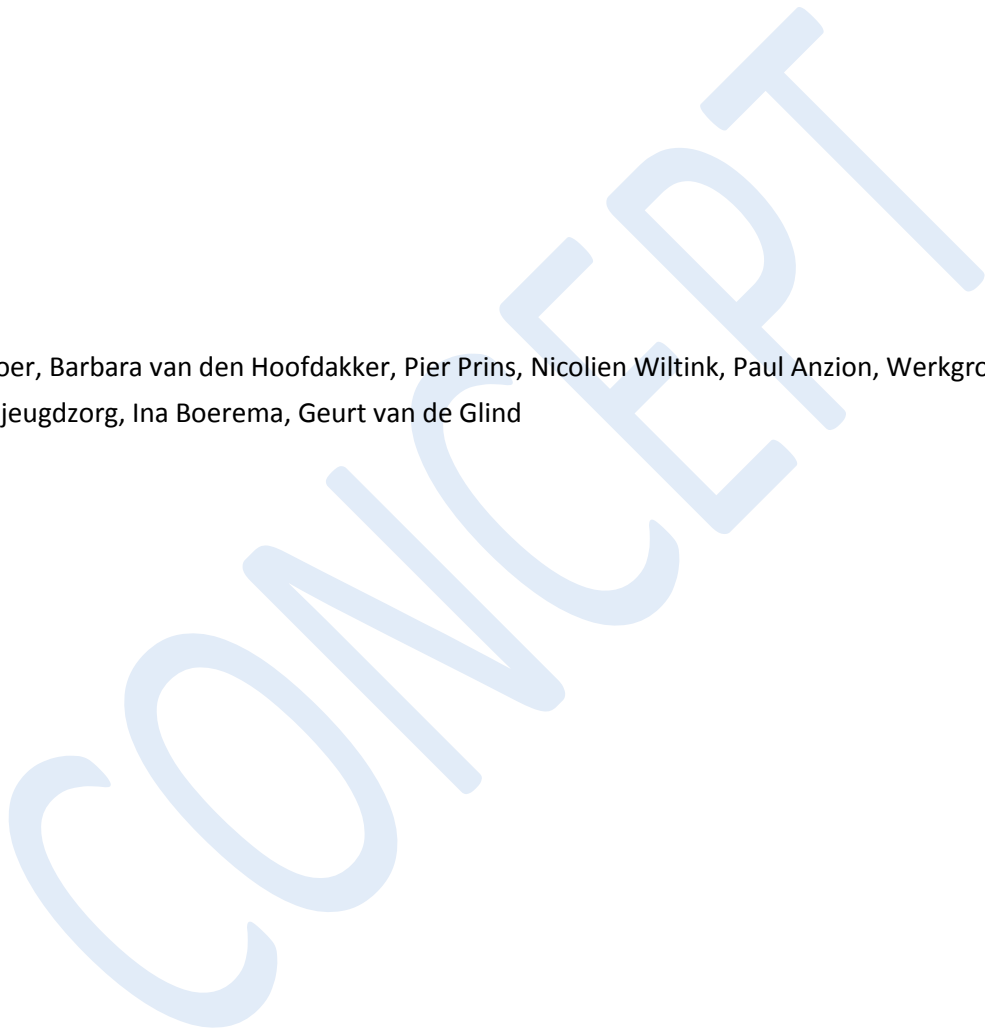


- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30

## **Richtlijn ADHD in de jeugdzorg**

Versie 02 december 2013

Frits Boer, Barbara van den Hoofdakker, Pier Prins, Nicolien Wiltink, Paul Anzion, Werkgroep Richtlijn ADHD-jeugdzorg, Ina Boerema, Geurt van de Glind



31 **Colofon**

32

33 Alle rechten zijn voorbehouden aan de beroepsverenigingen NIP, NVO en NVMW. Zij zijn de eigenaar  
34 van zowel de richtlijn als de onderbouwing van de richtlijn, de eventuele bijbehorende  
35 stroomschema's en overzichtskaarten, en de cliëntversie van deze richtlijn. De tekst van deze  
36 publicaties mag alleen worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd  
37 gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch,  
38 mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, na voorafgaande toestemming van de  
39 beroepsvereniging en/of de organisatie die de belangen van deze beroepsvereniging behartigt.  
40 Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail uitsluitend bij  
41 bovengenoemde organisaties aanvragen.

42

43 Het Trimbos-instituut heeft deze richtlijn geschreven in opdracht van het Nederlands Instituut van  
44 Psychologen (NIP), de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) en de  
45 Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW). Dit project werd mogelijk gemaakt  
46 door financiering van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, vanuit het Programma  
47 Richtlijnontwikkeling Jeugdzorg.

48

49 Zie voor meer informatie de website [www.richtlijnenjeugdzorg.nl](http://www.richtlijnenjeugdzorg.nl).

50

51 **Auteurs**

52 Frits Boer, Barbara van den Hoofdakker, Pier Prins, Nicolien Wiltink, Paul Anzion, Werkgroep Richtlijn  
53 ADHD-jeugdzorg, Ina Boerema, Geurt van de Glind

54

55 **Programmaleiding**

56 Flip Dronkers (programmamanager)

57 Herma Ooms

58 Karlijn Stals

59 Rosèl Stevens

60 Anneke van As

61

62 **Redactionele ondersteuning**

63 Paul Anzion Tekst en Schrijfadvis

64 Iris Dijkstra

65

66 **Projectleiding**

67 Geurt van de Glind

68 Ina Boerema (t/m oktober 2012)

69 Trimbos-instituut

70 Ca Costakade 45

71 3521 VS Utrecht

72

73

74

75

76

77	<b>Inhoud</b>	
78		
79	1 Inleiding .....	6
80	1.1 Wat is ADHD? .....	6
81	1.2 Doelgroep .....	6
82	1.3 Beoordeling van wetenschappelijk bewijsmateriaal.....	6
83	1.4 Betrokkenheid van cliënten bij de ontwikkeling van de richtlijn .....	6
84	1.5 Evaluatie, bijstelling en herziening van de richtlijn .....	7
85	1.6 Juridische betekenis van de richtlijn .....	7
86	1.7 Gedeelde besluitvorming .....	8
87	1.8 Diversiteit .....	9
88	1.9 Copyright .....	10
89	1.10 Leeswijzer .....	10
90	2 Uitgangsvragen.....	12
91	3 Wat is ADHD? .....	13
92	3.1 Normaal, overmatig of problematisch gedrag .....	13
93	3.2 ADHD herkennen.....	13
94	3.3 ADHD: epidemiologie, comorbiditeit en prognose .....	14
95	4 Diagnostisch proces.....	17
96	4.1 Signaleren en screenen .....	18
97	4.2 Diagnostische cyclus.....	19
98	4.2.1 Klachtanalyse.....	20
99	4.2.2 Probleemanalyse .....	20
100	4.2.3 Verklaringsanalyse.....	21
101	4.2.4 Indicatieanalyse.....	22
102	4.3 Motivatie .....	22
103	4.4 Aanbevelingen.....	23
104	5 Interventies, behandeling en begeleiding.....	25
105	5.1 Psycho-educatie .....	26
106	5.2 Keuze voor een interventie .....	27
107	5.3 Ambulante interventies voor kinderen tot zes jaar .....	28
108	5.3.1 Oudertrainingen .....	28
109	5.4 Ambulante interventies voor kinderen van zes tot twaalf jaar.....	29
110	5.4.1 Oudertrainingen .....	30
111	5.4.2 Kindgerichte interventies gericht op ADHD-symptomen.....	30
112	5.5 CGt-interventies vanaf 8 jaar .....	31
113	5.6 Ambulante interventies bij jongeren van twaalf tot achttien jaar.....	32
114	5.6.1 Brede gezinsinterventies .....	32
115	5.7 Residentiële interventies.....	33
116	5.8 Farmacotherapie binnen de jeugdzorg .....	33
117	5.8.1 Hulpmiddelen voor het bevorderen van medicatietrouw .....	34
118	5.8.2 Hulpmiddelen voor het bevorderen van medicatietrouw van met name jongeren.....	34
119	5.9 Andere en experimentele behandelingen.....	34
120	5.10 Aanbevelingen.....	36
121	6 Pedagogisch klimaat in gezin, school en groepsbehandeling .....	37

122	6.1	Een voorspelbare en stimulerende (groeps)omgeving .....	37
123	6.1.1	Een positief opvoedingsklimaat .....	38
124	6.1.2	Toepassen van CGt-principes door jeugdzorgwerkers in de praktijk.....	38
125	6.1.3	Cognitief-gedragstherapeutische technieken .....	38
126	6.1.4	Toepassing van de werkwijze .....	39
127	6.1.5	Gedragbeïnvloeding (volgens de operante leertheorie) .....	40
128	6.1.6	Praktische uitvoering van de opvoedingstechnieken.....	44
129	6.1.7	Betrekken omgeving.....	44
130	6.2	Samenwerking tussen jeugdzorg en school bij jeugdigen met ADHD.....	45
131	6.2.1	Interventies en zorgstructuren gericht op het bevorderen van de schoolgang van jeugdigen met gedragsproblemen, waaronder ADHD .....	45
133	6.2.2	School, ouderbetrokkenheid en zorg voor ouders en gezin .....	48
134	6.2.3	Zorg en hulpverlening aan jeugdigen op school .....	49
135	6.2.4	Inzet van de jeugdzorgprofessional om schoolgang te bevorderen .....	49
136	6.2.5	Leerlingen in (semi)residentiële voorzieningen .....	50
137	6.3	Aanbevelingen Positief pedagogisch klimaat.....	51
138		Bijlage 1: Diagnostische criteria van ADHD volgens DSM-5 .....	53
139		Bijlage 3: Overzicht van instrumenten ten behoeve van het diagnostisch proces .....	55
140		Bijlage 3: Overzicht van interventies bij ADHD .....	57
141		Bijlage 4: Korte beschrijving interventies.....	59
142		Bijlage 5: Informatie over medicatie bij ADHD.....	63
143		Bijlage 6: Literatuur .....	67
144			
145			
146			

147 **Kernaanbevelingen**

148

149 Een jeugdige hoort pas de diagnose ADHD te krijgen als hij aan de DSM 5-criteria voor ADHD voldoet,  
150 als hij in meerdere situaties ADHD-symptomen laat zien en als deze symptomen leiden tot  
151 beperkingen en uitval in deze situaties. Ga daarom niet alleen na of de jeugdige voldoende ADHD-  
152 symptomen heeft, maar kijk ook naar de situaties waarin deze symptomen zich voordoen en naar de  
153 gevolgen die dit heeft.

154

155 Pak ADHD op drie manieren aan:

- 156 1) geef psycho-educatie. Dit is een standaardonderdeel van iedere behandeling voor  
157 (ouders/leerkrachten van) kinderen in de basisschoolleeftijd;  
158 2) als medicatie onderdeel vormt van de behandeling, ga dan werking en bijwerkingen na en houd  
159 dan in de gaten of de jeugdige zijn medicatie (goed) gebruikt;  
160 3) bied oudertrainingen en gedragstherapeutische (school)interventies aan (zie ook werkkaart 3).

161

162 Cognitief Gedragstherapeutische-interventies (gericht op het kind) dienen altijd onderdeel te zijn van  
163 een multimodaal behandelprogramma, waarbij ook de ouders en de school actief betrokken zijn en  
164 generalisatie.

165

166 Bekrachtig gedrag dat adequaat is. Doe dit vijf keer vaker dan ongewenst gedrag af te zwakken.

167

168 Zorg voor een positief pedagogisch klimaat in het gezin, op school en/of in een residentiële  
169 behandelgroep.

170

171 Ondersteun de (behandeling van) de jeugdigen door CGt-principes toe te passen in de omgang met  
172 hen, gericht op een voorspelbare en stimulerende omgeving, duidelijke en heldere opdrachten en  
173 communicatie.

174

175 Zorg voor samenwerking tussen systeem, school en jeugdzorg op basis van één systeem, één plan,  
176 één regisseur.

177

178

## 179 **1 Inleiding**

### 180 **1.1 Wat is ADHD?**

181 ADHD staat voor Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. Het is een ontwikkelingsstoornis die  
182 zich vooral kenmerkt door gedragsproblemen. Daarmee overlapt het onderwerp van deze richtlijn  
183 met die van de *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen*. Daar waar mogelijk en voor de hand liggend is  
184 synergie met deze richtlijn gezocht. Diverse aanbevelingen uit deze richtlijn zijn overgenomen, al dan  
185 niet toegespitst op ADHD. Waar dit het geval is, wordt dit aangegeven. Hoofdstuk 3 gaat dieper in op  
186 de vraag wat ADHD wel en niet is.

### 187 **1.2 Doelgroep**

188 De richtlijn, de onderbouwing ervan en de bijbehorende werkkaarten, zijn primair bedoeld voor  
189 jeugdzorgprofessionals. Zij moeten ermee kunnen werken. Daarnaast is van de richtlijn een aparte  
190 cliëntversie gemaakt. Deze is primair bedoeld voor de cliënten: de jeugdigen en hun ouders.

### 191 **1.3 Beoordeling van wetenschappelijk bewijsmateriaal**

192 Om de kwaliteit van wetenschappelijk bewijsmateriaal te kunnen beoordelen, werd bij deze  
193 richtlijn de EBRO-systematiek gevolgd. In latere richtlijnen is deze methodiek vervangen door de  
194 systematiek van de Erkenningscommissie (Jeugd)interventies (Van Yperen en Van Bommel, 2009),  
195 met name omdat deze beter toegesneden is op de onderzoekspraktijk die in de jeugdzorg gangbaar  
196 is. Volgens deze laatste methode worden bij de beoordeling van het wetenschappelijke materiaal  
197 zeven niveaus onderscheiden. Deze lopen uiteen van 'zeer sterk bewijs' tot 'zeer zwak bewijs'.

198 De conclusies die uit de beoordeling van de wetenschappelijke studies voortvloeien, zijn  
199 weer in drie niveaus in te delen. Deze niveaus corresponderen met die van de Databank Effectieve  
200 Jeugdinterventies (DEJ). Voor deze richtlijn is gebruik gemaakt van een conversietabel om van EBRO-  
201 conclusies naar DEJ-conclusies te komen (Programma Richtlijnontwikkeling Jeugdzorg, april 2012).

### 202 **1.4 Betrokkenheid van cliënten bij de ontwikkeling van de richtlijn**

203 Cliënten zijn gedurende het hele proces bij de ontwikkeling van de richtlijn betrokken geweest. Zo  
204 hebben ze hun voorkeuren aangegeven bij het bepalen van de uitgangsvragen. Daarnaast hebben ze  
205 tijdens de proefimplementatie hun ervaringen met het werken vanuit de richtlijn kenbaar gemaakt.  
206 Bovendien is er een werkgroep van ervaringsdeskundigen (de zogenoemde cliëntentafel)  
207 geformeerd. Deze werkgroep is tijdens de ontwikkeling van de richtlijn geraadpleegd als er vragen  
208 waren. Ook hebben deze cliënten de cliëntversie van de richtlijn van commentaar voorzien. Door  
209 mee te denken over inhoud en formulering hebben zij een grote bijdrage geleverd aan de praktische

210 bruikbaarheid van de richtlijn. Dit geldt met name voor aspecten als de ongelijkheid tussen  
211 hulpverlener en cliënt, de ouder- en opvoedingsrelatie en zorgen om de jeugdige.

212 De cliënten zijn door het Landelijk Cliëntenforum Jeugdzorg (LCFJ)<sup>1</sup> benaderd om aan het  
213 project mee te werken. Het LCFJ is ook voorzitter van de cliëntentafel. Deze heeft geadviseerd om  
214 hulpverlening vanuit de richtlijn te baseren op gedeelde besluitvorming. Om cliënten goed te  
215 informeren en optimaal te betrekken bij afwegingen en beslissingen die hun aangaan, is, zoals  
216 gezegd, bovendien een cliëntversie van deze richtlijn ontwikkeld.

## 217 **1.5 Evaluatie, bijstelling en herziening van de richtlijn**

218 Deze richtlijn is gebaseerd op de kennis die tijdens het schrijven beschikbaar was. Nu de richtlijn is  
219 uitgebracht, wordt informatie verzameld over het gebruik van de richtlijn. De zo verzamelde  
220 feedback, maar ook nieuwe inzichten kunnen aanleiding zijn om de richtlijn bij te stellen. Het is  
221 gebruikelijk richtlijnen ongeveer eens in de vijf jaar te herzien, of eerder als daar aanleiding toe is.

222 Gedurende de looptijd van het Programma Richtlijnontwikkeling Jeugdzorg (tot en met  
223 december 2015) ziet de Stuurgroep Richtlijnontwikkeling Jeugdzorg toe op de bijstelling van de  
224 richtlijnen. Na afloop van de programmaperiode zal het beheer van de richtlijnen jeugdzorg worden  
225 overgedragen aan een daartoe op te zetten of aan te wijzen organisatie.

## 226 **1.6 Juridische betekenis van de richtlijn**

227 Deze richtlijn beschrijft wat onder goed professioneel handelen wordt verstaan. De kennis die tijdens  
228 het schrijven van de richtlijn beschikbaar was, vormt hierbij het uitgangspunt. Het gaat over kennis  
229 gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, maar ook over praktijkkennis en de  
230 voorkeuren van cliënten. Door deze kennis in kaart te brengen wil de richtlijn jeugdzorgprofessionals  
231 houvast bieden. Het idee is dat zij de kwaliteit van hun beroepsmatig handelen vergroten als ze de  
232 richtlijn volgen. Ook kan de richtlijn cliënten helpen om de juiste keuzes te maken.

233 Richtlijnen zijn alleen geen juridische instrumenten. Dat wil zeggen dat ze geen juridische  
234 status hebben, zoals een wet, of zoals regels die op een wet gebaseerd zijn. Ze kunnen wel juridische  
235 betekenis hebben. Daarvoor moet de richtlijn allereerst door de beroepsgroep worden  
236 onderschreven. De nu voorliggende richtlijn is aangenomen door drie beroepsverenigingen (NIP,  
237 NVO en NVMW). Deze zijn representatief voor de beroepsgroepen die werkzaam zijn in de jeugdzorg.  
238 Samen werken ze aan het ontwikkelen van richtlijnen. Maar de juridische betekenis van een richtlijn  
239 hangt ook af van diens praktische bruikbaarheid. De richtlijn moet bijvoorbeeld niet te vaag of te  
240 algemeen gesteld zijn. Hij dient aan te geven waarop hij precies betrekking heeft, zonder zo  
241 'dichtgetimmerd' te zijn dat er weinig of niets van de eigen verantwoordelijkheid van de professional  
242 overblijft. Kunnen jeugdzorgwerkers in de praktijk goed met de richtlijn uit de voeten, dan zegt dat  
243 iets over de kwaliteit en daarmee de waarde van die richtlijn.

244 Essentieel is dat richtlijnen niet bindend zijn. De jeugdzorgprofessional kán er daarom van  
245 afwijken. Hij móet er zelfs van afwijken als daarmee – naar zijn oordeel – de belangen van de cliënt  
246 beter zijn gediend. Het is wel van groot belang dat de beroepsbeoefenaar kan motiveren waarom hij  
247 van de richtlijn is afgeweken. Hij moet zijn overwegingen en beslissingen zorgvuldig kunnen

---

<sup>1</sup> Het LCFJ is april 2012 gefuseerd met LOC zeggenschap in zorg.

248 onderbouwen. Daarom moeten ze ook in het dossier worden opgenomen. Op deze manier kan de  
249 professional verantwoording afleggen over zijn beroepsmatig handelen. Niet alleen aan de cliënt,  
250 maar eventueel ook aan de tuchtrechter.

## 251 **1.7 Gedeelde besluitvorming**

252 Het is van groot belang dat de jeugdzorgprofessional ouders en jeugdige uitnodigt tot samenwerking  
253 en hen gedurende het hele proces bij de besluitvorming betreft. Actieve deelname van ouders en  
254 jeugdige bevordert namelijk het effect van de hulpverlening. Uitgangspunt is dan ook dat de wensen  
255 en verwachtingen van de ouders en jeugdigen leidend zijn. Hún ervaringen, hún kijk op de  
256 problematiek en de oplossing ervan vormen het uitgangspunt voor de afwegingen die de  
257 professional maakt.

258 Nu kunnen ouders en jeugdige pas echt als volwaardig partner meedenken en meepraten als  
259 zij voldoende geïnformeerd zijn. De richtlijn kan hierbij helpen. De professional spreekt deze richtlijn  
260 uitvoerig met ouders en jeugdige door en wijst hen op het bestaan van een cliëntversie. Hij legt de  
261 stappen in het zorgproces uit op een manier die voor ouders en jeugdige begrijpelijk is, houdt  
262 rekening met de emoties die zijn verhaal oproept en biedt ouders en jeugdige de ruimte om te  
263 reageren. Hij legt hun uit welke keuzemogelijkheden er zijn, om vervolgens samen na te gaan hoe zij  
264 tegen deze opties aankijken. Welke voorkeuren hebben ze en wat willen ze juist *niet*? In principe  
265 volgt de professional bij de besluitvorming de voorkeur van ouders en jeugdige. Is de veiligheid van  
266 de jeugdige in het geding, dan kan dat mogelijk niet. De professional legt in zo'n geval duidelijk uit  
267 waarom hij een andere keuze maakt, en wat daarvan de consequenties zijn.

