkrachten zich bewust zijn van de invloed die zij kunnen hebben op veranderingen in het gedrag van het kind.
- Het betrekken van ouders en leerkrachten moet onderdeel zijn van signalering, screening en verdere diagnostiek en behandeling van jeugdigen met mogelijk ADHD. Belangrijk is elkaar ieder vanuit hun eigen kennis en kunde respecteren, informeren en de voortgang regelmatig wordt gemonitord en geëvalueerd.

6.3.3 Nazorg huisarts na de diagnostiek en behandeling in de tweede lijn

Wanneer de diagnose eenmaal is gesteld en de jeugdige psycho-educatie heeft gehad en mogelijk is ingesteld op medicatie kan de jeugdige voor de vervolgcontroles worden terugverwezen naar de huisarts.

In Bijlage 10 is informatie toegevoegd ter informatie voor JGZ-professionals

Van belang is om zoveel als mogelijk bij ketenpartners zoals de huisarts te regelen dat terugkoppeling naar de JGZ plaats vindt.

6.3.4 Het bevorderen van medicatietrouw

Medicatie wordt regelmatig voorgeschreven bij jeugdigen ouder dan 6 jaar met ADHD, therapie- of medicatietrouw is hierin belangrijk. Therapietrouw is een begrip dat op meerdere manieren kan worden uitgelegd. Waar vroeger de nadruk lag op het correct uitvoeren van de voorgeschreven medicatie en doseerschema (*compliance*), is de nadruk verschoven naar een overeenstemming (*concordance*) die tussen patiënt en behandelaar(s) is bereikt over het te volgen behandeltraject. Deze overeenstemming is voorwaarde voor therapietrouw (adherence) (Onzenoort, 2012; Charach et al., 2011).

Omdat ADHD een chronische aandoening kan zijn, kan langdurig medicamenteuze behandeling noodzakelijk zijn ter ondersteuning van psychologische en pedagogische interventies en begeleiding van ouders, kind en school door hulpverleners. Het is bekend dat bij psychiatrische aandoeningen zoals ADHD de medicatietrouw bij jongeren slecht is (Miller et al., 2004). Sommige onderzoeken rapporteren bij een kleine steekproef meer dan 70% medicatietrouw bij ADHD (Ibrahim & El Sheikh, 2002; Faraone et al., 2007). Drie jaar na de start van een behandeling met psychostimulantia blijkt slechts 52% van de kinderen medicatietrouw. (Thiruchelvam et al., 2001). De therapietrouwmonitor laat in de periode 2006-2010 in Nederland percentages zien van 60-64% therapietrouw voor het slikken van ADHD-medicatie onder de leeftijd van 25 jaar (Therapietrouwmonitor, 2012).

Factoren vermindering medicatietrouw

Factoren die geassocieerd zijn met een verminderd gebruik van psychostimulantia kunnen worden gezien bij ouders en het gezin, bij de jeugdige met ADHD zelf, bij hulpverleners en zorgverlenende instanties, en tenslotte ook bij de medicatie zelf (Chacko et al., 2010; Charach et al., 2011).

- Factoren bij ouders en gezin zijn een onvoldoende voorlichting over werking en bijwerkingen. Daarbij kunnen zorgen gewekt door de media over het gebruik van geneesmiddelen een rol spelen. Ook kunnen problemen ontstaan wanneer bij het voorstellen van een onderbreking van medicatie in de vorm van 'medicatie vakantie' alleen rekening wordt gehouden met de effecten op de deelname aan school en niet met die op het gezinsleven.