268 Zo komt er een proces van gedeelde besluitvorming (*shared decision making*) op gang.  
269 Professionals, ouders én jeugdige hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om het zorgproces  
270 te laten slagen. Zij moeten dus samenwerken. Onder samenwerking wordt verstaan dat de  
271 jeugdzorgprofessional:

- 272 • luistert naar de verwachtingen en wensen van ouders en jeugdige. Deze zijn leidend in het hele  
273 proces. Maakt de professional een afwijkende keuze, dan legt hij uit waarom hij dat doet;
- 274 • ouders en jeugdige (indien van toepassing met behulp van deze richtlijn) informeert wat wel en  
275 niet werkt bij bepaalde problemen;
- 276 • ouders en jeugdige uitleg geeft over de verschillende stappen in het proces van diagnostiek en  
277 behandeling;
- 278 • ouders en jeugdige verschillende hulpmogelijkheden voorlegt die van toepassing zijn op hun  
279 situatie; de voor- en nadelen van elke optie bespreekt (liefst door cijfers/feiten ondersteund); en  
280 nagaat welke voorkeuren ouders en jeugdige hierin hebben;
- 281 • er voortdurend rekening mee houdt dat het ouders en jeugdige aan kracht, vaardigheden of  
282 inzicht kan ontbreken om optimaal van de aangeboden hulp gebruik te maken. Het expliciet delen  
283 van deze omstandigheden en pogen hierover (meer) gedeeld perspectief te krijgen, is  
284 noodzakelijk om samen tot een besluit te komen waarin ouders en jeugdige zich het best kunnen  
285 vinden;
- 286 • niet alleen oog heeft voor de jeugdige, maar voor het hele gezin;
- 287 • zich aanpast aan het tempo van ouders en jeugdige bij het doorlopen van het proces, tenzij de  
288 jeugdige acuut in gevaar is. In dat geval dient de jeugdzorgprofessional uit te leggen waarom  
289 bepaalde stappen nu genomen moeten worden;



- 290 • zijn taalgebruik afstemt op het opleidingsniveau en het taalgebruik van ouders en jeugdige;
- 291 • ouders bij een zorgsignaal zo snel mogelijk betreft;
- 292 • ouders in een open sfeer uitnodigt tot samenwerking;
- 293 • open en niet-veroordelend luistert naar het individuele verhaal van elke ouder en elke jeugdige;
- 294 • open en niet-veroordelend luistert naar de problemen die ouders en jeugdige ervaren;
- 295 • oog heeft voor de mate waarin ouders zich gestuurd voelen dan wel vrijwillig hulp hebben
- 296 gezocht;
- 297 • uitgaat van de kracht en motivatie van ouders om in de opvoeding bepaalde doelen te bereiken;
- 298 • met ouders en jeugdige afstemt wat reëel en 'goed genoeg' is.

299

300 Maar ook de ouders, en indien van toepassing ook de jeugdigen, dienen mee te werken. Dit houdt in  
301 dat zij:

- 302 • zich bewust zijn van hun verantwoordelijkheid en mogelijkheden om het zorgproces te laten
- 303 slagen;
- 304 • zelf de regie hebben, mits zij het belang van de jeugdige (waaronder de veiligheid) vooropstellen;
- 305 • bereid zijn tot samenwerking met de jeugdzorgprofessional;
- 306 • openstaan voor de kennis en ervaring van de professional;
- 307 • vragen om advies, en proberen iets met dat advies te doen;
- 308 • ondersteuning toestaan als zij zelf onvoldoende mogelijkheden hebben om een advies op te
- 309 volgen;
- 310 • op tijd aangeven dat iets niet werkt of niet past;
- 311 • eventueel om extra ondersteuning en/of een andere jeugdzorgprofessional vragen;
- 312 • zelf hun mening en ideeën naar voren brengen.

313

314 Gedeelde besluitvorming is dus zowel in het vrijwillige als in het gedwongen kader van toepassing. In  
315 het gedwongen kader kunnen er wel minder keuzeopties zijn, of kunnen er aan bepaalde keuzes  
316 andere voorwaarden of consequenties zijn verbonden. Dit maakt het zorgproces gecompliceerd,  
317 maar onderstreept het belang van een goede samenwerking. Ouders en jeugdige dienen ook bij zorg  
318 in een gedwongen kader uitvoerig geïnformeerd te worden over de eventuele keuzemogelijkheden,  
319 de maatregelen die worden genomen, en over hun rechten en plichten hierin. De professional dient  
320 regelmatig te vertellen welke stappen er worden gezet en wat er van ouders en jeugdige verwacht  
321 wordt.

322 De professional moet zijn overwegingen en beslissingen zorgvuldig kunnen onderbouwen. Hij  
323 hoort hiervan aantekening te maken in het dossier.

## 324 **1.8 Diversiteit**

325 Om een goede behandelrelatie te kunnen opbouwen, is goed contact met de ouders van belang. Nu  
326 vinden niet alle ouders het even makkelijk hulpverleners te vertrouwen. Neem daarom voldoende  
327 tijd om dit vertrouwen te winnen. Houd er rekening mee dat ouders een ander referentiekader  
328 kunnen hebben dan jijzelf. Ze denken bijvoorbeeld dat de ziekte van hun kind een andere oorzaak  
329 heeft dan jij denkt, of ze kijken anders tegen opvoeden aan. Onderzoek met welke verwachtingen de  
330 ouders komen en wees je bewust van de verwachtingen die jij van de ouders hebt. Ouders kunnen  
331 ook weerstand hebben tegen de bemoeienis van (overheids)instanties bij de opvoeding van hun

332 kind. In zulke situaties zul je meer tijd nodig hebben om het vertrouwen te winnen.

333 Er zijn ook ouders die niet goed met het gangbare schriftelijke materiaal uit de voeten  
334 kunnen, bijvoorbeeld doordat ze de taal niet goed machtig zijn of lager zijn opgeleid. Zij kunnen ook  
335 moeite hebben met bepaalde interventies, omdat deze uitgaan van een taalvaardigheid en een  
336 abstractievermogen dat bij deze groep niet voldoende aanwezig is. Zorg daarom voor begrijpelijk  
337 voorlichtingsmateriaal, en kies voor een interventie die aansluit bij de capaciteiten van de ouders.

## 338 **1.9 Copyright**

339 Alle rechten zijn voorbehouden aan de beroepsverenigingen NIP, NVO en NVMW. Zij zijn de eigenaar  
340 van zowel de richtlijn als de onderbouwing van de richtlijn, de eventuele bijbehorende  
341 stroomschema's en overzichtskaarten, en de cliëntversie van deze richtlijn. De tekst van deze  
342 publicaties mag alleen worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd  
343 gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch,  
344 mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, na voorafgaande toestemming van de  
345 beroepsvereniging en/of de organisatie die de belangen van deze beroepsvereniging behartigt.  
346 Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail uitsluitend bij  
347 bovengenoemde organisaties aanvragen.

348  
349 Het Trimbos-instituut heeft deze richtlijn geschreven in opdracht van het Nederlands Instituut van  
350 Psychologen (NIP), de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) en de  
351 Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW). Dit project werd mogelijk gemaakt  
352 door financiering van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, vanuit het Programma  
353 Richtlijnontwikkeling Jeugdzorg.

354  
355 Zie voor meer informatie de website [www.richtlijnenjeugdzorg.nl](http://www.richtlijnenjeugdzorg.nl).

## 356 **1.10 Leeswijzer**

357 Deze richtlijn start, na deze inleiding, in hoofdstuk 2 met een weergave van de uitgangsvragen. Deze  
358 uitgangsvragen hebben experts op het gebied van ADHD in samenspraak met het veld opgesteld.

359 Hoofdstuk 3 beschrijft wat ADHD is. Vervolgens wordt in de daaropvolgende hoofdstukken  
360 antwoord gegeven op de uitgangsvragen. Hoofdstuk 4 gaat daarbij in op het diagnostisch proces  
361 (werkkaart 1); hoofdstuk 5 op interventies, behandeling en begeleiding (werkkaarten 2 en 3 ). We  
362 besteden aparte aandacht aan farmacotherapie en de rol die jeugdzorgprofessionals daarbij hebben.  
363 Tenslotte zoomt hoofdstuk 6 in op het pedagogische klimaat in het gezin, op school en in de  
364 groepsbehandeling (werkkaart 4). In dit hoofdstuk komt ook de samenwerking tussen jeugdzorg,  
365 school en gezin ter sprake. Hierin wordt een aantal zorgstructuren, projecten en interventies  
366 besproken die specifiek zijn voor het onderwijs. Ze staan in deze richtlijn kort beschreven, omdat een  
367 jeugdzorgprofessional er wel over hoort, mee te maken krijgt, of er zelf aan deelneemt. Geen zaken  
368 dus om iets mee te moeten doen als jeugdzorgprofessional, wel handig om te weten, en misschien  
369 scholen op te attenderen.

370 In bijlage 1 staan de diagnostische criteria voor ADHD volgens de DSM 5 genoemd. In bijlage  
371 2 zijn de instrumenten beschreven die ingezet kunnen worden in het diagnostisch proces. Als bijlage

372 3 is opgenomen een lijst met kenmerken van interventies die bij ADHD kunnen worden ingezet  
373 (werkkaart 5).Bijlage 4 geeft een korte beschrijving van de interventies. In bijlage 5 vindt u  
374 informatie over verschillende vormen van medicatie die gebruikt worden in de behandeling van  
375 ADHD.

376

### 377 **Omschrijving van de gebruikte begrippen**

378 Onder 'jeugdzorgprofessionals' worden zowel 'gedragswetenschappers' (psychologen,  
379 schoolpsychologen, pedagogen of anderen met een gedragswetenschappelijke opleiding) verstaan  
380 als hbo-opgeleide 'jeugdzorgwerkers'. Met sommige aanbevelingen kunnen beide groepen hun  
381 voordeel doen, andere zijn vooral van toepassing op jeugdzorgwerkers of juist op  
382 gedragswetenschappers. Waar dit onderscheid van belang is, wordt specifiek over  
383 gedragswetenschappers dan wel over jeugdzorgwerkers gesproken.

384

385 Voor het overige hanteren we de volgende termen.

- 386 • Onder 'jeugdigen' worden zowel 'kinderen' (tot twaalf jaar) als 'jongeren' (van dertien tot  
387 achttien jaar) verstaan.
- 388 • Met 'ouders' worden de primaire opvoeders van de jeugdige bedoeld, dat wil zeggen diegenen  
389 die de opvoeding en verzorging van hun kind grotendeels op zich nemen. Met de term 'ouders'  
390 worden ook 'verzorgers', 'de ouder' of 'de verzorger' bedoeld.
- 391 • De term 'schooluitval' wordt zowel gebruikt voor de uitstroom van leerlingen zonder diploma als  
392 voor uitstroom zonder startkwalificatie (voortijdig schoolverlaten). Onder 'schoolverzuim' wordt  
393 spijbelen of ongeoorloofd verzuim tot vier weken verstaan.
- 394 • Waar in de tekst gesproken wordt over 'hij' of de mannelijke vorm, kan ook 'zij' of de vrouwelijke  
395 vorm worden gelezen.

396

397

398 **2        Uitgangsvragen**

- 399     • Hoe herken je ADHD? Hoe ziet het diagnostisch proces eruit wanneer jeugdigen worden  
400        aangemeld met een vermoeden van ADHD? Welk type diagnostische instrumenten moet bij welke  
401        leeftijdsgroep gebruikt worden? (hoofdstuk 4)  
402
- 403     • Welk type interventie is het meest effectief voor welke leeftijdsgroep? Welke interventies zijn in  
404        welke behandelsetting het meeste geëigend? (hoofdstuk 5)
- 405     • Hoe kunnen jeugdzorgprofessionals het gezin en de school ondersteunen bij farmacotherapie?  
406        (hoofdstuk 5)  
407
- 408     • Hoe zorg je voor een positief pedagogisch klimaat voor jeugdigen met ADHD? (hoofdstuk 6)
- 409     • Welke specifieke opvoedtechnieken van beroepsopvoeders die jeugdigen met ADHD in  
410        groepsverband behandelen (dagbehandeling en residentieel) dragen bij aan het hanteerbaar  
411        maken van ADHD? (hoofdstuk 6)
- 412     • Hoe kunnen jeugdzorgprofessionals bevorderen dat jeugdigen met ADHD op school en in andere  
413        leefomgevingen kunnen (blijven) functioneren? (hoofdstuk 6)  
414  
415  
416

## 417 **3 Wat is ADHD?**

### 418 **3.1 Normaal, overmatig of problematisch gedrag**

419 Alle menselijke kenmerken kennen variatie. Dit geldt zeker voor beweeglijkheid. Die varieert in de  
420 loop van de dag (weinig in diepe slaap, veel bij bijvoorbeeld hardlopen), in de loop van het leven  
421 (gemiddeld meer bij jonge kinderen dan bij ouderen) en van mens tot mens. Iemands gemiddelde  
422 niveau van beweeglijkheid is een onderdeel van zijn temperament. Elk temperamentstype kent,  
423 afhankelijk van de situatie, voor- of nadelen. Dit geldt ook voor een drukke of juist kalme aard.

424 Wat voor beweeglijkheid geldt, is evenzeer van toepassing op aandacht. Die is variabel al  
425 naar gelang de omstandigheden, de levensfase en de persoon. Aandacht kan gericht, maar ook  
426 vluchtig zijn. Beide uitersten, maar ook de niveaus van aandacht daartussenin, brengen risico's en  
427 kansen met zich mee, afhankelijk van de situatie.

428 Wanneer een jeugdige zo beweeglijk is en zo snel is afgeleid dat zijn functioneren er in  
429 negatieve zin door wordt beïnvloed in meerdere sociale situaties (gezin, school, verenigingen,  
430 vriendschappen), is er sprake van overmatigheid. Van ADHD wordt gesproken als, zoals we hieronder  
431 zullen zien, deze overmatigheid tot *ernstige* beperkingen van het functioneren leidt. De diagnose  
432 ADHD kan dus pas gesteld worden bij aanwezigheid van *voldoende symptomen*, optreden van die  
433 symptomen *in meerdere sociale situaties*, die vervolgens leiden tot *ernstige beperkingen* in het  
434 functioneren.

435  
436 ADHD (*Attention Deficit/Hyperactivity Disorder* ofwel aandachtstekortstoornis met  
437 hyperactiviteit/impulsiviteit) is een externaliserende gedragsstoornis: storend gedrag hangt samen  
438 met de omgeving van de jeugdige. ADHD is de meest voorkomende externaliserende gedragsstoornis  
439 bij jeugdigen. Toch is ADHD niet uitsluitend externaliserend: bij jeugdigen met deze stoornis kunnen  
440 ook internaliserende problemen als angst en somberheid voorkomen.

441 Tussen jeugdigen met ADHD bestaan net zo veel verschillen als tussen 'gewone' jeugdigen.  
442 Jeugdigen met ADHD verschillen ook in mate van ADHD-gedrag. Ze zijn dus niet altijd en ook niet  
443 allemaal even druk, impulsief of ongeconcentreerd.

444 Een jeugdige kan de diagnose ADHD slechts dan krijgen als hij aan de DSM 5-criteria voor  
445 ADHD voldoet. Dit betekent dat er voldoende symptomen aanwezig moeten zijn, dat een deel van  
446 deze symptomen aanwezig moeten zijn voor het 12<sup>e</sup> levensjaar, dat hij in meerdere situaties ADHD-  
447 symptomen laat zien en dat deze symptomen leiden tot beperkingen en uitval in deze situaties.  
448 Tenslotte mogen de symptomen niet verklaard worden door een andere psychiatrische stoornis.  
449

### 450 **3.2 ADHD herkennen**

451 Degenen die vaak als eerste constateren dat er iets aan de hand is, zijn de ouders, medewerkers van  
452 de kinderopvang/peuterspeelzaal of de school, de huisarts of (tijdens het periodiek geneeskundige  
453 onderzoek) medewerkers van de jeugdgezondheidszorg. Soms is er niet meer dan een 'niet-

454 pluisgevoel', zonder dat iemand denkt aan een specifieke stoornis; soms wordt direct al aan ADHD  
 455 gedacht. Voor alle duidelijkheid: het is pas ADHD, als er een diagnose is gesteld (zie paragraaf 0).  
 456 De beschrijvingen uit het DSM 5-classificatiesysteem worden gebruikt voor diagnose, maar kunnen  
 457 ook helpen om gedrag te kunnen herkennen dat wijst in de richting van ADHD. Deze diagnostische  
 458 criteria, de voorwaarden waaraan moet worden voldaan om van ADHD te kunnen spreken, zijn  
 459 opgenomen als bijlage 1 bij deze richtlijn. Daar worden de criteria weergegeven zoals die onlangs zijn  
 460 gepubliceerd voor de DSM 5.

461  
 462 Er worden in de DSM 5 drie types ADHD onderscheiden:

- 463 • type 1: het overwegend niet-oplettende type (ook wel ADD, Attention Deficit Disorder, genoemd);
- 464 • type 2: het impulsieve/hyperactieve type;
- 465 • type 3: het gemengde type (zowel type 1 als type 2 is aanwezig).

466  
 467 Hieronder staat een aantal opvallende gedragskenmerken die kunnen helpen om eventuele ADHD te  
 468 herkennen, niet om ADHD vast te stellen. Dat gebeurt eerst na het doorlopen van de diagnostische  
 469 cyclus (paragraaf 0)

470

ADHD – overwegend hyperactief/impulsief type	ADHD – overwegend onoplettend type
<ul style="list-style-type: none"> <li>• moeilijk stil kunnen blijven zitten;</li> <li>• snel zijn afgeleid;</li> <li>• moeilijk op hun beurt kunnen wachten;</li> <li>• van de ene activiteit naar de andere hollen;</li> <li>• niet rustig kunnen spelen;</li> <li>• overdreven veel praten;</li> <li>• anderen in de rede vallen;</li> <li>• niet luisteren naar wat anderen zeggen;</li> <li>• zich vaak in gevaarlijke situaties storten;</li> <li>• moeilijk instructies kunnen volgen;</li> <li>• meer extreem (over- dan wel minimaal gevoelig) reageren op straf en beloning;</li> <li>• veel kwijtraken of vaak iets verliezen;</li> <li>• moeilijk blijvend de aandacht kunnen richten;</li> <li>• zichzelf moeilijk onder controle kunnen houden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dromerig zijn;</li> <li>• passief lijken;</li> <li>• teruggetrokken zijn;</li> <li>• ongeorganiseerd en vergeetachtig zijn;</li> <li>• niet lijken te luisteren;</li> <li>• vaak dingen kwijt zijn;</li> <li>• gemakkelijk afgeleid worden;</li> <li>• moeite hebben met het sociale gebeuren in de klas.</li> </ul> <p>Bij jeugdigen met het overwegend onoplettende type is in vergelijking met het hyperactieve/impulsieve type vooral de hyperactiviteit minder zichtbaar.</p>

471 **3.3 ADHD: epidemiologie, comorbiditeit en prognose**

472 **Epidemiologie**

473 Op basis van voornamelijk buitenlands onderzoek wordt aangenomen dat drie tot vijf procent van de  
 474 jeugdigen onder de zestien jaar lijdt aan ADHD. Onder jongvolwassenen zou dat een tot drie procent  
 475 zijn. Bij dergelijke schattingen is de gehanteerde onderzoeksmethode (criteria, meetinstrumenten)  
 476 zeer belangrijk.

477 ADHD wordt vaker vastgesteld bij jongens dan bij meisjes. Uit bevolkingsonderzoeken blijkt  
478 dat twee- tot driemaal zoveel jongens als meisjes ADHD hebben, terwijl bij jeugdigen die in  
479 behandeling zijn het aantal jongens zelfs vijfmaal groter is dan het aantal meisjes. Bij volwassenen  
480 met ADHD liggen deze verhoudingen meer gelijk.

481 Naarmate kinderen ouder worden, verandert het beeld van de ADHD/ADD-  
482 problematiek. Staan in de vroege kinderjaren de gedragsproblemen vaak voorop, tijdens de  
483 basisschool komen de problemen met taakgerichtheid meer naar voren. In de kindertijd wordt  
484 bijvoorbeeld bij ongeveer een kwart van de jeugdigen met ADHD ook een leerstoornis aangetroffen.  
485 In de adolescentie worden vooral risicogedrag en sociale problemen gezien.

486  
487 Ook kan het type ADHD in de loop van het leven veranderen. Jeugdigen met het  
488 hyperactieve/impulsieve type gaan op latere leeftijd vaak naar het gecombineerde type over (Lahey  
489 et al., 2005).

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

494

#### 495 Comorbiditeit

496 Symptomen van ADHD kunnen samenhangen met andere (psychische) problemen of stoornissen.  
497 Comorbiditeit komt veel voor bij ADHD. Bevolkingsonderzoek laat zien dat ongeveer twee op de drie  
498 mensen met ADHD tenminste één andere psychische stoornis of ander probleem heeft (Gillberg et  
499 al., 2004). De meest voorkomende comorbide stoornissen zijn de oppositioneel opstandige  
500 gedragsstoornis (ODD), antisociale gedragsstoornis (CD), depressie, angststoornissen, ticstoornissen,  
501 leerstoornissen, slaapstoornissen en motorische stoornissen. Bij jeugdigen met ADHD kan zich  
502 bovendien, soms in combinatie met de hiervoor genoemde stoornissen, een antisociale of een  
503 borderline persoonlijkheidsstoornis ontwikkelen. Daarnaast vormt ADHD alleen, maar zeker in  
504 combinatie met ODD/CD, een risico op het ontwikkelen van verslavingsproblemen. Er zijn  
505 aanwijzingen dat behandeling van ADHD met medicatie deze ontwikkeling vertraagt en mogelijk  
506 voorkomt (Faraone & Wilens, 2007).

507 ADHD-symptomen komen ook voor bij jeugdigen met andere psychische stoornissen, zoals  
508 autisme. Bij de screening op ADHD dient ook op comorbide problemen en stoornissen worden gelet.  
509 Daarnaast kunnen ADHD-symptomen ook een uiting zijn van een andere onderliggende  
510 psychiatrische stoornis. Het is dus van groot belang voor zulke stoornissen oog te hebben.

511

#### 512 Prognose

513 Er is lang verondersteld dat ADHD een rijpingsprobleem was dat vanzelf zou verdwijnen met het  
514 ouder worden. Het blijkt echter gecompliceerder. Bij één van elke drie behandelde adolescenten met  
515 ADHD blijft de diagnose ook na het achttiende jaar van kracht. Bij één van de drie van de behandelde  
516 adolescenten blijven de klachten in een iets lichtere, maar nog altijd hinderlijke vorm bestaan.  
517 Slechts bij één op de drie verdwijnen de symptomen vrijwel helemaal. ADHD blijkt in Nederlands  
518 epidemiologisch onderzoek bij 1 tot 2,5 % van de volwassen bevolking voor te komen. Volwassenen  
519 met ADHD blijken nog steeds veel klachten te ervaren en vallen vaak uit op meerdere domeinen,

520 bijvoorbeeld op het werk (De Graaf et al., 2012). Voor deze mensen is het een chronische  
521 aandoening geworden<sup>2</sup>.

522

CONCEPT

---

<sup>2</sup> Chronisch wordt hier niet in de betekenis gebruikt van 'levenslang', maar in die van (veel) langer dan acut (waarvoor normaal gesproken zes maanden staat).



## 523 4 Diagnostisch proces

524

### 525 **Kernaanbeveling**

526

527

528 *Analyseer na de eerste screening de klachten (=hoe de jeugdige en zijn ouders de problemen*  
529 *beleven), de aard en ernst van het probleem zelf, en de factoren die bijdragen aan het*  
530 *veroorzaken of in stand houden van het probleem. Kijk naar de ontwikkelingsgeschiedenis van*  
531 *het kind en naar eventuele aanwijzingen in de vroege geschiedenis voor het ontwikkelen van*  
532 *de ADHD.*

533 *Een jeugdige hoort pas de diagnose ADHD te krijgen als hij aan de DSM 5-criteria voor ADHD*  
534 *voldoet, als hij in meerdere situaties ADHD-symptomen laat zien en als deze symptomen*  
535 *leiden tot beperkingen en uitval in deze situaties. Ga daarom niet alleen na of de jeugdige*  
536 *voldoende ADHD-symptomen heeft, maar kijk ook naar de situaties waarin deze symptomen*  
537 *zich voordoen en naar de gevolgen die dit heeft.*

538 *> Werkkaart 1*

539

540

### 541 **Uitgangsvraag**

542

- 543 • Hoe herken je ADHD? Hoe ziet het diagnostisch proces eruit wanneer jeugdigen worden  
544 aangemeld met een vermoeden van ADHD? Welk diagnostische instrumenten moeten bij welke  
545 leeftijdsgroep gebruikt worden?

546

547

### 548 **Introductie**

549 Het diagnostisch proces is een cyclisch proces met een aantal vaste onderdelen:

- 550 1) signalering (van meer algemene problematiek). Signaleringsinstrumenten helpen om te bepalen  
551 of er iets aan de hand is.
- 552 2) screening (op meer specifieke stoornissen): in welke richting wijst de problematiek? Is er  
553 misschien sprake van ADHD? Onderzoek en instrumenten kunnen helpen om vermoedens van  
554 ADHD verder te bevestigen.
- 555 3) Diagnostiek: bevestiging of uitsluiting van specifieke stoornissen, met daarnaast verzamelen van  
556 informatie om de in te zetten begeleiding/behandeling te sturen.

557

558 De hoofdactiviteiten in de hulpverlening bij ADHD vallen uiteen in twee groepen: diagnostiek en  
559 interventie. Hoewel de diagnostische cyclus officieel alleen betrekking heeft op de stappen  
560 voorafgaand aan de uitvoering van een interventie, staat deze niet los van de interventie zelf.  
561 Doorgaans worden interventies namelijk niet allemaal tegelijk ingezet, maar stapsgewijs afhankelijk  
562 van de ernst van de problemen, de zogenoemde *stepped care* benadering. Om het effect van de  
563 behandeling te beoordelen zal ook weer diagnostiek nodig zijn.

## 564 4.1 Signaleren en screenen

565 *Signalering* is het proces waarbij ouders, hulpverleners en leerkrachten bepaalde kenmerken in het  
566 gedrag van de jeugdige als opvallend beoordelen en vermoeden dat deze kenmerken de ontwikkeling  
567 van de jeugdige negatief beïnvloeden.

568 In het algemeen is het essentieel om zo vroeg mogelijk in de ontwikkeling de eerste signalen  
569 van probleemgedrag (zoals van ADHD) te registreren. Later wordt er namelijk teruggevraagd naar die  
570 eerste signalen: was er al eerder in de ontwikkeling sprake van gedrag dat (achteraf) wijst op ADHD?

571 Als er een vermoeden bestaat dat er iets met een jeugdige aan de hand is, maar de ernst van  
572 de problemen is nog niet duidelijk, dan bieden signaleringsinstrumenten ondersteuning.

573  
574 Voor de onderbouwing van keuzes in instrumenten wordt verwezen naar de Richtlijn ADHD-  
575 Jeugdgezondheidszorg/ huisartsenzorg, welke gelijktijdig met deze richtlijn is ontwikkeld (Richtlijn  
576 ADHD-jgz/ha, in ontwikkeling).

577  
578  
579 Instrumenten die kunnen worden ingezet om gedragsproblemen en psychosociale problemen te  
580 signaleren en te inventariseren zijn:

- 581 • Child Behavior Checklist (CBCL), met varianten:
  - 582 ○ (Caregiver-)Teacher's Report Form ((C-)TRF);
  - 583 ○ Youth Self Report (YSR);
- 584 • Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ);

585  
586 Zie voor een beschrijving (in kenmerken) van deze instrumenten bijlage 2. De SDQ kan gebruikt  
587 worden bij jeugdigen vanaf drie jaar en negen maanden. Voor jongere kinderen is geen geschikt  
588 signaleringsinstrument voorhanden.

589  
590 Bij bevestiging van het vermoeden volgt een uitgebreide anamnese. Doel hiervan is om te kijken of er  
591 het gedrag op een alternatieve manier verklaard kan worden. Allereerst wordt er afgewogen of het  
592 gedrag van deze jeugdige nog onder de normale ontwikkeling valt of niet. Somatische oorzaken  
593 worden uitgesloten. Ook wordt gekeken naar algehele leerachterstand (door bijvoorbeeld een laag  
594 IQ) en naar specifieke uitval (taal, spelling, rekenen). In deze signaleringsfase wordt er ook gekeken  
595 of het gedrag zich op meerdere leefterreinen voordoet: school, thuis, kinderopvang enz.

596  
597 Is duidelijk dat er sprake is van gedragsproblematiek, dan volgt *screening*. Hierbij worden  
598 instrumenten gebruikt die nagaan of aan de criteria van ADHD volgens de DSM 5 wordt voldaan.  
599 Jeugdzorgprofessionals dienen zich wel te realiseren dat een positieve uitslag op een ADHD-  
600 screeningsinstrument nog niet betekent dat een jeugdige daadwerkelijk ADHD heeft. De diagnose  
601 ADHD wordt pas gesteld na zorgvuldig en uitgebreid diagnostisch onderzoek.

602

603 Voor screening, specifiek op ADHD, worden aanbevolen:

604 Voor kinderen van 5 en 6 jaar: Vragenlijst Voorloper ADHD (VVA).

605 Voor kinderen van 6-12: Conners' Parent en Teacher Rating Scale (CPRS en CTRS).

606 Voor kinderen en jeugdigen van 4-18 jaar: ADHD-vragenlijst (AVL).

607 Voor jeugdigen van 11-18 jaar: Youth Self Report (YSR).

608 Scoort een jeugdige positief op een screeningsinstrument, dan wordt deze verwezen voor  
609 diagnose naar een professional die bevoegd en bekwaam is in ADHD-diagnostiek: een kinderarts, een  
610 (kinder)psychiater binnen de Jeugd-GGZ, een Gz-psycholoog of een andere gedragsdeskundige die  
611 ervaring heeft met ADHD-diagnoses, of een huisarts die in deze problematiek gespecialiseerd is.  
612 Behalve dat zij moeten beschikken over een aantekening diagnostiek, moeten ze als diagnosticus  
613 voldoen aan de competenties in de competentiematrix die in de onderbouwing van deze richtlijn  
614 wordt genoemd en afkomstig is uit de multidisciplinaire richtlijn ADHD (2005).

615  
616 Deze periode van signalering en screening geeft voor ouders en jeugdige onzekerheid. Geef ze alvast  
617 voorlichting en lichte begeleiding, zodat ze beter om kunnen gaan met het gedrag. Werk hierin  
618 samen met leerkrachten en andere beroepsopvoeders (zie voor meer informatie hoofdstuk 6).

619 Houd rekening met mogelijk negatieve effecten van een vroege signalering van ADHD-  
620 signalen bij jeugdigen. Ouders en leerkrachten die van een kind horen dat het ADHD heeft, kunnen  
621 dat kind anders benaderen. Dit is niet altijd in het voordeel van het kind.

## 622 **4.2 Diagnostische cyclus**

623 Zoals hierboven beschreven zegt de uitslag van een signalerings- of screeningsinstrument niet hoe  
624 ernstig het probleem is, of er sprake is van specifieke stoornissen zoals ADHD en of hulp wel of niet  
625 noodzakelijk is. Er moet namelijk ook rekening gehouden worden met factoren zoals de leeftijd, het  
626 ontwikkelingsniveau, het temperament en karakter, de context (zoals thuissituatie en school),  
627 voorgaande ervaringen en de leermogelijkheden van de jeugdige.

628 Vragenlijsten die in de diagnostische cyclus (dus na de periode van signalering en screening)  
629 worden gebruikt, zijn hulpmiddelen om systematisch kenmerken in kaart te brengen en op deze  
630 kenmerken door te vragen. De professional zal, behalve op de vragenlijsten, ook moeten vertrouwen  
631 op de eigen gespreksvaardigheden, perceptie en interpretatie. Uiteindelijk bepaalt de klinische blik  
632 het eindoordeel, en de diagnose. Dit geldt ook voor zeer ervaren professionals.

633 Besef dat zowel een interview als het afnemen van een vragenlijst slechts een momentopname  
634 is. Dit kan worden ondervangen door het interview of de vragenlijst periodiek (let daarbij wel op  
635 de periode die in de vragenlijst wordt uitgevraagd) af te nemen, waardoor een basisniveau van de  
636 gedragssymptomen wordt vastgelegd. En ook kan later behandeling worden geëvalueerd op basis  
637 van deze informatie.

638  
639 Conform de DSM 5 kan het stellen van de diagnose ADHD in principe pas als de jeugdige zeven jaar of  
640 ouder is. Gedragsproblemen kunnen zich wel op jongere leeftijd voordoen, maar er is dan nog geen  
641 uitsluitel te geven of dit gedrag toe te schrijven is aan ADHD of aan een andere gedragsstoornis, of  
642 dat het misschien tot de normale ontwikkeling behoort. In uitzonderlijke gevallen kan de diagnose  
643 wel al vóór het zevende levensjaar gesteld worden.

644 Als ouders en/of professionals in de omgeving van het kind gedragsproblemen signaleren,  
645 kunnen al handvatten gegeven worden hoe het beste om te gaan met dit gedrag, ook al staat ADHD  
646 nog niet vast.

647 Om te spreken van ADHD moet de jeugdige dus voldoende symptomen in meerdere sociale  
648 situaties laten zien. Bovendien dient hij door deze symptomen (matig tot ernstig) belemmerd te

649 worden in zijn functioneren. Dit houdt in dat hij bijvoorbeeld problemen ervaart op school of in het  
650 contact met leeftijdsgenoten.

651 Diagnostische besluitvorming behelst dus echt iets anders dan screenen. De diagnose bestaat  
652 uit vier fasen: de klachtanalyse, de probleemanalyse, de verklaringsanalyse en de indicatieanalyse  
653 (Pameijer & Draaisma, 2011). Daarbij wordt nagegaan of en in hoeverre jeugdigen voldoen aan de  
654 criteria waaraan moet worden voldaan om te kunnen spreken van ADHD. Deze DSM 5-criteria zijn  
655 opgenomen in bijlage 1 bij deze richtlijn.

656 De paragrafen 4.2.1 t/m 4.2.4 zijn voor een belangrijk deel afgeleid van overeenkomstige  
657 paragrafen in de *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen*.

#### 658 **4.2.1 Klachtanalyse**

659 Om tot een klachtanalyse te komen, inventariseert de diagnosticus de klachten. Hij vraagt ouders,  
660 jeugdige en leerkracht zowel naar het feitelijke probleemgedrag als naar de manier waarop zij de  
661 problemen ervaren. Er is veel aandacht voor deze probleembeleving. Problemen die de jeugdige kan  
662 ervaren zijn bijvoorbeeld sociale uitsluiting of problemen in de schoolgang. Een probleem dat veel  
663 ouders van jeugdigen met ADHD ervaren, is onmacht in de opvoeding. De dagelijkse opvoeding kan  
664 ook leiden tot uitputting van de ouders. Dit wordt allemaal in kaart gebracht om later te kunnen  
665 vaststellen welke zorg er voor het gezin nodig is.

#### 666 **4.2.2 Probleemanalyse**

667 Bij de probleemanalyse staat de vraag centraal wat er precies aan de hand is. Daarvoor brengt de  
668 diagnosticus eerst in kaart wat er al bekend is over de problemen. Dat doet hij door relevante  
669 problematische kenmerken van de jeugdige te clusteren. Vervolgens stelt de diagnosticus  
670 hypothesen op die hij in het verdere onderzoek toetst. Alle problemen worden benoemd en  
671 gegroepeerd, de ernst ervan wordt getaxeerd en er wordt gekeken naar de negatieve gevolgen ervan  
672 voor de jeugdige en diens omgeving. De diagnosticus kijkt daarbij ook naar de positieve kenmerken  
673 en beschermende factoren van de jeugdige en zijn omgeving en naar de mate waarin deze factoren  
674 de verdere ontwikkeling van de jeugdige beschermen.

675 Verder kijkt de diagnosticus naar problemen die vaak met ADHD samengaan (comorbiditeit)  
676 en ook naar problemen waarmee ADHD niet verward moet worden (autisme, angst, depressie). Ook  
677 gaat de diagnosticus na of er sprake is van hechtingsproblematiek, een belast verleden,  
678 mishandeling, verwaarlozing, ernstige gedragsstoornissen, nadelige omgevingsfactoren,  
679 (multi)gezinsproblematiek, ernstige spraak-/taalstoornissen, leerachterstanden en/of een lichte  
680 verstandelijke beperking. Jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) hebben een  
681 verhoogd risico op gedragsproblemen. Diagnostiek bij deze groep vraagt extra aandacht. Zo moet bij  
682 zowel de testafname als de interpretatie van de resultaten rekening worden gehouden met de  
683 beperking van deze jeugdigen (De Wit, Moonen & Douma, 2011).

684

685 Bij de diagnostiek van ADHD kunnen verschillende onderzoeksmiddelen ingezet worden (Pameijer &  
686 Draaisma, 2011):

- 687 • semigestructureerde diagnostische interviews

- 688 • genormeerde testen en vragenlijsten, zoals intelligentietesten en gedragsvragenlijsten of  
689 vragenlijsten over het gezinsfunctioneren  
690 • dossier- en documentatieanalyse, voortkomend uit bijvoorbeeld eerder onderzoek of het  
691 leerlingvolgsysteem  
692

693 De diagnostiek bij ADHD moet minimaal bestaan uit:

- 694 • Anamnese: Informatie van de ouders, bij voorkeur via een semigestructureerd interview  
695 • Informatie van de leerkracht, bij voorkeur via een semigestructureerd interview  
696 • Daarnaast is een gesprek met het kind van belang om comorbiditeit, met name internaliserende  
697 klachten, uit te vragen. Ook dit gebeurt bij voorkeur door middel van een semigestructureerd  
698 interview.  
699

#### 700 **4.2.3 Verklaringsanalyse**

701 Nadat de aard en ernst van de problemen zijn vastgesteld, onderzoekt de diagnosticus wat het  
702 probleemgedrag kan verklaren. Verklaringen zijn (empirisch) getoetste uitspraken over oorzaken die  
703 afzonderlijk of in samenhang bijdragen aan het ontstaan of in stand houden van de problemen. De  
704 diagnosticus onderzoekt daarbij zowel oorzaken in de jeugdige als in diens omgeving.  
705

706 Opvoedingsvaardigheden van ouders en leerkrachten kunnen een rol spelen in het in stand houden  
707 van ADHD: onduidelijkheid in het geven van opdrachten, onvoldoende prijzen en belonen van  
708 gewenst gedrag, inconsequent omgaan met ongewenst gedrag, streng straffen, onvoldoende direct  
709 toezicht houden op jonge kinderen en op de hoogte zijn van het doen en laten van jongeren (Reid,  
710 Patterson & Snyder, 2002). Relatieproblemen tussen de ouders, persoonlijke problemen van de  
711 ouders zoals depressiviteit, en stress als gevolg van materiële problemen hebben een negatieve  
712 invloed op de opvoedingsvaardigheden (Capaldi, DeGarmo, Patterson & Forgatch, 2002). Ook  
713 ongunstige buurtkenmerken die leiden tot chronische stress beïnvloeden de opvoeding  
714 (Pinderhughes, Nix, Foster, Jones & Conduct Problems Prevention Research Group, 2001).  
715

716 Er zijn verschillende modellen die ADHD (veelal ten dele) verklaren. In deze modellen spelen de  
717 volgende begrippen een belangrijke rol. Jeugdzorgprofessionals dienen hiervan op de hoogte te zijn.  
718

#### 719 **Inhibitie**

720 Dit is een hersenfunctie die ons in staat stelt om gedrag te stoppen (remfunctie). Zoals we stoppen  
721 voor een rood stoplicht, maar ook stoppen met praten als de situatie daarom vraagt. Bij veel  
722 jeugdigen met ADHD is deze 'inhibitie' verstoord. Dit leidt, naast problemen in het verkeer en andere  
723 risicovolle situaties, tot problemen in sociale situaties.  
724

#### 725 **Executieve functies**

726 Dit zijn processen die zorgen voor een goede afstemming van vele hersenfuncties. Met behulp van  
727 executieve functies kunnen we afwegingen maken, plannen, prioriteren. Allemaal processen die  
728 nodig zijn voor doelgericht, efficiënt en sociaal aangepast gedrag. Bij veel jeugdigen met ADHD schort  
729 er iets aan hun executieve functies.  
730

731  
732  
733  
734  
735  
736  
737  
738  
739  
740  
741  
742  
743  
744  
745  
746  
747  
748  
749  
  
750  
  
751  
752  
753  
754  
755  
756  
757  
  
758  
  
759  
760  
761  
762  
763  
764  
765  
766  
767  
768

### Dual pathway

Hiermee wordt bedoeld dat executieve problemen (planning, inhibitie) en motivatieproblemen (verstoringen in het beloningssysteem) niet zozeer competitieve modellen zijn, maar dat zij beiden een rol spelen als oorzaak en verklaringen voor ADHD (Sonuga-Barke, 2003)..

Om tot een verklarende diagnose te komen kunnen de volgende instrumenten worden ingezet:

- Stroop, Tower of London en een deel van de Test of Everyday Attention for Children (TEA-Ch) (om inhibitie te meten);
- Bourdon Vos (om het volhouden van aandacht te meten);
- TEACH, De Amsterdamse Neuropsychologische Taken (ANT) (om aandacht/inhibitie en flexibiliteit te meten);
- 15-woorden-test, Figuur van Rey (om geheugen te meten).