- factoren die de ouders en het gezin betreffen zijn omstandigheden die ouders beperken in hun ondersteunende capaciteiten, zoals te weinig kennis van de Nederlandse taal, opvoedkundige overbelasting of psychische problemen, waaronder ADHD.
- Factoren bij het kind zijn onder andere oudere leeftijd van de jeugdige met ADHD, voor het eerst starten met gebruik van psychostimulantia, aanwezigheid van minder ADHD-symptomen, afwezigheid van comorbide stoornissen, weigering van de behandeling door de jeugdige. Door onoplettendheid van de jeugdige (juist) door ADHD is de kans groter dat hij zijn medicatie op school vergeet. Niet innemen kan ook ontstaan door stigmatisering door klasgenoten, problemen met privacy en misbruik van medicatie (Takon, 2011).
- Factoren bij de hulpverlening en zorgverlenende instanties zijn: gebrek aan zorgverleners in omgeving, moeilijke toegankelijkheid, ontoereikende ziektekostenverzekering, onvoldoende deskundigheid bij zorgverleners. Het is essentieel voor het bereiken van een zo optimaal mogelijke medicatietrouw dat hulpverleners erkennen dat ADHD een chronische aandoening is waarvoor medicatie ook een wezenlijk onderdeel kan zijn van de behandeling.
- Factoren gelegen in de medicatie zelf zijn: geen of onvoldoende effectiviteit, bijwerkingen, meerdere doseringen per dag, de noodzaak van het geven van medicatie op school, kosten van de medicatie.
- Daarnaast meldt de werkgroep dat ook het onvoldoende autonomie geven aan ouders en jeugdigen een factor is (waarvoor meer shared decision making een oplossing kan bieden) en dat wisselende hulpverleners ook zeer demotiverend kunnen werken.

Tabel 1 geeft een overzicht.

Tabel1 Factoren verminderd gebruik van psychostimulantia

<i>Ouders/gezin</i>	ADHD van ouder(s) zelf	Niet-westerse achtergrond	Ouder-kind problematiek	Geen vertrouwen in medicatie en het medisch systeem	Chroniciteit wordt onvoldoende erkend
<i>Jeugdige</i>	Leeftijd: jongeren meer dan kinderen	Voor het eerst starten met medicatie	Afwezigheid comorbiditeit	Met minder ernstige klachten	Geen compliance met behandeling
<i>Hulpverlening</i>	Moeilijk toegankelijk zijn van de hulpverlening	Onvoldoende deskundigheid	Medicatie als onderdeel van de behandeling van ADHD wordt onvoldoende erkend	Chroniciteit ADHD wordt onvoldoende erkend	
<i>Medicatie</i>	Geen of onvoldoende effect	Bijwerkingen	Meerdere doseringen per dag	Medicatie innemen op school	Kosten medicatie

Bronnen: Chacko 2010, Charach 2011, Onzenoort 2012.

Jeugdigen vinden het over het algemeen prettiger om medicatie thuis in te nemen, ouders kunnen in dat geval medicatie-inname beter stimuleren en controleren. In verschillende studies is aangetoond dat het 's ochtends geven van langwerkende psychostimulantia waarbij medicatie op school niet nodig is, bijdraagt tot een betere therapietrouw, in plaats van meerdere doseringen per dag (Faraone et al., 2007; Sanchez et al., 2005). Jongeren houden zich minder vaak aan de medicatievoorschriften dan kinderen in de basisschoolleeftijd. Bij basisschoolkinderen beslissen de ouders nog over het medicijngebruik van hun kinderen (Thiruchelvam et al., 2001). Goede voorlichting is wezenlijk voor medicatietrouw. Wanneer ouders en de jeugdige weten waarom en hoe ze medicatie moeten gebruiken, heeft dit een positieve invloed. Herhaalde voorlichting draagt bij tot een beter begrip en hierdoor tot een groter medicatietrouw. Een handig hulpmiddel is het gebruik van een medicijndoos, waarin voor een week de medicatie overzichtelijk uitgezet kan worden, in plaats van individuele dosissen. Zo kunnen ouders en de jeugdige het medicijngebruik

beter controleren (Hack & Chow, 2001). Ook een App om te herinneren aan medicatie kan hier behulpzaam zijn.

Psychologische en pedagogische interventies en ondersteuning door hulpverleners dragen, naast frequente controles bij de voorschrijvend arts, bij aan een betere medicatietrouw.

Het is daarbij belangrijk voor de hulpverlening en school om zich te realiseren dat het innemen van medicatie niet alle ADHD-gerelateerde problematiek oplost. Het kind en/of gezin hebben daarnaast meestal ook psychologische of pedagogische ondersteuning nodig. Daarom wordt ADHD idealiter behandeld met een combinatie van gedragsmatige behandeling thuis en op school, zo nodig in combinatie met medicatie.

Goede samenwerking en afstemming tussen voorschrijvend arts, psycholoog, andere hulpverleners, school en ouders en jeugdige zijn essentieel. Vraag altijd of de jeugdige zijn medicatie nog gebruikt en geef elke verandering door. Dit draagt bij tot een zo optimaal mogelijke therapietrouw.