De uitkomst van de verklaringsanalyse is een samenhangend model waarin één of meerdere factoren als verklaring voor het probleem worden opgevoerd (De Bruijn, Ruijsenaars, Pameijer & Van Aarle, 2003). De verklaringsanalyse geeft aanknopingspunten voor de in te zetten hulpverlening of behandeling.

#### 4.2.4 Indicatieanalyse

Tijdens de indicatieanalyse bespreekt de diagnosticus zijn onderzoeksbevindingen in alle openheid met de jeugdige en zijn ouders. Er is vooral aandacht voor de ernst van de ADHD en voor de factoren die de gedragsproblemen in stand houden. In overleg met de jeugdige en zijn ouders formuleert de diagnosticus vervolgens een globaal doel dat met ingrijpen bereikt moet worden. Daarbij zet hij alle interventies die op basis van indicatiecriteria in aanmerking komen op een rij. Nadat hij dit met ouders en jeugdige heeft besproken, weegt hij de verschillende alternatieven af waarna hij de kans van slagen inschat. Dit mondt uit in een aanbeveling.

### 4.3 Motivatie

In de overgang van diagnostiek naar behandeling en begeleiding, en gedurende deze behandeling en begeleiding, speelt het motiveren van de jeugdige, zijn ouders en andere betrokkenen (denk aan leerkrachten) een wezenlijke rol. Het bieden van zorgvuldige informatie over wat ADHD wel en niet is, vormt een belangrijke pijler hiervan. Daarnaast dient de jeugdzorgprofessional zich neutraal, niet-veroordelend en stimulerend op te stellen. Zo worden de risico's op slechte lange termijn uitkomsten beperkt, terwijl de mogelijkheden en interesses van de jeugdige optimaal benut worden.

Een belangrijke vorm van ondersteuning voor ouders en de jeugdige, in elk onderdeel van het traject is de volgende aanbeveling: bekrachtig adequaat gedrag van de jeugdige en doe dit vijf keer vaker dan ongewenst gedrag af te zwakken.

769

#### 770 **4.4 Aanbevelingen**

- 771 • Neem kennis van de normale variatie van lastig gedrag en informeer ouders hierover. Herhaald  
772 probleemgedrag dat niet past bij de ontwikkelingsfase van een jeugdige en negatieve gevolgen  
773 heeft voor hemzelf of voor zijn omgeving, is voor hulpverleners die met jeugdigen werken een  
774 reden om aan de bel te trekken.  
775
- 776 • Maak voor signalering en screening van probleemgedrag en andere psychosociale problemen  
777 gebruik van de CBCL (varianten TRF, YSR) en/of de SDQ. Zet verdere screening op ADHD in gang  
778 indien de score voor externaliserend gedrag boven het 84<sup>e</sup> percentiel ligt, de symptomen  
779 minstens enkele maanden aanwezig zijn én deze negatieve gevolgen hebben voor de jeugdige of  
780 zijn omgeving.
- 781 Gebruik voor verdere screening op ADHD een van de volgende instrumenten
- 782 - Voor kinderen van 5 en 6 jaar: Vragenlijst Voorloper ADHD (VVA).
  - 783 - Voor kinderen van 6-12: Conners' Parent en Teacher Rating Scale (CPRS en CTRS).
  - 784 - Voor kinderen en jeugdigen van 4-18 jaar: ADHD-vragenlijst (AVL).
  - 785 - Voor jeugdigen van 11-18 jaar: Youth Self Report (YSR).
- 786
- 787 • Analyseer na de eerste screening de klachten (=hoe de jeugdige en zijn ouders de problemen  
788 beleven), de aard en ernst van het probleem zelf, en de factoren die bijdragen aan het  
789 veroorzaken of in stand houden van het probleem. Kijk naar de ontwikkelingsgeschiedenis van het  
790 kind en naar eventuele aanwijzingen in de vroege geschiedenis voor het ontwikkelen van de  
791 ADHD.
- 792 Een familie-anamnese en een heteroanamnese kunnen meer zicht geven op het voorkomen van  
793 ADHD. Let op comorbiditeit, perinatale zaken, en een eventuele licht verstandelijk beperking.  
794 Stel de diagnose ADHD alleen als die voorkomen in meerdere sociale situaties (dus niet alleen  
795 thuis, of alleen op school, of alleen met vriendjes), en als die symptomen leiden tot beperkingen  
796 en uitval in die situaties.  
797
- 798 • Om de verzamelde gegevens juist te interpreteren is een professional met een academische  
799 opleiding in een van de gedragswetenschappen of de psychiatrie nodig (met zogenoemde  
800 diagnostische aantekening).  
801
- 802 • Betrek ouders, jeugdige en school intensief bij het verzamelen van deze informatie en bespreek  
803 de uitkomsten van het diagnostisch onderzoek met hen.  
804
- 805 • Breng tijdens het diagnostisch proces niet alleen de problemen in kaart, maar beschrijf ook de  
806 sterke kanten en motivatie van de jeugdige en zijn ouders (de zogenoemde beschermende  
807 factoren). En neem dit mee bij het inschatten van de ernst van ADHD en de in te zetten  
808 interventies.  
809

- 810 • Geef vervolgens gerichte handelings- en/of behandelingsadviezen en draag zorg voor een  
811 gezamenlijke besluitvorming met ouders en jeugdige over de in te zetten hulp.  
812
- 813 • Neem de tijd voor het ondersteunen van ouders bij de bewustwording dat er mogelijk sprake is  
814 van ADHD bij het kind. Houd er rekening mee dat ouders schroom, schaamte of schuldgevoel  
815 kunnen ervaren. Het kan overigens ook een opluchting voor ze zijn. Kijk naar de standpunten van  
816 het kind en de ouders en besef dat deze niet altijd op één lijn liggen met de eigen standpunten.  
817
- 818 • Als ondanks intensieve behandeling onvoldoende effect bereikt wordt, herhaal dan de  
819 diagnostiek, breid de diagnostiek uit of raadpleeg de GGZ.  
820

CONCEPT



821

## 822 5 Interventies, behandeling en begeleiding

### 823 Kernaanbevelingen

824

825

826 *Behandeling van ADHD bestaat vaak uit 3 onderdelen:*

827 1) *Psycho-educatie over ADHD (en comorbide stoornissen en problemen) is een*  
828 *standaardonderdeel van iedere behandeling. Herhaal deze regelmatig.*

829 *> Werkkaart 2*

830 2) *Medicamenteuze behandeling. Als medicatie onderdeel vormt van de behandeling,*  
831 *ga dan werking en bijwerkingen na en houd dan in de gaten of de jeugdige zijn*  
832 *medicatie (goed) gebruikt;*

833 *> Werkkaart 2*

834 3) *Oudertrainingen en gedragstherapeutische (school)interventies .*

835 *> Werkkaarten 3 en 5*

836

837 *CGt-interventies (gericht op het kind) dienen altijd onderdeel te zijn van een*  
838 *multimodaal behandelprogramma, waarbij ook de ouders en de school actief*  
839 *betrokken zijn en generalisatie van de geleerde vaardigheden naar school en thuis een*  
840 *duidelijke plek hebben.*

841

842 *Werk ondertussen aan een positief pedagogisch (opvoedings)klimaat; thuis, op school*  
843 *en in (semi)residentiële behandelgroepen (zie hoofdstuk 6).*

844 *> Werkkaart 4*

845

846 *Bekrachtig gedrag dat adequaat is. Doe dit vijf keer vaker dan ongewenst gedrag af te*  
847 *zwakken.*

848

849

### 850 Uitgangsvragen

851 • *Welke interventies zijn het meest effectief voor welke leeftijdsgroep? Welke interventies zijn in*  
852 *welke behandelsetting het meeste geëigend?*

853 • *Hoe kunnen jeugdzorgprofessionals het gezin en de school ondersteunen bij farmacotherapie?*

854

855

### 856 Introductie

857 *In dit hoofdstuk komen de interventies, en de mogelijkheden van behandeling en begeleiding aan de*  
858 *orde. Elke behandeling begin met psycho-educatie aan jeugdigen, hun ouders en aan scholen*  
859 *(paragraaf 5.1). Paragraaf 5.2 gaat in op de vraag op basis waarvan een keuze gemaakt kan worden*  
860 *tussen de verschillende interventies. Daarna wordt er een onderscheid gemaakt in leeftijd. Paragraaf*  
861 *5.3 gaat in op ambulante interventies voor kinderen jonger dan zes jaar, in paragraaf 5.4 komen*  
862 *ambulante interventies voor kinderen van zes tot twaalf jaar aan bod. Paragraaf 5.5 besteedt*

863 specifiek aandacht aan CGt-interventies voor kinderen vanaf 8 jaar. Ambulante interventies voor  
864 jongeren van twaalf tot achttien jaar worden in paragraaf 5.6 besproken. Paragraaf 5.7 behandelt  
865 interventies voor alle leeftijdsgroepen in een residentiële setting.  
866 De diverse interventies die in de paragrafen 5.3 t/m 5.7 aan bod komen worden kort beschreven, en  
867 zijn samengevat in bijlage 3. Daarbij is ook aangegeven welke normering van effectiviteit, volgens de  
868 Databank Effectieve Jeugdinterventies, aan de interventie is toegekend. De tabel in bijlage 3 is ook  
869 beschikbaar als werkkaart 5.  
870 Paragraaf 5.8 gaat over de rol die jeugdzorgprofessionals hebben bij behandeling met  
871 medicatie. Ten slotte komt in paragraaf 5.9 een beperkt aantal andere vormen van behandeling aan  
872 bod, zoals het Pelsser-dieet en neurofeedback.

## 873 **5.1 Psycho-educatie**

874 Een belangrijk onderdeel van de begeleiding bestaat uit psycho-educatie: het bieden van informatie  
875 over ADHD, de gevolgen ervan en manieren om ermee om te gaan. Deze psycho-educatie start in  
876 feite al gedurende het proces van signalering, screening en diagnostiek (zie hoofdstuk 4).

877 Psycho-educatie of voorlichting heeft meer effect naarmate deze beter aansluit bij de  
878 ouders. Vaak hebben de ouders al een lange periode van problemen en zoeken naar de juiste hulp  
879 achter de rug voordat ze bij de jeugdzorgprofessional aanschuiven. Die dient zich goed in te leven in  
880 hun positie en situatie. De ouders moeten niet worden overladen met allerlei informatie en  
881 goedbedoelde adviezen. Ook moeten ze niet het idee krijgen dat ze het niet goed doen, of gedaan  
882 hebben. Een begripvol luisterend oor en erkenning krijgen is voor ouders veel belangrijker. Als  
883 ouders zich erkend voelen in hun zorgen, hun vaak (langdurige) moeilijke situatie, en hun pogingen  
884 de situatie te verbeteren en hulp te zoeken, voelen ze zich gehoord, gezien en gewaardeerd.

885 Voorlichting en advies over ADHD geef je in elke levensfase van jeugdigen met ADHD, omdat  
886 ouders en jeugdigen in elke nieuwe ontwikkelingsfase nieuwe situaties tegenkomen die specifieke  
887 kennis en nieuwe vaardigheden vereisen.

888 Psycho-educatie heeft meer effect als het zowel mondeling als schriftelijk wordt gegeven.

889 Psycho-educatie voor ouders met een niet-Nederlandse achtergrond geeft meer kans op  
890 succes als dit in groepsverband plaatsvindt.

891 Bij vragen van ouders over de mogelijkheden van (praktische) ondersteuning en wettelijke  
892 regelingen die van toepassing zijn bij ADHD, kun je verwijzen naar het Bureau Jeugdzorg.

893  
894 Goede psycho-educatie sluit altijd aan bij de kennis die ouders al hebben. De jeugdzorgprofessional  
895 dient dus eerst te onderzoeken wat de ouders al weten. Vervolgens vult hij aan wat nog onbekend is.

896 Het spreekt vanzelf dat alleen jeugdzorgprofessionals met een gedegen kennis van ADHD  
897 psycho-educatie kunnen geven. Zij (en anderen) kunnen ook wijzen op de websites van het  
898 Nederlands Jeugdinstituut ([www.nji.nl](http://www.nji.nl)), het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie  
899 ([www.kenniscentrum-kjp.nl](http://www.kenniscentrum-kjp.nl)) en de oudervereniging Balans ([www.balansdigitaal.nl](http://www.balansdigitaal.nl)). Deze sites  
900 bieden informatie over (onder andere) ADHD.

## 901 **5.2 Keuze voor een interventie**

902 Omdat er nog geen vergelijkende studies voorhanden zijn, is het niet mogelijk om op basis van de  
903 beschikbare evidentie het ene programma boven het andere te prefereren. Vooral nog is daarom  
904 vooral van belang dat een programma voldoet aan een aantal eisen.

905 Er bestaat internationaal een redelijke consensus over de eisen waaraan een kwalitatief goed  
906 gedragstherapeutisch oudertrainingsprogramma zou moeten voldoen. Een dergelijk programma  
907 onderscheidt zich op de volgende punten (zie de NICE Guideline, 2009).

- 908 • Het programma is gestructureerd en geprotocolleerd en is inhoudelijk gebaseerd op de sociale  
909 leertheorie.
- 910 • Er zijn strategieën in het programma opgenomen die tot doel hebben de ouder-kindrelatie te  
911 verbeteren.
- 912 • Het programma heeft minimaal acht zittingen.
- 913 • Ouders kunnen in het programma hun eigen individuele doelen stellen en het programma kan  
914 worden afgestemd op deze individuele doelen, de vorderingen bij het kind en de actuele  
915 functioneringsbeperkingen.
- 916 • In het programma wordt gebruik gemaakt van rollenspel en huiswerkopdrachten om de  
917 generalisatie van nieuwe vaardigheden naar de thuissituatie te bevorderen.
- 918 • Het programma wordt gegeven door goed getrainde professionals die in staat zijn een goede  
919 therapeutische alliantie met ouders aan te gaan en supervisie krijgen.
- 920 • De uitvoerenden houden zich aan de handleiding en er is in de supervisie aandacht voor de  
921 bewaking van de behandelintegriteit.

922  
923 Een typisch voorbeeld van een oudertrainingsprogramma per sessie ziet er als volgt uit (zie Chronis  
924 et al., 2004):

- 925 • Psycho-educatie, uitleg leertheorie en gedragsmanagementstechnieken
- 926 • Beloningsprogramma's, gedragskaarten
- 927 • Aandacht geven aan gewenst gedrag (bijvoorbeeld gehoorzaamheid) en negeren van ongewenst  
928 gedrag (bijvoorbeeld jengelen)
- 929 • Effectieve instructies en waarschuwingen geven
- 930 • Regels instellen en handhaven, als-dan contingenties
- 931 • Time-out-procedures
- 932 • Puntensysteem en response cost
- 933 • Hanteren van ongewenst gedrag buitenshuis
- 934 • Probleemoplossingsvaardigheden voor ouders
- 935 • Problemen in de toekomst oplossen en vasthouden van geleerde vaardigheden

936  
937 De werkgroep beveelt daarnaast aan om bij het maken van een keuze mee te wegen of er al dan niet  
938 gedegen en recent onderzoek met hoge bewijskracht gedaan is naar het betreffende programma.

939 Bovendien, de programma's verschillen fors van elkaar als het gaat om de kosten. Sommige  
940 programma's stellen weinig eisen aan de vooropleiding van jeugdzorgprofessionals en de mate  
941 waarin zij getraind moeten worden om het protocol uit te kunnen voeren. Andere programma's  
942 stellen hogere eisen en pakken daardoor meestal duurder uit. De kosten zullen meegewogen  
943 moeten worden bij de beslissing welk programma te gebruiken.

944 En, heel pragmatisch, zal meespelen of een bepaalde interventie al aangeboden wordt door  
945 een instelling.

946  
947 In dit hoofdstuk worden interventies beschreven die zijn opgenomen in de Databank Effectieve  
948 Jeugdinterventies van het NJi. Bijlage 3 geeft een aantal kenmerken van deze interventies, op basis  
949 waarvan mede een keuze kan worden gemaakt voor een bepaalde interventie. Bijlage 4 geeft een  
950 korte beschrijving van de interventies. In de Onderbouwing bij deze Richtlijn staan ze uitgebreider  
951 beschreven. En uiteraard op [www.nji.nl](http://www.nji.nl) in de Databank effectieve jeugdinterventies.

952 De interventies zijn grofweg in drieën te verdelen: sommige interventies zijn specifiek voor  
953 ADHD; andere interventies zijn óók voor ADHD (vaak in combinatie met andere gedragsstoornissen);  
954 weer andere dragen in zijn algemeenheid bij aan een betere communicatie, opvoeding, enz.

### 955 **5.3 Ambulante interventies voor kinderen tot zes jaar**

956 Oudertraining is de behandeling van de eerste keus voor jonge kinderen met ADHD of ADHD-  
957 symptomen, volgens de Multidisciplinaire Richtlijn ADHD (2005) en de NICE guideline (2009). In veel  
958 gevallen worden psycho-educatie en oudertraining gecombineerd.

959 Train ouders in groepen, tenzij het programma anders voorschrijft. Daar waar het ouders niet  
960 lukt om aan een groep deel te nemen, of wanneer zij daartoe niet te motiveren zijn, is een  
961 individuele training aangewezen. Bij voorkeur vinden oudertrainingen ambulante plaats, anders thuis.

962  
963 Oudertrainingen hebben over het algemeen als doel om de gedragsproblemen van het kind te  
964 verminderen en de competentie van ouders te vergroten. Tijdens een oudertraining leren ouders het  
965 probleemgedrag van hun kind te monitoren en de antecedenten en consequenties te herkennen en  
966 te manipuleren. Ze leren dat ze gewenst gedrag kunnen bevorderen door hun kind te prijzen,  
967 positieve aandacht te geven en te belonen. Ongewenst gedrag leren ze te verminderen door hun  
968 kind te negeren, een time-out te geven en andere, niet-fysieke, disciplineringsmaatregelen toe te  
969 passen.

970 Bied oudertraining altijd aan, ook als er twijfels zijn vanwege comorbiditeit bij het kind,  
971 psychopathologie van ouders en sociaal economische omstandigheden en complexiteit van het gezin  
972 en/of het kind. Deze factoren moeten door hulpverleners in de Jeugdzorg weliswaar onderkend  
973 worden als risicofactoren bij het welslagen van een behandeling, maar dat betekent niet dat de  
974 behandeling maar helemaal niet moet starten.

#### 975 **5.3.1 Oudertrainingen**

##### 976 **Oudertrainingsprogramma's ADHD**

977 Onderstaande oudertrainingsprogramma's worden aanbevolen voor kinderen tot zes jaar met ADHD.  
978 Er is onvoldoende bewijs om voorkeur uit te spreken voor een of meerdere programma's. Het  
979 voordeel van deze specifieke programma's is dat er ook psycho-educatie over ADHD en eventuele  
980 comorbide stoornissen/problemen in is opgenomen. Dit is bij de andere programma's niet het geval.  
981 Ook zijn sommige technieken en vaardigheden in de specifieke programma's speciaal toegespitst op  
982 kinderen met ADHD.

- 983 • Behavioral Parent Training Groningen voor kinderen met ADHD (BPTG);

- 984 • Groepsmediatietherapie voor ouders met kinderen met ADHD;  
985 • Opstandige kinderen.

986

#### 987 Oudertrainingsprogramma's ook ADHD

988 Ook voor ADHD (of andere gedragsstoornissen)

- 989 • Incredible Years (ook wel: Pittige Jaren)  
990 • Parent-child interaction therapy (PCIT)<sup>3</sup>;  
991 • Parent Management Training Oregon (PMTO);  
992 • Samen sterker Terug Op Pad (STOP 4-7);

993

#### 994 Algemene trainingsprogramma's

995 Deze programma's zijn gericht op een positief opvoedingsklimaat of betere communicatie tussen  
996 ouders en kinderen.

- 997 • Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling (OVG);  
998 • Triple-P;  
999 • Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD).

1000

- 1001 • Kids' skills (Niet in DEJ databank, wel in de Database Methodieken pedagogische kwaliteit van het  
1002 NJI) (richt zich op ouders, maar ook op leerkrachten en kinderen).

1003

1004 Onderstaande oudertrainingsprogramma's zijn niet opgenomen in de DEJ, maar wel beschikbaar in  
1005 Nederland:

- 1006 • Helping de Non-compliant Child (Forehand & McMahon, 1981);  
1007 • New Forest Parenting Package (Thompson et al., 2009)).

1008

1009

## 1010 5.4 Ambulante interventies voor kinderen van zes tot twaalf jaar

1011 Psycho-educatie over ADHD en comorbide stoornissen en problemen dient vooraf te gaan  
1012 aan gedragsmatige behandelingen en moet een standaardonderdeel vormen van iedere behandeling  
1013 van kinderen met ADHD in de basisschoolleeftijd. De psycho-educatie is niet alleen voor kinderen,  
1014 maar zeker ook voor ouders en voor leerkrachten. Medicamenteuze behandeling buiten  
1015 beschouwing gelaten, zijn oudertraining en gedragstherapeutische schoolinterventies de  
1016 behandelingen van de eerste keus voor kinderen met ADHD in de basisschoolleeftijd (zie onder  
1017 andere de Multidisciplinaire richtlijn ADHD 2005; NICE guideline 2009; Pelham & Fabiano, 2008;  
1018 Chronis et al., 2006). Voor de effectiviteit van beide behandelingen bestaat een redelijke tot goede  
1019 wetenschappelijke onderbouwing (Young and Amarasinghe, 2010; Pelham & Fabiano, 2008; Pieterse,  
1020 Luman et al., 2012).

---

<sup>3</sup> Dit programma betreft naast de ouders ook het kind rechtstreeks bij de interventie. Het kind mee naar de behandeling, echter uitsluitend om te zorgen dat de ouders de vaardigheden met het kind kunnen oefenen.

#### 1021 **5.4.1 Oudertrainingen**

1022 Een oudertrainingsprogramma voor kinderen met ADHD in de basisschoolleeftijd moet aan dezelfde  
1023 eisen voldoen als een oudertrainingsprogramma voor jongere kinderen (zie paragraaf 5.2)

1024 In zo'n programma is samenwerking en afstemming tussen school en ouders belangrijk.

1025

1026

##### 1027 **Algemene oudertrainingsprogramma's**

1028 Er zijn verschillende programma's beschikbaar die qua inhoud sterk op elkaar lijken. De (aangepaste)  
1029 programma's van Barkley (1997), Forehand en McMahon (1981), en Patterson en Gullion (1968)

1030 vormen de belangrijkste basis voor de ontwikkelde en onderzochte programma's. Het voordeel van

1031 de specifieke ADHD-programma's is dat er ook psycho-educatie over ADHD en eventuele comorbide

1032 stoornissen/problemen in is opgenomen. Dit is bij de andere programma's niet het geval. Ook zijn

1033 sommige technieken en vaardigheden in de specifieke programma's speciaal toegespitst op kinderen

1034 met ADHD. In de Databank Effectieve Jeugdinterventies zijn de volgende oudertrainingsprogramma's

1035 opgenomen die voor ouders van kinderen in de basisschoolleeftijd bruikbaar zijn.

1036

1037

##### 1038 **Oudertrainingsprogramma's ADHD**

1039 • Behavioral Parent Training Groningen voor kinderen met ADHD (BPTG);

1040 • Groepsmediatietherapie voor ouders met kinderen met ADHD;

1041 • Opstandige kinderen.

1042

##### 1043 **Oudertrainingsprogramma's ook ADHD**

1044 Ook voor ADHD (of andere gedragsstoornissen)

1045 • Parent Management Training Oregon (PMTO);

1046 • Minder boos en opstandig (ouders leren opvoedingsvaardigheden; kinderen sociale  
1047 vaardigheden)

1048

##### 1049 **Algemene trainingsprogramma's**

1050 Deze programma's zijn gericht op een positief opvoedingsklimaat of bijvoorbeeld een betere

1051 communicatie tussen ouders en kinderen.

1052 • Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling (OVG);

1053 • Triple-P, niveau 4 en 5;

1054 • Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)

1055 • Gezin Centraal (hele gezin is doelgroep).

1056 Programma's die (nog) niet in de DEJ zijn opgenomen zijn:

1057 • Kids' skills (voor ouders, maar ook voor leerkrachten en kinderen; oplossingsvaardigheden);

1058 • Een nieuwe koers (richt zich op leerkrachten).

#### 1059 **5.4.2 Kindgerichte interventies gericht op ADHD-symptomen**

1060 Interventies gericht op kinderen van zes tot twaalf jaar met ADHD, worden net als andere

1061 interventies uitgevoerd door professionals die hierin getraind zijn. Het gaat om:

1062  
1063  
1064  
1065  
1066  
1067  
1068  
1069  
1070  
1071  
1072  
1073  
1074  
1075  
1076  
1077  
1078  
  
1079  
  
1080  
1081  
1082  
1083  
1084  
1085  
1086  
1087  
1088  
1089  
1090  
1091  
1092  
1093  
1094  
1095  
1096  
1097  
1098  
1099  
1100

### Kindertrainingsprogramma's ADHD

- Remweg;

### Kindertrainingsprogramma's ook ADHD

Ook voor ADHD (of andere gedragsstoornissen)

- Alles Kidzzz;
- Cogmed RM<sup>4</sup>;
- Minder Boos en Opstandig;
- Pelsser Voeding en Gedrag (PVG-dieet);

### Algemene kindertrainingsprogramma's

Deze programma's zijn gericht op een positief opvoedingsklimaat of bijvoorbeeld een betere communicatie tussen ouders en kinderen.

- Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD; gericht op het hele onderwijs)

## 5.5 CGt-interventies vanaf 8 jaar<sup>5</sup>

Wanneer ouder- en leerkrachttraining onvoldoende effect hebben, kan bij de wat oudere kinderen (vanaf ongeveer acht jaar) overwogen worden om de behandeling aan te vullen met cognitief-gedragstherapeutische (CGt-) interventies die rechtstreeks op het kind gericht zijn. Denk aan een training in sociale en/of probleemoplossingsvaardigheden, en/of een training van de zelfcontrole.

Wel bestaat er internationaal consensus over het idee dat CGt-interventies weinig zinvol zijn als deze geïsoleerd aan het kind worden aangeboden. Zij dienen altijd onderdeel te vormen van een multimodaal behandelprogramma, waarbij ook de ouders en de school actief betrokken zijn en waarin generalisatie van de geleerde vaardigheden naar school en thuis een duidelijke plek heeft. Sommige programma's, zoals bijvoorbeeld *Minder boos en opstandig*, bieden dat ook. Ouders en kinderen worden hierin parallel aan elkaar getraind. De integratie van kind- en ouderbehandeling is met een dergelijk programma meer gegarandeerd (voor onderbouwing van deze alinea: zie de richtlijn Ernstige Gedragsproblemen).

De meeste cognitief-gedragstherapeutische interventies voor kinderen met ADHD van 6-12 jaar richten zich op het verbeteren van sociale vaardigheden, het aanleren van probleemoplossingsvaardigheden en het vergroten van de zelfregulatie. Het overgrote deel van deze interventies betreft groepsbehandelingen. Voor een enkele interventie is er een parallel oudertrainingsprogramma ontwikkeld; de andere interventies moeten door behandelaren zelf ingebouwd worden in een multimodaal behandelprogramma.

Sociale vaardigheden zijn vaardigheden die aangeleerd kunnen worden. Ze variëren van basale sociaal-communicatieve vaardigheden, zoals het maken van adequaat oogcontact, het

---

<sup>4</sup> Er zijn 2 varianten: Cogmed JM voor kinderen van 3-7. En Cogmed QM voor volwassenen.

<sup>5</sup> Ontleend aan *Ernstige Gedragsstoornissen*.

1101 reguleren van het stemvolume en het aannemen van de juiste lichaamshouding, tot meer complexe  
1102 sociaal-interactieve vaardigheden, zoals luisteren, complimenten geven, onderhandelen, wachten op  
1103 je beurt, ruzies oplossen, reageren op pesten en assertief zijn.

1104 Probleemoplossingsvaardigheden aanleren betekent dat jeugdigen leren problemen op een  
1105 flexibele en effectieve manier op te lossen. Veelal gebeurt dit in vijf stappen, namelijk: identificatie  
1106 van het probleem, het bedenken van oplossingen, het evalueren van de oplossingen en de beste  
1107 uitkiezen, de gekozen oplossing uitvoeren en deze evalueren.

1108 Tot slot kunnen ook vaardigheden zoals verbale zelfinstructie ('hardop denken'),  
1109 zelfmonitoring en self-reinforcement aangeleerd worden in cognitief-gedragstherapeutische  
1110 interventies.

1111

## 1112 **5.6 Ambulante interventies bij jongeren van twaalf tot achttien jaar**

1113 Jongeren met ADHD kun je het best multimodaal behandelen. Dit wil zeggen dat ouders, school en  
1114 de jongere zelf bij de behandeling worden betrokken. Behalve cognitief-gedragstherapeutische  
1115 interventies kan ook een systeeminterventie worden ingezet. Zie voor meer informatie de *Richtlijn*  
1116 *Ernstige gedragsproblemen (in ontwikkeling)*.

1117 In de Databank Effectieve Jeugdinterventies zijn de volgende programma's opgenomen die  
1118 ook geschikt zijn voor jongeren van twaalf tot achttien jaar met ADHD:

1119

### 1120 **Trainingsprogramma's ADHD**

- 1121 • Pubers met ADHD.

1122

### 1123 **Trainingsprogramma's ADHD (en ander gedrag)**

- 1124 • Functional Family Therapy (FFT);
- 1125 • Multidimensionele Familietherapie (MDFT).

1126

### 1127 **Algemene trainingsprogramma's**

- 1128 • Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling (OVG);
- 1129 • Triple-P niveau 4 en 5;
- 1130 • Multisysteem Therapie (MST; erkend door justitie).

### 1131 **5.6.1 Brede gezinsinterventies**

1132 Naast cognitieve gedragstherapie wordt bij jongeren met ernstiger vormen van ADHD (zoals die met  
1133 comorbide gedragsproblemen en/of andere stoornissen) een brede gezinsinterventie ingezet. Het  
1134 kan daarbij gaan om gezinstherapie en/of om multisysteeminterventies, waarbij ook de school en  
1135 omgeving worden betrokken.

1136

### 1137 **Gezinstherapie**

1138 Gezinstherapie is een interventievorm waarin niet alleen de opvoedingsvaardigheden van de ouders  
1139 getraind worden, maar ook de communicatieve en probleemoplossende vaardigheden van alle



1140 gezinsleden. Functional Family Therapy (FFT) is zo'n interventie. Deze therapie wordt in Nederland  
1141 uitgevoerd en is opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies.

1142

### 1143 **Multisysteeminterventies**

1144 De gedachte achter multisysteeminterventies is dat ernstige gedragsproblemen veroorzaakt en in  
1145 stand gehouden worden door factoren in het gezin, de familie, de school, de omgang met  
1146 leeftijdgenoten en de buurt. De behandeling dient zich dus ook op al die gebieden of systemen te  
1147 richten. Voorbeelden van multisysteeminterventies die in Nederland worden uitgevoerd en die zijn  
1148 opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies zijn:

- 1149 • Multisysteemtherapie(MST);
- 1150 • Multidimensionele familietherapie (MDFT).

1151

### 1152 **Kindgerichte interventies**

1153 Kindgerichte interventies worden net als andere interventies uitgevoerd door ervaren, getrainde  
1154 professionals. In de bijlagen worden de interventies beschreven die uit de search in de Databank  
1155 Effectieve Jeugdinterventies en uit de aanvullende internationale search naar voren zijn gekomen.  
1156 Deze interventies zijn:

- 1157 • Agressieregulatie op maat (intramuraal en ambulantly);
- 1158 • Cogmed RM;
- 1159 • Zelfcontrole.

## 1160 **5.7 Residentiële interventies**

1161 Een jeugdige komt niet voor behandeling van enkelvoudige ADHD in de residentiële jeugdzorg. Er is  
1162 dan altijd sprake van complexe gezinsproblematiek en/of comorbiditeit.

1163 Om jeugdigen met ADHD te kunnen helpen is ten eerste het dagelijks opvoedend handelen  
1164 op de leefgroep van belang. Hiervoor biedt hoofdstuk 6 aanknopingspunten. Daarnaast moeten er  
1165 interventies worden ingezet die specifiek gericht zijn op het aanpakken van ADHD. Cognitief-  
1166 gedragstherapeutische interventies (zie paragraaf 5.5 **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**) kunnen  
1167 ook worden ingezet in een (semi-)residentiële setting, bij jeugdigen vanaf acht jaar.

1168 Daarnaast bestaan er interventies die specifiek zijn bedoeld om binnen een  
1169 (semi-)residentiële setting te worden ingezet. Voorbeelden van zulke interventies:

- 1170 • Minder boos en opstandig;
- 1171 • Agressieregulatie (erkend door justitie);
- 1172 • Multidimensionele Familietherapie (MDFT; erkend door justitie);
- 1173 • Multisysteem Therapie (MST, erkend door justitie)

1174

1175 Meer informatie over residentiële jeugdzorg is terug te vinden in de *Richtlijn Residentiële*  
1176 *jeugdzorg*.

## 1177 **5.8 Farmacotherapie binnen de jeugdzorg**

1178 Medicatie wordt regelmatig voorgeschreven aan jeugdigen met ADHD ouder dan zes jaar. Behalve  
1179 gedragsmatige behandeling thuis en op school wordt de behandeling volgens de *Multidisciplinaire*

1180 *Richtlijn ADHD (2005)* bij voorkeur gecombineerd met medicatie. Langdurig medicamenteuze  
1181 behandeling is vaak noodzakelijk om psychologische of pedagogische interventies en begeleiding te  
1182 ondersteunen.

1183 Therapie- of medicatietrouw (de zogenoemde *adherence*) is hierbij belangrijk. Hierbij gaat  
1184 het tegenwoordig vooral over de overeenstemming (de zogenoemde *concordance*) tussen patiënt en  
1185 behandelaar over het te volgen behandeltraject. Dit vereist een goede samenwerking en afstemming  
1186 tussen betrokkenen: de voorschrijvend arts, psycholoog, hulpverlener, school, ouders en jeugdige.

1187 Naarmate jeugdigen ouder worden en meer eigen verantwoordelijkheid krijgen voor de  
1188 inname van medicatie, zien we dat dat niet altijd even consequent gebeurt. Voor de  
1189 jeugdzorgprofessional is het een taak om goed na te gaan of de jeugdige zijn medicatie gebruikt, om  
1190 veranderingen bij te houden, en dit te bespreken die met de jeugdige, de ouders, de voorschrijvend  
1191 behandelaar en de school. Dat betekent ook dat de jeugdzorgprofessional enige kennis moet hebben  
1192 van werking en bijwerking van medicatie, om gedrag van de jeugdige die medicatie gebruikt, te  
1193 kunnen beoordelen. Informatie over de in Nederland beschikbare medicatie voor ADHD bij jeugdigen  
1194 is daarom te vinden in bijlage 5.

### 1195 **5.8.1 Hulpmiddelen voor het bevorderen van medicatietrouw**

1196 Om medicatietrouw te bevorderen kan de jeugdzorgprofessional een aantal hulpmiddelen inzetten  
1197 of anderen attenderen op deze hulpmiddelen.

- 1198 • Geef psycho-educatie;
- 1199 • herhaal de psycho-educatie, omdat de informatie over ADHD en de rol van medicatie in de loop  
1200 van de tijd wegzakt, en omdat het sowieso goed is te herhalen op overgangsmomenten (zie  
1201 paragraaf 5.1);
- 1202 • attendeer op langwerkende medicatie in plaats van medicatie met meerdere doseringen per dag;
- 1203 • gebruik een medicijndoos of medicatie-app;
- 1204 • zorg voor psychologische of pedagogische interventies en ondersteuning, zoals beschreven in de  
1205 paragrafen 5.1-5.8;
- 1206 • zorg voor frequente controles bij de voorschrijvend arts.

### 1207 **5.8.2 Hulpmiddelen voor het bevorderen van medicatietrouw van met name jongeren**

- 1208 • Volg vooral jongeren goed. Ze houden zich minder vaak aan de medicatievoorschriften dan  
1209 kinderen in de basisschoolleeftijd;
- 1210 • laat jongeren hun medicatie thuis innemen. Dat vinden ze zelf over het algemeen prettiger, en  
1211 ouders kunnen medicatie-inname dan beter stimuleren en controleren;
- 1212 • attendeer op demogelijkheid om 's ochtends langwerkende medicatie te nemen in plaats van  
1213 medicatie die ook tussendoor op school moet worden ingenomen.

## 1214 **5.9 Andere en experimentele behandelingen**

1215 Er zijn een aantal behandelingen voor ADHD, dat zich nog in een experimenteel stadium bevindt of  
1216 die wisselende resultaten laten zien in onderzoek. Omdat er ongetwijfeld tussen

1217 jeugdzorgprofessional en ouders/jeugdigen over gesproken wordt, besteden we hier kort aandacht  
1218 aan een beperkt aantal vaak genoemde behandelingen.

1219

### 1220 **Psychomotorische- en speltherapie**

1221 In de jeugdzorgpraktijk wordt ook regelmatig psychomotorische therapie of speltherapie ingezet. Dit  
1222 gebeurt bijvoorbeeld wanneer cognitieve gedragstherapie niet past bij de leeftijd of de  
1223 (verstandelijke) problematiek van de jeugdige, of wanneer cognitieve gedragstherapie niet de  
1224 gewenste effecten heeft. Praktijkdeskundigen geven aan dat het ook bij de inzet van  
1225 psychomotorische therapie en speltherapie moet gaan om het vergroten van cognitieve  
1226 vaardigheden (zoals probleemoplossende vaardigheden) en het leren reguleren van emoties.

1227

### 1228 **PVG-Dieet**

1229 Dit dieet gaat ervan uit dat specifieke en voor iedere jeugdige verschillende (combinaties van)  
1230 voedingsstoffen ADHD-symptomen verergeren en mogelijk zelfs veroorzaken. Om uit te zoeken hoe  
1231 dit bij een individuele jeugdige zit, wordt het zogenoemde Pellser-dieet ingezet. Dit begint met een  
1232 zeer neutraal dieet waarna volgens een vaste regelmaat voedingsmiddelen worden toegevoegd.  
1233 Daarmee kan worden uitgezocht bij welke voedingsstoffen een verergering van de ADHD-  
1234 symptomen optreedt. Onderzoek laat voorzichtig positieve resultaten zien. Echter, de discipline die  
1235 nodig is om dit dieet uit te voeren, vraagt bijzonder veel van jeugdigen en hun ouders.

1236 Vooralsnog acht de werkgroep deze interventie onvoldoende onderbouwd, en daarnaast te  
1237 complex om binnen de jeugdzorg toe te passen.

1238

### 1239 **Neurofeedback**

1240 Dit is een methode waarbij de jeugdige specifieke taken moet uitvoeren terwijl hij met een computer  
1241 is verbonden en bepaalde hersendelen worden gestimuleerd. Deze stimulatie heeft tot gevolg dat de  
1242 ADHD-symptomen afnemen.

1243 De methode is ontwikkeld en getest door medewerkers van het Karolinska Instituut in  
1244 Zweden. De uitkomsten zijn wisselend.

1245

### 1246 **Werkgeheugentraining en executieve functietraining**

1247 Recente neurobiologische theorieën brengen ADHD in verband met stoornissen in de executieve  
1248 functies en motivatie (Barkley, 2006; Sonuga-Barke, 2003). Executieve functies zijn cognitieve  
1249 controleprocessen die noodzakelijk zijn voor het reguleren van gedrag, gedachten en emoties: ze  
1250 stellen ons in staat onszelf te controleren. De belangrijkste executieve functies die bij jeugdigen met  
1251 ADHD zouden haperen zijn werkgeheugen, inhibitie en - in mindere mate - cognitieve flexibiliteit.  
1252 Beperkingen in het werkgeheugen maken dat een kind of jongere moeite heeft om zich te  
1253 herinneren waarmee hij bezig was voordat hij even werd afgeleid. Hij weet niet meer wat hij aan het  
1254 vertellen was of in gedachten had, of wat hij nog moet doen om zijn doel te bereiken (bijvoorbeeld  
1255 op tijd aangekleed beneden staan om naar school te gaan). Een beperkt inhibitievermogen kan  
1256 ervoor zorgen dat iemand niet kan stoppen en onmiddellijk en zonder nadenken reageert op wat er  
1257 in de omgeving gebeurt. Cognitieve flexibiliteit ten slotte maakt dat we ons in veranderende situaties  
1258 op tijd en op adequate wijze kunnen aanpassen. Een beperkte cognitieve flexibiliteit houdt in dat  
1259 iemand meer moeite heeft of meer tijd nodig heeft om zich aan te passen aan veranderende  
1260 situaties of aan wijzigingen van de bestaande plannen (Nigg, 2006).