Aanbevelingen

- Erken als JGZ-professional dat ADHD chronisch kan zijn, waarvoor medicatie ook een wezenlijk onderdeel kan zijn van de behandeling. Dit is essentieel voor het bereiken van een zo optimaal mogelijke medicatietrouw.
- Psychologische en pedagogische interventies en ondersteuning door hulpverleners dragen, naast frequente controles bij de voorschrijvende arts, bij aan een betere medicatietrouw.
- Goede samenwerking en afstemming tussen JGZ en voorschrijvend arts, psycholoog, ADHD-coach, hulpverlener, school, ouders en jeugdige en 2^e lijn is essentieel. Vraag altijd of de jeugdige zijn medicatie nog gebruikt en geef elke verandering door aan alle betrokkenen.

Literatuur bij Hoofdstuk 6

Chacko A, Newcorn JH, Feirsen N, Uderman JZ. Improving medication adherence in chronic pediatric health conditions: a focus on ADHD in youth. *Curr Pharm Des.* 2010;16(22):2416-23.

Charach A, Dashti B, Carson P, Booker L, Lim CG, Lillie E, Yeung E, Ma J, Raina P, Schachar R. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effectiveness of Treatment in At-Risk Preschoolers; Long-Term Effectiveness in All Ages; and Variability in Prevalence, Diagnosis, and Treatment [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2011 Oct.

Faraone, Stephen V. Biederman, Joseph Zimmerman, Brenda
An analysis of patient adherence to treatment during a 1-year, open-label study of OROS® methylphenidate in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, Vol 11(2), Nov, 2007. pp. 157-166.

Gezondheidsraad (2000): Diagnostiek en behandeling van ADHD. Gezondheidsraad: Den Haag, publicatie nr 2000/24.

Hack S, Chow B. (2001). Pediatric psychotropic medication compliance: a literature review and research-based suggestions for improving treatment compliance. *J Child Adolesc Psychopharmacol* Spring;11(1):59-67.

Ibrahim, El Sheikh R. (2002) Rates of adherence to pharmacological treatment among children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, Vol 17(5), Jul, 2002. pp. 225-231.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). Multidisciplinaire richtlijn ADHD: Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen. Utrecht: Trimbos-Instituut.

LHV (2008). Handreiking Samenwerking Huisarts en Jeugdgezondheidszorg.

Miller ML, Fee VE, Jones CJ. Psychometric properties of ADHD rating scales among children with mental retardation. *Res Dev Disabil* 2004; 25(5):477-492.

NICE (2009), Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults - National Clinical Practice Guideline Number 72. London: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists

NJI (te verschijnen). Richtlijn ADHD in de Jeugdzorg.

Rommelse, N. & Buitelaar, J. (2013). Aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis. In: I. Franken, P. Muris & D. Denys, Basisboek Psychopathologie, pp. 75-91, Utrecht: de Tijdstroom.

Sanchez RJ, Crismon ML, Barner JC, Bettinger T, Wilson JP (2005).
Assessment of adherence measures with different stimulants among children and adolescents. *Pharmacotherapy* Jul;25(7):909-17.

Takoni I. (2011) Clinical use of a modified release methylphenidate in the treatment of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Ann Gen Psychiatry* Sep 30;10:25.

Therapietrouwmonitor (www.therapietrouwmonitor.nl, geraadpleegd: najaar 2012)

Thiruchelvam D, Charach A, Schachar RJ. Moderators and mediators of long-term adherence to stimulant treatment in children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001 Aug;40(8):922-8.

Van Manen S, Beeres M, Oud M & Hassink-Franke L. ADHD in de eerste lijn. *Huisarts Wet* 2011;54(12):650-1.

7 Inventarisatie van kennislacunes; onderwerpen voor toekomstig onderzoek

- Onderzoek naar dieet, vitamine D en B omdat vanuit ouders deze vraag vaak komt en de Lydie Pelsser poli's die overal ontstaan.
- Onderzoek naar psychometrische kwaliteit van de BITSEA, ASQ:SE, TRF
- Onderzoek naar effectiviteit van neurofeedback
- Onderzoek naar de effectiviteit van diagnostiek van ADHD door de JGZ
- Onderzoek naar de effectiviteit van nacontrole incl. medicatiecontrole door de JGZ