1261 Gezien de huidige beschikbare evidentie vormen werkgeheugentraining en executieve-  
1262 functietraining op dit moment geen *stand-alone* behandeling voor ADHD. Wel kunnen ze ingezet  
1263 worden als onderdeel van een multimodaal behandelaanbod, bijvoorbeeld naast een oudertraining  
1264 en/of een leerkrachtraining.  
1265

## 1266 **5.10 Aanbevelingen**

- 1267 • Start de behandeling altijd met psycho-educatie over ADHD, en herhaal als nodig.
- 1268 • Zet een oudertraining in waarin gedragstherapeutische technieken centraal staan. Geef de  
1269 oudertraining volgens protocol.
- 1270 • Wanneer psycho-educatie en oudertraining onvoldoende effect hebben kan bij kinderen vanaf 8  
1271 jaar de behandeling aangevuld worden met CGt-interventies.
- 1272 • CGt- interventies dienen altijd onderdeel te zijn van een multimodaal behandelprogramma,  
1273 waarbij ook de ouders en de school actief betrokken zijn en generalisatie van de geleerde  
1274 vaardigheden naar school en thuis een duidelijke plek hebben.
- 1275 • Behandel jeugdigen van 12-18 jaar multimodaal: ouders/opvoeders, school en de jeugdige zelf.  
1276 Cognitief gedragstherapeutische technieken dienen naast een systeeminterventie ingezet te  
1277 worden.
- 1278 • Medicatie kan ondersteunend zijn aan de behandeling van ADHD. Therapie en medicatietrouw is  
1279 hierin belangrijk. Overeenstemming over het te volgen behandeltraject tussen patiënt en  
1280 behandelaar is een voorwaarde voor therapie- en medicatietrouw.
- 1281 • Volg de jeugdige in zijn medicatiegebruik.  
1282  
1283

## 1284 6 Pedagogisch klimaat in gezin, school en groepsbehandeling

### 1285 Kernaanbevelingen

1286 *Zorg voor een positief pedagogisch klimaat in het gezin, op school en/of in een residentiële*  
1287 *behandelgroep.*

1288 *Ondersteun de (behandeling van) de jeugdigen door CGt-principes toe te passen in de*  
1289 *omgang met hen, gericht op een voorspelbare en stimulerende omgeving, duidelijke en*  
1290 *heldere opdrachten en communicatie. Bekrachtig adequaat gedrag.*

1291 *Zorg voor samenwerking tussen systeem, school en jeugdzorg op basis van één systeem,*  
1292 *één plan, één regisseur.*

1293 *> Werkkaart 4*

1294

1295

### 1296 Uitgangsvragen

1297

- 1298 • Hoe zorg je voor een positief pedagogisch klimaat voor jeugdigen met ADHD?
- 1299 • Welke specifieke opvoedtechnieken van beroepsopvoeders die jeugdigen met ADHD in  
1300 groepsverband behandelen (dagbehandeling en residentieel) dragen bij aan het hanteerbaar  
1301 maken van ADHD?
- 1302 • Hoe kunnen jeugdzorgprofessionals bevorderen dat jeugdigen met ADHD op school en in  
1303 andere leefomgevingen kunnen (blijven) functioneren?

1304

1305

### 1306 Introductie

1307 De omgeving van de jeugdige met ADHD, of dit nu het gezin, de school of de residentiële  
1308 groepssetting is, heeft veel invloed op de ontwikkeling van die jeugdige. Het is dan ook essentieel dat  
1309 de jeugdige in een gezonde omgeving opgroeit. Daarbij is samenwerking tussen  
1310 jeugdzorgprofessionals, gezin en school van groot belang.

1311 In paragraaf 6.1 komt het inrichten van een gezond opvoedingsklimaat aan de orde. Deze  
1312 paragraaf is ontleend aan de *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen*. Paragraaf 6.2 gaat in op de  
1313 samenwerking tussen jeugdzorg en school.

## 1314 6.1 Een voorspelbare en stimulerende (groeps)omgeving

1315 Ouders, beroepsopvoeders en anderen in de omgeving van de jeugdige kunnen adequaat gedrag  
1316 stimuleren, maar ook onbedoeld probleemgedrag in stand houden (Hipwell, Keenan, Kasza, Loeber,  
1317 Stouthamer-Loeber & Bean, 2008). Dit wordt ook wel tweerichtingsverkeer bij gedrag genoemd. Het  
1318 impliceert dat niet alleen de jeugdige als probleemeigenaar wordt gezien: ook de ouders,  
1319 beroepsopvoeders en andere personen om de jeugdige heen spelen een rol bij het in stand houden  
1320 van de problemen en het oplossen daarvan.

1321 **6.1.1 Een positief opvoedingsklimaat**

1322 Jeugdigen in dag- of residentiële behandeling, maar ook binnen een gezin en op school, leven met  
1323 elkaar. Om opvoedingstechnieken gericht op vermindering van gedragsproblemen op een effectieve  
1324 manier in te kunnen zetten is een positief opvoedingsklimaat een voorwaarde. Daarmee doe je recht  
1325 aan de gewenste structuur die nodig is binnen het verband waarin jeugdigen samenleven, bied je de  
1326 jeugdige de mogelijkheid om nieuwe vaardigheden te leren, en houd je tegelijkertijd oog en oor voor  
1327 de zorgen, eigenaardigheden, spanningen, plezier enzovoort van individuele jeugdigen (Van der Helm  
1328 & Hanrath, 2011).

1329 Oog en oor hebben voor individuele jeugdigen vraagt om sensitieve responsiviteit van de  
1330 (beroeps)opvoeders. Hiermee wordt bedoeld: respectvol, geïnteresseerd en betrokken met  
1331 jeugdigen omgaan; rekening houden met hun beperkingen; oog hebben voor hun behoeften en  
1332 capaciteiten; de mogelijkheden van jeugdigen bekrachtigen en creatief inzetten bij het werken aan  
1333 doelen; en betrouwbaar en beschikbaar zijn.

1334 Onderzoek toont aan dat jeugdigen tevredener zijn over de zorg naarmate zij meer ervaren  
1335 dat beroepsopvoeders sensitief en responsief op hen reageren (Harder, 2011). Ook voelen zij zich  
1336 hierdoor veiliger in een justitiële leefgroep (Eichelsheim & Van der Laan, 2011). Wel is van belang dat  
1337 beroepsopvoeders oog hebben voor de negatieve invloed die jeugdigen met ernstige  
1338 gedragsproblemen op elkaar kunnen hebben en het negatieve gedrag dat ze van elkaar kunnen leren  
1339 (ook wel 'deviantietraining' genoemd).

1340 **6.1.2 Toepassen van CGt-principes door jeugdzorgwerkers in de praktijk**

1341 In algemene zin moeten jeugdzorgwerkers kennis hebben van cognitief-  
1342 gedragstherapeutische principes om zo de continuïteit van de behandeling te waarborgen. Ook  
1343 moeten zij jeugdigen kunnen helpen bij het huiswerk dat zij van de CGt-therapeut hebben  
1344 meegekregen. Daarnaast kunnen jeugdzorgwerkers een bijdrage leveren aan het vergroten van  
1345 cognitieve vaardigheden. Ook kunnen zij indirect invloed uitoefenen op storende en helpende  
1346 gedachten. Wat dit concreet betekent, wordt hieronder uitgelegd.

1347

1348 **Vergroten van cognitieve vaardigheden**

1349 Technieken en middelen die de jeugdzorgwerker in kan zetten om cognitieve vaardigheden te  
1350 vergroten zijn: een zelfbeoordelingsformulier en het leren herkennen van spanningsopbouw met  
1351 behulp van een woedethermometer.

1352

1353 **6.1.3 Cognitief-gedragstherapeutische technieken<sup>6</sup>**

1354

1355 Jeugdzorgwerkers kunnen een aantal technieken inzetten om jeugdigen te leren beter waar te  
1356 nemen:

---

<sup>6</sup> Ontleed aan *Ernstige Gedragsstoornissen*.

- 1357 • observeren uit de tweede hand. Dit is het grondig doorvragen naar een situatie, het gedrag van de  
1358 jeugdige en de gevolgen daarvan (zie Slot & Spanjaard, 2009). Dit helpt de jeugdige om nog eens  
1359 goed te overdenken wat er precies gebeurd is;
- 1360 • situaties uit het dagelijks leven in de groep bespreken. Bij deze situaties zijn zowel de jeugdige als  
1361 de jeugdzorgwerker aanwezig geweest, waardoor zij kunnen uitwisselen wat zij beiden hebben  
1362 waargenomen;
- 1363 • samen videofragmenten bekijken. Zo kunnen ze samen nagaan wat ze nu eigenlijk zien gebeuren.

1364

1365 Een volgende stap is de jeugdige te leren feiten en interpretatie te onderscheiden. Wanneer de  
1366 jeugdzorgwerker bij observaties uit de tweede hand geen genoegen neemt met interpretaties maar  
1367 vraagt wat er dan precies gebeurde (wat deed de ander wel of juist niet?), wordt de jeugdige  
1368 gestimuleerd over het gebeurde na te denken. Jeugdigen leren zo het verschil ontdekken tussen  
1369 feiten en de conclusie die zij hieruit trekken. Hierna kunnen andere conclusies die de jeugdige trekt  
1370 onder de loep worden genomen.

1371

#### 1372 **Indirect beïnvloeden van storende gedachten**

1373 Als de jeugdige zijn gedragsrepertoire weet te vergroten, nemen storende gedachten af. Vergroting  
1374 van het gedragsrepertoire maakt immers dat de jeugdige meer kan, ook op die gebieden waarop zijn  
1375 storende cognities betrekking hebben. Jeugdzorgwerkers doen er dus goed aan ervoor te zorgen dat  
1376 de jeugdige succeservaringen heeft. Tegelijkertijd moeten jeugdzorgwerkers ervoor waken storende  
1377 kernovertuigingen niet impliciet te voeden. Wanneer een jeugdige last heeft van de storende  
1378 gedachte 'ik ben waardeloos en zal nooit iets bereiken', versterken opmerkingen als 'laat mij het nou  
1379 maar even doen' deze cognitie. Daarmee hebben zulke opmerkingen een averechtse invloed op de  
1380 behandeling. Averechtse reacties worden voorkómen door duidelijk te maken dat je een jeugdige  
1381 corrigeert om zijn gedrag, niet om zijn persoon, en door rekening te houden met de context waarin  
1382 het gedrag plaatsvindt.

1383

#### 1384 **Indirect bevorderen van helpende gedachten**

1385 Er zijn verschillende manieren waarop jeugdzorgwerkers jeugdigen kunnen stimuleren om helpende  
1386 gedachten te ontwikkelen. Zulke manieren zijn:

- 1387 • het secuur uitvoeren van de opvoedingstechnieken (zie hiervoor paragraaf 6.1.5). Hiermee krijgt  
1388 de jeugdige een concreet beeld van zijn sterke kanten en worden realistische gedachten versterkt;
- 1389 • het bewust maken van 'helpende opmerkingen'. Wanneer een groepsleider bij tegenslag  
1390 regelmatig relativerende opmerkingen maakt zoals 'pech, volgende keer beter', dan leert de  
1391 jeugdige dat hij zulke 'helpende gedachten' ook voor zichzelf kan formuleren;
- 1392 • het benoemen van het voordeel dat gewenst gedrag met zich meebrengt. Leg je uit wat het de  
1393 jeugdige oplevert als hij het gewenste gedrag vertoont, dan motiveert hem dat om adequaat te  
1394 handelen. Bovendien worden zo ook zijn realistische cognities versterkt.

#### 1395 **6.1.4 Toepassing van de werkwijze**

1396 Wanneer jeugdzorgwerkers zich richten op het vergroten van iemands cognitieve vaardigheden en  
1397 het beïnvloeden van zijn storende gedachten, dan gebeurt dit onder supervisie van de betrokken

1398 cognitief gedragstherapeut. Deze stelt samen met de uitvoerend jeugdzorgwerker een individueel  
1399 behandelingsplan op.

1400 Technieken om cognitieve vaardigheden te vergroten moeten niet alleen worden toegepast  
1401 tijdens geprotocolleerde trainingsmomenten of individuele mentorgesprekken. Het is juist van  
1402 belang dat dit ook binnen de gewone dagelijkse routine gebeurt. Zo kunnen jeugdzorgwerkers in het  
1403 dagelijks leven van de jeugdigen ook helpende zinnen gebruiken of jeugdigen inleiden om ze te  
1404 gebruiken, zoals: 'Stop, denk eerst even na'. Ook kunnen ze verwijzen naar metaforen die gebruikt  
1405 zijn in de therapie of training.

1406 Generalisatie van dat wat tijdens een training of therapie is geleerd, moet niet alleen  
1407 plaatsvinden naar het dagelijks leven in de groep, maar ook naar de verschillende milieus waarin de  
1408 jeugdige verkeert. Denk aan de klas, de thuissituatie of een vervolgsituatie. In zulke omgevingen zal  
1409 hij het geleerde verder in praktijk moeten brengen. Dit vraagt om een gedegen overdracht.

1410

1411

1412

### 1413 **Beschikbare interventies**

1414 Er worden geen specifieke sociale vaardigheidstrainingsprogramma's genoemd in de Databank  
1415 Effectieve Jeugdinterventies, wel genoemd worden de volgende cognitieve gedragsprogramma's  
1416 (met daarin een onderdeel sociale vaardigheid):

- 1417 • Minder Boos en Opstandig;
- 1418 • Zelfcontrole;
- 1419 • Remweg.

### 1420 **6.1.5 Gedragsbeïnvloeding (volgens de operante leertheorie)**

1421 Jeugdzorgprofessionals dienen zich te realiseren dat toepassing van de operante leertheorie  
1422 beperkingen kent als het gaat om jeugdigen met ADHD. Jeugdigen met ADHD hebben immers vaak  
1423 moeite informatie goed te verwerken en ervan te leren. Het gebruik van een beloningssysteem voor  
1424 een bepaald doel (bijvoorbeeld 'jas ophangen bij thuiskomst') werkt daardoor niet altijd. Het werkt  
1425 alleen wanneer de beloning de sterkste prikkel is en niet door andere prikkels wordt overstemd.  
1426 Anders dooft het geleerde gedrag snel uit.

1427

1428 De inzet van technieken op basis van de operante leertheorie hebben dus niet zozeer als doel om  
1429 nieuw gedrag aan te leren (al suggereert de term *leertheorie* dat wel), maar om jeugdigen met ADHD  
1430 vooraf structuur aan te bieden, dus voordat het ADHD-gedrag ontstaat. Het gaat om structureren,  
1431 niet om leren. (Beroeps)opvoeders moet altijd in het oog houden dat ADHD bepaalde beperkingen  
1432 met zich meebrengt waardoor niet alles leerbaar is, maar waarschijnlijk wel hanteerbaar(der) te  
1433 maken.

1434 In deze paragraaf wordt eerst besproken hoe de situatie die voorafgaat aan het gedrag kan  
1435 worden beïnvloed. Dit is met name waarmee de beroepsopvoeder voorwaarden creëert om de kans  
1436 groter maken dat de jeugdige gewenst gedrag laat zien. Deze technieken zijn voor de opvoeding en  
1437 een positief leefklimaat van jeugdigen met ADHD het meest van toepassing.

1438 Vervolgens komen technieken aan bod waarmee (beroeps)opvoeders op het gedrag van de  
1439 jeugdige kunnen reageren. Daarmee kunnen ze dat gedrag beïnvloeden. Wanneer de technieken  
1440 goed worden uitgevoerd zullen ze kort en spelen ze in op het zichtbare gedrag in het hier en nu. Dit



1441 maakt veel van de technieken confronterend voor de betrokken jeugdige, wat nogmaals het belang  
1442 van een positief pedagogisch klimaat onderstreept.

1443

#### 1444 **Voorafgaand aan gedrag het klimaat beïnvloeden**

1445 Het is belangrijk dat beroepsopvoeders vooral gewenst gedrag proactief bevorderen, en er niet  
1446 alleen op reageren. Dit doen zij door de situatie die aan gedrag voorafgaat zó in te richten dat de  
1447 jeugdige de kans krijgt om succeservaringen op te doen en gewenst gedrag te vertonen. De  
1448 beroepsopvoeder kan daarbij de volgende technieken inzetten:

1449 • Voorspelbaar maken van de omgeving, dagelijkse routine en regels.

1450 In een voorspelbare omgeving en met een dagelijkse routine weten jeugdigen waar ze aan toe zijn  
1451 en wat er van ze verwacht wordt. Wanneer de dagelijkse routine veel leerkansen bevat, worden  
1452 jeugdigen uitgedaagd gedrag te laten zien dat past bij hun ontwikkelingstaken en leren zij nieuwe  
1453 vaardigheden.

1454 • Betrokkenheid.

1455 Bij betrokkenheid gaat het erom dat opvoeders een positieve band opbouwen met de jeugdige.  
1456 Dit doen ze door samen tijd door te brengen, interesse te tonen in wat de jeugdige bezighoudt en  
1457 genegenheid te laten zien (sensitief-responsief gedrag).

1458 • Positief herformuleren.

1459 Positief herformuleren kent twee vormen. Zo kun je benadrukken wat al goed gaat ('Goed dat je  
1460 bent begonnen!') in plaats van te benadrukken wat nog niet goed is ('Ben je nu nóg niet klaar?!').  
1461 Je kunt ook ongewenst gedrag herformuleren in gewenst gedrag. Wanneer een beroepsopvoeder  
1462 zegt: 'Je moet niet zo schreeuwen!', weet de jeugdige wat hij *niet* moet doen, maar nog steeds  
1463 niet wat hij *wel* moet doen. Een positieve herformulering is: 'Zorg eerst even dat je rustig wordt,  
1464 ga even muziek luisteren, en kom me dan rustig vertellen waar je boos over bent'. Positief  
1465 herformuleren stimuleert de jeugdige om gewenst gedrag te laten zien en maakt de jeugdige  
1466 duidelijk wat er van hem gevraagd wordt.

1467 • Effectief opdrachten geven, instrueren, voordoen en oefenen.

1468 Wanneer beroepsopvoeders duidelijke opdrachten geven en de jeugdige complimenteren als hij  
1469 daaraan gehoorzaamt, dan vergroot dat de kans dat deze het gewenste gedrag vertoont. Bij veel  
1470 vaardigheden (zoals sociale vaardigheden of vaardigheden in het leren hanteren van  
1471 gedragsproblemen) is het zinvol het gedrag niet alleen in stapjes te instrueren maar ook zelf voor  
1472 te doen en het de jeugdige meerdere keren te laten oefenen (Slot & Spanjaard, 2009).

1473 • Inseinen.

1474 Bij inseinen wordt een jeugdige erop attent gemaakt dat hij bepaald adequaat gedrag kan  
1475 vertonen. Het gaat dan vaak om gedrag dat eerder besproken of geoefend is. Als een geschikte  
1476 situatie zich voordoet, seint de beroepsopvoeder de jeugdige in dat hij het geoefende gedrag nu  
1477 kan toepassen (Slot & Spanjaard, 2009).

1478 • Problemen oplossen.

1479 Veel ongewenst gedrag kan voorkómen worden door het probleemoplossende vermogen van  
1480 jeugdigen te vergroten. De beroepsopvoeder leert de jeugdige om te bedenken wat het probleem  
1481 is, welke oplossingen er mogelijk zijn en welke gevolgen die verschillende oplossingen hebben. Op  
1482 basis daarvan leert de jeugdige een keuze te maken. Het aanleren van probleemoplossende  
1483 vaardigheden maakt dat de jeugdige in de toekomst niet naar die ene minder gewenste oplossing  
1484 hoeft te grijpen (schelden of boos weglopen), maar dat hij beschikt over meerdere alternatieven  
1485 en rustiger een keuze kan maken. Wanneer beroepsopvoeders regelmatig deze techniek

1486 toepassen, ontstaat er tussen jeugdige en beroepsopvoeder een sfeer van constructief overleg  
1487 (Albrecht et al., 2010; Schlüter et al., 2006).

1488

#### 1489 **Reageren op gedrag: bekrachtigen van gewenst gedrag**

1490 Ook achteraf kun je gedrag bewust beïnvloeden. Daarbij kun je reageren op wat de jongere (al) goed  
1491 doet, maar ook op wat hij (nog) niet goed doet. Reageren op wat de jongere (al) goed doet, wordt  
1492 ook wel positieve bekrachtiging genoemd. Gedrag dat regelmatig positief bekrachtigd wordt, zal de  
1493 jeugdige vaker laten zien. Positieve bekrachtiging is de effectiefste opvoedingstechniek waarover een  
1494 beroepsopvoeder beschikt. Het effect van bekrachtiging is het grootst wanneer de beroepsopvoeder  
1495 vijfmaal vaker reageert op wat de jeugdige goed doet dan op wat hij fout doet (De Groot, 2004).

1496

1497 Er zijn verschillende vormen van *sociale bekrachtiging*, bijvoorbeeld complimenten geven en iemand  
1498 aanmoedigen, om zo te bewerkstelligen dat jeugdigen het gewenste gedrag vaker gaan tonen.

1499 Beroepsopvoeders kunnen daarbij de volgende technieken inzetten:

1500

- Prijzen.

1501 Bij prijzen gaat het bijvoorbeeld om het opsteken van een duim, 'goed zo' zeggen of glimlachen  
1502 naar de jeugdige (onder meer Webster-Stratton, 2007). Hierdoor merkt de jeugdige dat hij iets  
1503 goed doet.

- Complimenteren.

1505 Complimenteren lijkt op prijzen, maar het verschil is dat bij complimenteren ook het concrete  
1506 gedrag wordt benoemd. In plaats van 'goed zo' zegt de opvoeder bijvoorbeeld 'goed zo, fijn dat je  
1507 zo rustig een boek leest!'. Hierdoor is voor de jeugdige ook duidelijk wát hij goed doet. Een  
1508 compliment is dus informatiever (Slot & Spanjaard, 2009).

- Feedback geven.

1510 Feedback gaat nóg een stapje verder. De jeugdige krijgt hierbij namelijk ook te horen waaróm hij  
1511 iets goed doet. Vooral wanneer de jeugdige op zijn eigen voordeel wordt gewezen is dit een  
1512 effectieve strategie.

1513

1514 Bij *materiële bekrachtiging* krijgt de jeugdige naast sociale bekrachtiging een zichtbare bekrachtiging  
1515 in de vorm van bijvoorbeeld smileys of stickers. Dit werkt op zichzelf al belonend. Meestal kan de  
1516 jeugdige deze 'tokens' later inwisselen voor iets anders, de echte beloning. Er zijn twee vormen van  
1517 materiële bekrachtiging:

- Beloningssystemen.

1519 Een beloningssysteem is gericht op specifiek doelgedrag dat vooraf is bepaald. Als een jeugdige  
1520 dit specifieke gedrag laat zien, verdient hij bijvoorbeeld een sticker of een krul. Heeft de jeugdige  
1521 een vooraf afgesproken aantal *tokens* behaald, dan kan hij deze inruilen voor de beloning.

- Feedbacksystemen.

1523 Bij feedbacksystemen wordt de gebruikelijke feedback extra benadrukt doordat de jeugdige het  
1524 gewenste gedrag opschrijft op een kaart en er daarnaast punten voor verdient. Deze punten  
1525 komen nadrukkelijk boven op de gebruikelijke feedback (Slot & Spanjaard, 2009) en geeft de  
1526 feedback een extra accent. Bij een feedbacksysteem gaat het niet om vooraf vastgesteld  
1527 doelgedrag, maar om al het gewone dagelijkse gewenste gedrag dat een jeugdige laat zien. Een  
1528 feedbacksysteem zorgt ervoor dat jongeren de feedback op hun gedrag serieus nemen. Een ander  
1529 belangrijk voordeel is dat het systeem de beroepsopvoeders eraan herinnert dat zij bewuster met  
1530 feedback omgaan en vaker feedback geven.

1531

1532 **Reageren op gedrag: ombuigen ongewenst gedrag**

1533 Kenmerkend voor jeugdigen met ADHD is dat zij zeer regelmatig problematisch gedrag laten zien,  
1534 zoals bijvoorbeeld regels overtreden en geen gehoor geven aan instructies. In manieren van  
1535 reageren op ongewenst gedrag is onderscheid te maken tussen technieken die gericht zijn op het  
1536 aanleren van nieuw gedrag en technieken die zijn gericht op het uitdoven van ongewenst gedrag.

1537

1538 Opvoedingstechnieken gericht op het ombuigen van ongewenst gedrag:

- 1539 • Sturende feedback.

1540 Sturende feedback gebruikt de (beroeps)opvoeder als een jeugdige tegelijkertijd gewenst en  
1541 ongewenst gedrag laat zien. Hij benoemt dan alleen wat er goed gaat en negeert wat er niet goed  
1542 gaat. Het doel hiervan is dat de jeugdige het gewenste gedrag voortzet en het ongewenste gedrag  
1543 stopt.

- 1544 • Corrigerende instructie.

1545 Bij een corrigerende instructie zegt de (beroeps)opvoeder niet alleen tegen de jeugdige wat er  
1546 niet goed gaat, maar geeft hij ook aan wat hij wèl van de jeugdige verwacht en waarom het voor  
1547 de jeugdige handig is dit gedrag te laten zien. Daarmee stopt de (beroeps)opvoeder niet alleen  
1548 het ongewenste gedrag, maar leert hij de jeugdige direct nieuw gedrag aan (Slot & Spanjaard,  
1549 2009).

1550

1551 Opvoedingstechnieken gericht op het *uitdoven van ongewenst gedrag* zijn:

- 1552 • Negeren.

1553 Negeren houdt in dat een jeugdige geen aandacht krijgt als hij storend gedrag laat zien. Dit  
1554 betekent dat de opvoeder bewust zijn aandacht ergens anders op richt en niet reageert op het  
1555 storende gedrag. Daarbij is van belang dat al het lichamelijke, verbale en visuele contact met de  
1556 jeugdige wordt verbroken. In groepsverband kan een beroepsopvoeder niet altijd kiezen voor het  
1557 negeren van ongewenst gedrag. Het risico is dan groot dat jeugdigen elkaars negatieve gedrag  
1558 versterken. De corrigerende instructie of time-out ligt dan meer voor de hand.

- 1559 • Time-out/apart zetten.

1560 Bij een time-out wordt een jeugdige ergens alleen gelaten zodat hij tijdelijk geen aandacht krijgt.  
1561 Dit is dus eigenlijk een zwaardere variant van negeren.

- 1562 • Straffen.

1563 Behalve de hierboven beschreven opvoedingstechnieken kan de beroepsopvoeder ook een straf  
1564 inzetten, maar alleen als het gedrag echt niet getolereerd kan worden. Straffen zijn bij voorkeur  
1565 mild (een kleine consequentie en kortdurend). Ze worden alleen ingezet in situaties waarin direct  
1566 reageren niet mogelijk is maar het wel belangrijk is een signaal af te geven. Straf geven is namelijk  
1567 een van de minst effectieve middelen van beroepsopvoeders. Je kunt straffen door iets leuks weg  
1568 te nemen (zoals geen tv mogen kijken) of iets onaangenaams toe te voegen (zoals een extra klusje  
1569 moeten opknappen of een taak moeten overnemen van een jeugdige die benadeeld is). Een straf  
1570 mag nooit bestaan uit het intrekken van een eenmaal verdiende beloning.

### 1571 **6.1.6 Praktische uitvoering van de opvoedingstechnieken**

1572 Bij de toepassing van deze opvoedingstechnieken is het altijd belangrijk te kijken naar de individuele  
1573 jeugdige. In diens behandelingsplan staat welke aanpassingen in de dagelijkse routine of omgeving  
1574 nodig zijn om gewenst gedrag te bevorderen, en welk doelgedrag extra bekrachtigd moet worden  
1575 om ongewenst gedrag uit te doven en welke vaardigheden de jeugdige nog moet leren (eventueel,  
1576 omdat dit bij ADHD maar beperkt mogelijk is). Dit betekent dat de aanpak per jeugdige verschilt. Het  
1577 is belangrijk dit uit te leggen zodat jeugdigen weten waarom bepaalde zaken niet voor iedereen  
1578 gelden.

1579 Hoewel deze opvoedingstechnieken in principe bij jeugdigen van alle leeftijden kunnen  
1580 worden ingezet, zijn er voor de verschillende leeftijdsgroepen wel accenten aan te geven. Grofweg  
1581 ligt de nadruk bij kinderen onder de zes jaar op afleiden en negeren, terwijl dit bij kinderen tussen de  
1582 zes en twaalf jaar uitleggen, expliciet grenzen stellen en corrigeren is. Bij jongeren vanaf twaalf jaar  
1583 gaat het steeds meer om samen problemen oplossen.

1584 Het is niet eenvoudig om deze opvoedingstechnieken zorgvuldig en consequent toe te  
1585 passen. Bidirectionaliteit betekent niet alleen dat (beroeps)opvoeders invloed hebben op het gedrag  
1586 van jeugdigen, maar ook dat jeugdigen invloed hebben op het gedrag van opvoeders. Met hun  
1587 gedrag prikkelen jeugdigen opvoeders vooral om op ongewenst gedrag te reageren. Opvoeders zien  
1588 dan vaak niet meer dat een jeugdige ook nog gewenst gedrag vertoont. Het is met name lastig om de  
1589 regel 'vijf keer positief bekrachtigen tegenover één keer reageren op ongewenst gedrag' consequent  
1590 toe te passen. Ook vereist het specifieke vaardigheden om oog te hebben voor leermomenten van  
1591 individuele jeugdigen in een vaak onrustige behandelgroep, in een volle schoolklas, of in een druk  
1592 gezin. Om deze technieken zorgvuldig te blijven toepassen moeten beroepsopvoeders in een  
1593 residentiële setting gericht worden opgeleid. Bovendien dienen ze regelmatig methodische  
1594 werkbegeleiding te krijgen en dient de uitvoering van hun werk te worden gemonitord.  
1595 Ook veel ouders en leerkrachten zullen het op prijs stellen hierin begeleid te worden.

### 1596 **6.1.7 Betrekken omgeving**

1597 De ouders van de jeugdige moeten consequent worden betrokken bij de behandeling van hun kind.  
1598 Het is belangrijk om samen met de ouders een plan te maken en dat gezamenlijk uit te voeren.  
1599 Daarnaast is het van belang om ook de omgevingen buiten het gezin bij de opvoeding en  
1600 behandeling te betrekken. Wanneer in verschillende omgevingen dezelfde opvoedingstechnieken  
1601 worden gebruikt, dan versterken deze elkaar. Juist bij ernstige gedragsproblemen is het essentieel  
1602 dat de jeugdige ook op school volgens dezelfde opvoedingstechnieken begeleid wordt. Hierover gaat  
1603 de volgende paragraaf.

1604

1605 Je kunt de volgende adviezen en tips geven aan ouders:

- 1606 • Stel een duidelijke dagindeling op. Deze moet zo , voorspelbaar en gestructureerd mogelijk zijn.
- 1607 • Hanteer duidelijke en consequente regels, en communiceer deze vooraf goed.
- 1608 • Beloon goed gedrag en bestraf ongewenst gedrag. Ook hier geldt: communiceer dit goed vooraf.
- 1609 • Werk aan een positief en realistisch zelfbeeld. Geef complimenten.
- 1610 • Laat de jongere klusjes doen waarbij hij kan bewegen.

- 1611 • Betrek de jongere bij mogelijke oplossingen en afspraken. Zet deze afspraken goed leesbaar op  
1612 schrift, en verwijst ernaar. Maak niet te veel afspraken tegelijk.  
1613 • Stel niet te hoge eisen aan opdrachten die niet altijd uitdagend zijn.

## 1614 **6.2 Samenwerking tussen jeugdzorg en school bij jeugdigen met ADHD**

1615  
1616 De gevolgen van ADHD voor jeugdigen kan deelname aan het onderwijs belemmeren en tot slechte  
1617 prestaties en schoolverzuim leiden. Dit kan weer schooluitval tot gevolg hebben. De gevolgen  
1618 daarvan zijn groot op de korte termijn (verveling, beperkt contact met leeftijdgenoten) én op de  
1619 lange termijn (slechtere arbeidsmarktpositie, slechtere gezondheid).

1620 Ongeoorloofd schoolverzuim of thuiszitten komt bij scholieren van alle leeftijden voor, maar  
1621 het aantal thuiszitters is het grootst onder jongeren. Bij alle leeftijdsgroepen is gedragsproblematiek  
1622 een belangrijke reden voor het thuiszitten. Daarnaast zijn er thuiszitters die door wachtlijsten in het  
1623 speciaal onderwijs niet naar school gaan. Ook bij deze groep kunnen gedragsproblemen voorkomen  
1624 (Ingrado, 2010a, 2010b).

### 1625 **6.2.1 Interventies en zorgstructuren gericht op het bevorderen van de schoolgang van jeugdigen** 1626 **met gedragsproblemen, waaronder ADHD**

1627 Een brede aanpak, gericht op school, ouders én jeugdige, heeft meer effect dan interventies die zich  
1628 uitsluitend richten op ouders of jeugdigen (Junger-Tas, 2002; Goei & Kleijnen, 2009). Daarnaast zijn  
1629 die preventieve interventies die gericht zijn op jeugdigen die zich nog in het onderwijs bevinden,  
1630 succesvoller dan curatieve programma's gericht op jeugdigen die zijn uitgevallen (Stegg & Webbink,  
1631 2006).

1632 Verschillende zorgvormen dragen bij aan blijvende schoolgang bij jeugdigen met ADHD. Deze  
1633 komen hieronder aan de orde.

1634

#### 1635 **Zorg en hulpverlening in en om de school**

1636 Er zijn aanwijzingen dat schoolbrede en gelaagde programma's gedragsproblemen op school kunnen  
1637 verminderen. Schoolbreed betekent dat de interventies worden uitgerold over de hele school (dus  
1638 niet alleen in de klas, maar ook op de speelplaats, in de kantine en in de buurt) en worden uitgevoerd  
1639 door iedereen die bij de leerling betrokken is. Gelaagd betekent dat er interventies zijn gericht op  
1640 alle leerlingen (de eerste laag), op risicoleerlingen (de tweede laag) en op leerlingen met hoog  
1641 risicogedrag ofwel problemen (de derde laag).

1642 *Schoolwide Positive Behavior Support* (PBS) is een voorbeeld van een schoolbreed  
1643 programma dat geïntroduceerd is in het Nederlandse onderwijs<sup>7</sup>. De aanpak omvat interventies voor  
1644 alle leerlingen (de eerste laag) en specifieke interventies voor jeugdigen die extra ondersteuning  
1645 nodig hebben (de tweede en derde laag). Bij de aanpak van PBS is standaard een  
1646 jeugdzorgprofessional betrokken die lid is van het PBS-gedragsteam op school. Daarnaast is in  
1647 Nederland een aantal interventies beschikbaar gericht op een van de afzonderlijke lagen.

---

<sup>7</sup> Zie voor meer informatie [www.nji.nl](http://www.nji.nl) > Databank Methodieken Pedagogische Kwaliteit.

1648 In interventies die zich richten op alle leerlingen (de eerste laag) wordt jeugdigen duidelijk  
1649 gemaakt welk gedrag wordt verwacht, wordt goed gedrag beloond en wordt uitgelegd welke  
1650 consequenties afwijkend gedrag heeft. Voorbeelden van dit soort interventies die zijn opgenomen in  
1651 de Databank Effectieve Jeugdinterventies zijn (zie bijlagen 3 en 4):

- 1652 • Taakspel;
- 1653 • Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD).

1654  
1655 Interventies van de tweede laag richten zich op risicoleerlingen. Dat is ongeveer vijftien procent van  
1656 de leerlingen. Voorbeelden van dit soort interventies die zijn opgenomen in de Databank Effectieve  
1657 Jeugdinterventies zijn (zie bijlagen 3 en 4):

- 1658 • STOP 4-7;
- 1659 • Signalering en PReventieve INTerventie bij antisociaal gedrag (SPRINT).

1660  
1661 Interventies van de derde laag zijn bedoeld voor leerlingen die meer zorg nodig hebben. Op basis van  
1662 een individueel pedagogisch handelingsplan worden interventies ingezet. Dat gebeurt vaak in  
1663 samenwerking met de jeugdzorg.

1664  
1665 Leerkrachten spelen een belangrijke rol in de aanpak van ADHD op school. Tegelijkertijd zijn er  
1666 duidelijke aanwijzingen dat leraren niet goed weten hoe ze moeten omgaan met zorgleerlingen met  
1667 ADHD. Daarom is professionele ondersteuning voor leerkrachten nodig. De jeugdzorgprofessional zal  
1668 deze leraren niet alleen uitleg, maar ook uitvoerig en concreet advies moeten geven. Leerkrachten  
1669 dienen ook samen te werken met ouders en anderen rondom de leerling. Deze samenwerking is  
1670 intensiever naarmate de onderwijszorgbehoefte van leerlingen toeneemt.

#### 1671 1672 **Schoolinterventies bij kinderen van zes tot twaalf jaar**

1673 Hulpverleners horen vaak klachten van ouders over de onbekendheid van leerkrachten met ADHD en  
1674 de aanpak hiervan op school. Uit onderzoek blijkt dat leerkrachten een gebrek aan kennis over ADHD  
1675 rapporteren en een gevoel van tekortschieten in het begeleiden van jeugdigen met ADHD (Antrop  
1676 e.a., 2002; Brook e.a., 2000).

1677 Aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsiviteit zorgen ervoor dat leerlingen met ADHD in  
1678 de klas moeite hebben om op hun beurt te wachten, alert te blijven, om de volgorde van een reeks  
1679 opdrachten te onthouden, om hun werk op tijd af te hebben, een weektaak te plannen en om soepel  
1680 over te schakelen van de ene naar de andere taak of activiteit. Daarnaast hebben jeugdigen met  
1681 ADHD regelmatig last van motivatieproblemen. Ze reageren minder op uitgestelde beloningen, dat  
1682 wil zeggen beloningen die niet direct na het gewenste gedrag worden gegeven (zie Luman,  
1683 Oosterlaan & Sergeant, 2005; Tripp & Wickens, 2009). Tot slot vinden jeugdigen met ADHD het vaak  
1684 moeilijk dingen te plannen en te organiseren, en hebben ze sociaal-emotionele problemen, zoals  
1685 beperkte sociale vaardigheden. Juist op school lopen ze tegen zulke problemen aan. Een effectieve  
1686 aanpak van ADHD in de klas is dan ook van groot belang voor het succes van deze jeugdigen op  
1687 school (Hinfelaar, Verheijden & Prins, 2011; Pieterse, Luman, Paternotte & Oosterlaan, 2012).

1688 In de onderzoeksliteratuur wordt het belang van een training in gedragsmanagement bij  
1689 ouders én leerkrachten benadrukt (Barkley, 2006). Een psychosociale behandeling op het gebied van  
1690 het schoolse functioneren van een jeugdige met ADHD wordt in de *Multimodal Treatment study of*  
1691 *children with ADHD*, de MTA-studie, bijvoorbeeld beschreven als 'van wezenlijk belang' (Wells e.a.,  
1692 2000). Een combitraining van leerkrachten en ouders is echter niet altijd geïndiceerd. Denk aan

1693 situaties waarbij de ADHD-problematiek met name thuis of vooral op school speelt. Maar ook in dat  
1694 laatste geval moeten de ouders altijd bij de behandeling worden betrokken.

1695

### 1696 **Zorgstructuur in en om de school**

1697

1698 Voor de zorg aan jeugdigen met gedragsproblemen bestaan binnen het Nederlandse onderwijsveld  
1699 verschillende voorzieningen en zorgstructuren. We noemen ze hier, omdat jeugdzorgprofessionals er  
1700 deel aan nemen of omdat ze ermee te maken hebben in het contact met school en ouders.

1701

#### 1702 *Zorgadviesteam*

1703 In een multidisciplinair zorg- en adviesteam (ZAT) werken scholen samen met professionals van het  
1704 (school)maatschappelijk werk, gedragsdeskundigen, de jeugdgezondheidszorg, Bureau Jeugdzorg, de  
1705 leerplichtambtenaar en de politie. Dat maakt de hulpverlening snel, effectief en efficiënt.

1706 Speciaal onderwijs is meestal niet aangesloten bij een ZAT, maar heeft binnen de  
1707 zorgstructuur Begeleiding & Ondersteuning (B&O) een interne multidisciplinaire Commissie van  
1708 Begeleiding (CvB) waar leerlingen met gedrags- en/of leerproblemen besproken worden. Ouders  
1709 worden van de bespreking van hun kind op de hoogte gesteld. De CvB adviseert welke strategie het  
1710 beste gehanteerd kan worden: extra begeleiding binnen en/of buiten school bijvoorbeeld, en/of  
1711 verwijzing naar de jeugdzorg/Jeugd-GGZ voor diagnostiek en behandeling. School koppelt dit terug  
1712 naar ouders en leerling.

1713

#### 1714 *Schoolmaatschappelijk Werk*

1715 Het schoolmaatschappelijk werk (SMW) verbreedt de zorg in het (speciaal) onderwijs. Het SMW  
1716 heeft specifieke kennis op het gebied van gedrags-, ontwikkelings- en opvoedingsproblemen en zet  
1717 deskundigen in om de problemen aan te pakken. Daarmee vormt het SMW een belangrijke schakel  
1718 tussen jeugdigen, ouders, school en (jeugd)zorginstellingen.

1719 Het SMW heeft drie taakgebieden: 1. schoolondersteuning; 2. hulpverlening aan ouders en  
1720 jeugdigen; en 3. toeleiding naar speciale en geïndiceerde zorg, zoals de Jeugd-GGZ en  
1721 (jeugd)zorginstellingen. Signalering, preventie en belangenbehartiging, het geven van voorlichting en  
1722 advies, en het motiveren en ondersteunen van ouders en jeugdigen bij verwijzing horen allemaal tot  
1723 de taken van het SMW. Up-to-date kennis van de sociale kaart, hulpverleningsmogelijkheden,  
1724 wachtlijsten en aanmeldingsprocedures is daarbij van groot belang .

1725

#### 1726 *Regulier onderwijs met ambulante begeleiding of speciaal onderwijs*

1727 In het reguliere onderwijs kunnen jeugdigen met ADHD ook extra begeleiding en ondersteuning  
1728 krijgen van een interne of externe ambulante begeleider. De ambulante begeleider stelt een  
1729 begeleidings- en ondersteuningsplan op, en geeft voorlichting en advies aan de leerkrachten en  
1730 interne begeleiders op de school. Wanneer blijkt dat extra begeleiding en ondersteuning binnen het  
1731 reguliere onderwijs onvoldoende is, kan de jeugdige worden aangemeld bij een school voor  
1732 (voortgezet) speciaal onderwijs. Meestal betreft het dan een indicatie voor cluster 4-onderwijs.

1733

#### 1734 *Onderwijsconsulent*

1735 Onderwijsconsulenten bemiddelen en adviseren bij individuele problemen rond de toelating van  
1736 geïndiceerde leerlingen (zorgleerlingen) op basisscholen en scholen voor voortgezet onderwijs. Voor  
1737 de aanpak van structurele problemen in het onderwijs aan zorgleerlingen zijn zogenoemde

1738 onderwijsconsulenten<sup>†</sup> in het leven geroepen. Zij hebben als taak duurzame, passende en  
1739 constructieve onderwijsvoorzieningen voor groepen zorgleerlingen te creëren. Onderwijsconsulenten  
1740 zijn onafhankelijke deskundigen met veel kennis en ervaring op het gebied van onderwijs aan  
1741 jeugdigen met een handicap, ziekte of stoornis (zie ook: *Wat is de rol van de onderwijsconsulent?*  
1742 <http://www.rijksoverheid.nl>; zoek op 'onderwijsconsulent').

1743

#### 1744 *Projecten in het kader van Plusvoorzieningen*

1745 Plusvoorzieningen zijn een uitbreiding van het aanbod op bestaande scholen voor voortgezet en  
1746 middelbaar (beroeps)onderwijs. Ze richten zich op 'overbelaste' jongeren van 12 tot 23 jaar,  
1747 waaronder jongeren met ernstige gedragsproblemen. Plusvoorzieningen bieden een samenhangende  
1748 aanpak van onderwijs, zorg, arbeid en andere vormen van gerichte ondersteuning. Ze kenmerken  
1749 zich onder andere door kleine onderwijsgroepen en snelle beschikbaarheid van bijvoorbeeld  
1750 schuldhelpverlening of verslavingszorg.

1751 De Plusvoorzieningen richten zich op overbelaste jongeren, maar vaak is ook de draagkracht/  
1752 draaglast van de ouders en het gezin langdurig uit balans. Ook dan moet daarom het uitgangspunt  
1753 zijn: één systeem, één plan, één regisseur.

1754 De term plusvoorzieningen sluit aan bij het adviesrapport *Van leerplicht naar leerrecht*. Dit  
1755 rapport is de neerslag van het onderzoek naar thuiszitters door de Kinderombudsman (zie ook  
1756 verwijzing naar onderwijsconsulent hierboven en projecten probleemleerlingen voor diverse  
1757 leeftijdsgroepen, <http://www.dekinderombudsman.nl> [23 mei 2013], zoek op 'leerrecht', en kies  
1758 rapport *Van leerplicht naar leerrecht*).

1759 De volgende projecten worden momenteel uitgevoerd:

- 1760 • Herstart (voor thuiszitters tot twaalf jaar);
- 1761 • Op de rails (voor jeugdigen ouder dan tien jaar);
- 1762 • Rebound (tijdelijke opvang en onderwijs buiten school; voor leerlingen voortgezet onderwijs).

1763

#### 1764 **6.2.2 School, ouderbetrokkenheid en zorg voor ouders en gezin**

1765 Zoals gezegd heeft een brede aanpak waarbij zowel de school als de ouders en de jeugdige worden  
1766 betrokken, grote voordelen. Dit geldt voor kinderen van alle leeftijden. De jeugdzorgprofessional  
1767 heeft de belangrijke taak ouders actief te ondersteunen bij het tot stand brengen en onderhouden  
1768 van contact met school.

1769

#### 1770 **Multisysteemtherapie MST**

1771 Multisysteemtherapie (MST) is een interventie voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen die  
1772 ook kan worden ingezet voor jeugdigen met ADHD en gedragsproblemen en/of andere stoornissen.  
1773 In MST wordt expliciet aandacht besteed aan de mogelijkheden van de jeugdzorgprofessional om de  
1774 betrokkenheid van ouders bij school te vergroten en de samenwerking tussen ouders en school te  
1775 verbeteren. Het gaat daarbij om de volgende strategieën:

- 1776 • ouders betrekken bij het ontwikkelen en uitvoeren van interventies op school;
- 1777 • ouders betrekken bij het ontwikkelen en uitvoeren van interventies thuis;
- 1778 • een effectieve samenwerking bevorderen tussen docenten en ouders om het gedrag en de  
1779 schoolprestaties van de jeugdige te verbeteren (Henggeler et al., 2010).



### 1780 **6.2.3 Zorg en hulpverlening aan jeugdigen op school**

1781 Naast interventies op school en in het gezin, kunnen ook individuele interventies voor de jeugdige  
1782 worden ingezet.

1783

#### 1784 **Mentorinterventies**

1785 Junger-Tas (2002) en DuBois, Holloway, Valentine en Cooper (2002) concluderen op basis van  
1786 Amerikaans effectonderzoek dat ook met tutor- en mentorinterventies, mits goed gestructureerd en  
1787 voortdurend begeleid, positieve effecten te bereiken zijn. Bij mentoring begeleidt een meer ervaren  
1788 persoon een minder ervaren persoon door praktische ervaringen uit te wisselen en regelmatig  
1789 feedback te geven.

1790

#### 1791 **Service-learning**

1792 Bij *service-learning* ontwikkelt een jeugdige vaardigheden terwijl hij zich inzet voor de (lokale)  
1793 gemeenschap. Denk aan schoonmaakacties in de buurt, hulp op kinderdagverblijven of in  
1794 verzorgingshuizen en het adopteren van een monument. *Service-learning* bevordert persoonlijke en  
1795 sociale groei, carrièreontwikkeling en maatschappelijke verantwoordelijkheid. Het heeft bovendien  
1796 een positief effect op de aanwezigheid van leerlingen op school en hun schoolprestaties (Shumer &  
1797 Duckenfield, 2004).

1798

#### 1799 **Interventies met positieve beloningen**

1800 Volgens Junger-Tas (2002) zijn juist die interventies succesvol waarin jongeren worden aangesproken  
1801 op hun eigenbelang. Dergelijke interventies bieden allerlei positieve beloningen, zoals financiële  
1802 beloningen of extra praktijkopleiding en training. Zulke positieve beloningen stimuleren leerlingen om  
1803 vaak op school aanwezig te zijn en hun opleiding af te maken.

1804

#### 1805 **Bestrafen schoolverzuim**

1806 Justitiële interventies gericht op het bestraffen van schoolverzuim, zoals een HALT-afdoening, ROOS  
1807 en Basta, blijken onvoldoende te helpen om het spijbelen van leerlingen tegen te gaan.

### 1808 **6.2.4 Inzet van de jeugdzorgprofessional om schoolgang te bevorderen**

#### 1809 **Samenwerken op basis van één systeem, één plan, één regisseur**

1810 Het is belangrijk dat de jeugdzorgprofessional binnen de vrijwillige hulpverlening, in samenspraak  
1811 met en na toestemming van de ouders, altijd contact opneemt met school. In het reguliere onderwijs  
1812 staan leraren die met jeugdigen met ADHD te maken hebben, soms te lang alleen. Zij voelen zich  
1813 onvoldoende gesteund en regelmatig geven zij pas een signaal af als de problemen al te groot zijn om  
1814 nog te kunnen hanteren. De jeugdzorgprofessional, ouders en school werken samen vanuit het  
1815 principe 'één systeem, één plan, één regisseur'.

1816 De samenwerking tussen jeugdzorg, school en ouders is in verschillende fasen van de zorg  
1817 belangrijk: de onderzoeksfase, het opstellen van een plan, de uitvoering ervan, en de evaluatie van  
1818 de hulp. De jeugdzorgprofessional verzamelt informatie over het gedrag en de leerprestaties van de  
1819 jeugdige op school. Hij kijkt naar risicofactoren, analyseert deze samen met school en ouders, en  
1820 inventariseert met alle betrokkenen de mogelijkheden voor verandering. Dit leidt tot een  
1821 gezamenlijk plan om de jeugdige vaardigheden aan te leren die bijdragen aan het naar school blijven

1822 gaan. Denk aan op tijd komen, vragen stellen als je iets niet begrijpt en het plannen en maken van  
1823 huiswerk. Ook het monitoren van de uitvoering van het plan vindt gezamenlijk plaats. Om te komen  
1824 tot een plan kan het nodig zijn eerst te werken aan de relatie tussen school en ouders.

1825           Structurele samenwerking tussen school en jeugdzorg kan de samenwerking tussen  
1826 jeugdzorgprofessionals en onderwijsmedewerkers verbeteren. Wanneer jeugdzorgwerkers  
1827 oudertrainingen op school aanbieden of leraren coachen in het toepassen van opvoedingstechnieken  
1828 (zie paragraaf 6.1), bevordert dit de samenwerking en de begeleiding van individuele jeugdigen.

#### 1829 **6.2.5 Leerlingen in (semi)residentiële voorzieningen**

1830 Beroepsopvoeders die (tijdelijk of deels) de dagelijkse zorg van ouders overnemen, hebben een taak  
1831 in de ondersteuning van jeugdigen bij het volgen van onderwijs en het onderhouden van contact met  
1832 school.

1833           Vooraf in residentiële settings vraagt onderwijs aandacht. Zo spelen beroepsopvoeders een  
1834 rol bij de begeleiding van huiswerk en de deelname aan ouderavonden op school. Wanneer  
1835 onderwijs en jeugdzorg verzorgd worden door een zogenoemde driemilieuvoorziening draagt een  
1836 gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het dagprogramma ertoe bij dat jeugdigen aan dat  
1837 programma deelnemen. Een driemilieuvoorziening biedt zowel onderwijs, vrijetijdsbesteding en  
1838 school/werk aan (en soms ook wonen).

1839

1840

### 1841 **6.3 Aanbevelingen Positief pedagogisch klimaat**

1842 • Betrek de omgeving van de jeugdige bij de behandeling, maak samen een behandelplan en voer  
1843 deze samen uit. Neem bij de behandeling ook altijd contact op met school. Leerkrachten vormen  
1844 een belangrijke schakel in de behandeling van jeugdigen met ADHD. Een effectieve aanpak van  
1845 ADHD in de klas is dan ook van groot belang voor het succes van de jeugdige op school.

1846 • Ideaal is om te werken vanuit één systeem, één plan, één regisseur: zowel jeugdzorg, ouders en  
1847 school werken vanuit één dossier samen aan een gezamenlijk plan.

1848 • Ondersteun ouders actief bij het tot stand komen en onderhouden van contact met school.

1849 • Kijk of je de school kunt ondersteunen, gericht op het schoolsucces van de jeugdige.

1850

1851 • Om opvoedingstechnieken op een effectieve manier in te kunnen zetten is een positief  
1852 opvoedingsklimaat een voorwaarde: sensitieve responsiviteit van de (beroeps)opvoeders en  
1853 leermomenten van de jeugdigen herkennen en hierop inspelen zijn essentieel. Dit geldt in alle  
1854 opvoedingssituaties: thuis, binnen de jeugdzorg en op school.

1855 • Ouders, verzorgers en school moeten zich ervan bewust zijn dat omgevingsfactoren voor  
1856 jeugdigen belangrijk zijn. Voorspelbaarheid van situaties zorgt voor stressreductie bij de jeugdige  
1857 met ADHD, waardoor deze beter kan functioneren.

1858 • Gedrag kan effectief veranderd worden door:

1859 ○ Maak de omgeving, dagelijkse routine en regels voorspelbaar

1860 ○ Bouw een positieve band op met een jeugdige

1861 ○ Geef effectief opdrachten, instrueer, doe voor en oefen met de jeugdige nieuw gedrag

1862 ○ Sein adequaat, gewenst gedrag in

1863 ○ Vergroot het probleemoplossend vermogen van de jeugdige

1864 ○ Bekrachtig gewenst gedrag: prijzen, belonen, feedback geven

1865 ○ Buig ongewenst gedrag om: geef sturende feedback, corrigeer gedrag in gewenst gedrag,  
1866 negeer ongewenst gedrag, maak gebruik van een time-out/ apart zetten, straf wanneer  
1867 gedrag echt niet getolereerd kan worden door bijvoorbeeld iets leuks weg te nemen, of iets  
1868 onaangenaams toe te voegen.

1869 • Zorg dat er binnen de cognitieve gedragstherapeutische technieken gewerkt wordt aan het  
1870 verbeteren van sociale vaardigheden, het aanleren van probleemoplossingsvaardigheden en het  
1871 vergroten van zelfregulatie.

1872

#### 1873 **Op jeugdzorgorganisatorisch niveau:**

1874 • Draag zorg voor structurele samenwerkingsvormen met het onderwijs.

1875 • Participeer in de zorgstructuur in en rond de school. Neem bijvoorbeeld deel aan een Zorg Advies  
1876 Team of gedragsteam en ondersteun leraren in de begeleiding van leerlingen door de  
1877 deskundigheid van leraren op het gebied van opvoedingstechnieken te bevorderen.

1878 • Introduceer en begeleid preventieve gedragsprogramma's in de klas of participeer in schoolbrede,  
1879 gelaagde programma's.

1880

- 1881 • Rust jeugdzorgwerkers toe met voldoende kennis over het onderwijsveld of stel deze kennis  
1882 binnen de organisatie beschikbaar.
- 1883 • Geef informatie aan scholen over het jeugdzorgaanbod in de regio en de mogelijkheden voor  
1884 ondersteuning in en om de school.
- 1885

CONCEPT

## 1886 **Bijlage 1: Diagnostische criteria van ADHD volgens DSM-5**

1887

1888 In mei 2013 is de herziening van de DSM-IV, de DSM-5, gepresenteerd door de American Psychiatric  
1889 Association. Voor ADHD gelden nog steeds de zelfde 5 criteria:

1890

1891 1) Symptoom criterium: Aanwezigheid van 6 of meer symptomen van ofwel 9 aandachtstekort  
1892 symptomen, ofwel 6 symptomen van hyperactiviteit/impulsiviteit, ofwel 6 of meer symptomen  
1893 van beide (aandachtstekort symptomen en hyperactiviteit/impulsiviteit symptomen);

1894

1895 2) Leeftijdscriterium: Aanwezigheid van enkele van de symptomen voor een bepaalde leeftijd;

1896

1897 3) Context criterium: De symptomen moeten aanwezig zijn in meer dan 1 sociale context. Dus niet  
1898 alleen in het gezin, of alleen op school;

1899

1900 4) Beperking (impairment) criterium: De symptomen moeten lijden tot belangrijke beperkingen in  
1901 het functioneren;

1902

1903 5) Andere stoornissen criterium: De symptomen worden niet veroorzaakt door een andere  
1904 psychiatrische stoornis.

1905

1906

1907 De belangrijkste verandering in de DSM-5 criteria voor kinderen en adolescenten zit in het  
1908 leeftijdscriterium. Dat is veranderd van *beneden de 7 jaar* (volgens de DSM-IV), naar *enkele van de*  
1909 *symptomen moeten aanwezig zijn op de leeftijd van 11 jaar of jonger*.

1910

1911 Voor adolescenten en volwassenen vanaf 18 jaar is ook het symptoom criterium aangepast. Voor die  
1912 leeftijdscategorie geldt de drempel van 5 symptomen in plaats van 6 symptomen.

1913

1914 • Volgens de DSM-IV heeft iemand in de leeftijd van 4 tot 16 jaar ADHD als hij/zij zes of meer van de  
1915 volgende aandachtsproblemen vaak (de meeste dagen van de week) heeft. Men spreekt dan van  
1916 het 'aandachtstekort type'.

1917

- 1918 • Onvoldoende aandacht voor details of achteloos fouten maken.
- 1919 • Moeite om de aandacht bij taken of spel te houden.
- 1920 • Niet lijken te luisteren.
- 1921 • Aanwijzingen niet opvolgen of opdrachten niet kunnen afmaken.
- 1922 • Moeite met organiseren van taken.
- 1923 • Vermijden of afkeer hebben van taken die langdurige geestelijke inspanning vragen.
- 1924 • Dingen kwijt raken die nodig zijn voor taken.
- 1925 • Gemakkelijk afgeleid worden.
- 1926 • Vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden.

1927 • Iemand heeft ook ADHD als hij of zij zes of meer kenmerken van hyperactiviteit of impulsiviteit  
1928 vaak (de meeste dagen van de week) heeft. Men spreekt dan van het 'hyperactiviteits/  
1929 impulsiviteitstype'.

1930

1931 De kenmerken van hyperactiviteit zijn:

- 1932 • Onrustig bewegen met handen en voeten of draaien op zijn of haar stoel.
- 1933 • Opstaan als zitten blijven verwacht wordt.
- 1934 • Rondrennen of overal op klimmen als dit ongepast is.
- 1935 • Moeilijk rustig kunnen spelen of ontspannende activiteiten uitvoeren.
- 1936 • In de weer zijn of maar doordraven.
- 1937 • Aan een stuk door praten.

1938 • De kenmerken van impulsiviteit zijn:

- 1939 • Het antwoord eruit gooien voordat de vragen afgemaakt zijn.
- 1940 • Moeite hebben met op de beurt wachten.
- 1941 • Verstoren van bezigheden van anderen.

1942

1943

1944 Het is ook mogelijk dat kinderen 6 of meer symptomen hebben van zowel aandachtstekort-  
1945 symptomen als van hyperactiviteits/impulsiviteitssymptomen. Dan wordt gesproken van het  
1946 'gecombineerde type'.

1947 **Bijlage 3: Overzicht van instrumenten ten behoeve van het diagnostisch proces**

1948 **Instrumenten diagnostische cyclus < 6 jaar<sup>8</sup>**

1949

Instrument	Leeftijd <sup>9</sup>	Items en afnameduur	Taal en kosten	Overige opmerkingen	Beschikbaarheid	Scoren	Sector
<b>CBCL</b>	1,5-5	- 99 items - invullen: 15-20 min. - scoring: 5 min. - interpretatie: 5 min.	- NL - specifieke aanpassingen voor allochtonen - niet gratis	- invullen door ouders	Voor diagnostisch geschoolde gedragswetenschapper/psychiater	- handscoringsprofielen - computerprogramma	- Jeugd-GGZ
<b>AVL</b>	4 - 18	- 18 items - invullen: 5 min. - scoring en interpretatie: 10-15 min.	- NL - niet gratis	- invullen door 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 - regulier en speciaal onderwijs
<b>CPRS (parents)</b>	3-18	- 80 items (lange versie) - invullen: 15-20 min. - 27 items (korte versie) - invullen: 5-10 min. - scoring en interpretatie: max. 10 min.		- invullen door ouders		- scoringsprofielen	- jeugdzorg - onderwijs
<b>CTRS (teachers)</b>	3-18	- 59 items (lange versie) - 28 items (korte versie)	- NL - niet gratis	- invullen door leerkrachten		- scoringsprofielen	- jeugdzorg - onderwijs
<b>VVA</b>	5-6	23 items - afname: 5 min. - scoring: 5 min. - interpretatie: 5 min.	- NL - niet gratis	- invullen door ouders	Voor bij PITS-geregistreeerde gebruikers: psychiaters / medici, psychodiagnostisch werkenden, paramedici, leerkrachten en remedial teachers	- door professionals die op de hoogte zijn van ADHD-problemen op jonge leeftijd: psychologen, orthopedagogen, jeugdartsen, kinderartsen, kinderpsychiaters en kinderneurologen	

1950

<sup>8</sup> Niet alles is bekend over de verschillende instrumenten. Dit zijn lege of halfgevulde cellen in deze tabel.

<sup>9</sup> in jaren

1951 **Instrumenten diagnostische cyclus  $\geq$  6 jaar**

1952

Instrument	Leeftijd <sup>10</sup>	Items en afnameduur	Taal en kosten	Overige opmerkingen	Beschikbaarheid	Scoren	Sector
<b>ASEBA<sup>11</sup></b> <b>Varianten:</b> <b>CBCL, TRF,</b> <b>YSR</b>			- CBCL, TRF, YSR vergen invoer in een specifiek programma dat daarna profielen toont. Kost tijd en geld.	- verschillende vragenlijsten			
<b>CBCL</b>	6-18	- invullen: 15-20 min. - scoring: 5 min. - interpretatie: 5 min.	- NL - specifieke aanpassingen voor allochtonen - niet gratis	- ouders - variant voor meisjes en jongens	- voor diagnostisch geschoolde gedragswetenschapper / psychiater	- handscoringsprofielen - computerprogramma	- Jeugd-GGZ
<b>TRF</b>	6-18	- 118 items - invullen: 15-20 min. - scoring: 5 min. - interpretatie: 5 min.	- NL - specifieke aanpassingen voor allochtonen - niet gratis	- leerkrachten - variant voor meisjes en jongens	- voor diagnostisch geschoolde gedragswetenschapper / psychiater	- handscoringsprofielen - computerprogramma	- school / kinderdagverblijf
<b>YSR</b>	11-18	- invullen: 15-20 min. - scoring: 5 min. - interpretatie: 5 min.	- NL - specifieke aanpassingen voor allochtonen - niet gratis	- jongeren	- voor diagnostisch geschoolde gedragswetenschapper / psychiater	- handscoringsprofielen - computerprogramma - afname onder supervisie van en interpretatie door diagnostisch geschoolde gedragswetenschappers of psychiaters	- jeugdzorg
<b>AVL</b>	4 - 18	- 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 - regulier en speciaal onderwijs
<b>BRIEF</b>	5-18	- 86 items - afname en interpretatie: 30 min.	- NL - niet gratis	- oudervragenlijst en leerkrachtenvragenlijst	- voor gedragswetenschapper / psychiater	- profielformulieren - digitale versie	- Jeugd-GGZ
<b>SEV</b>	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

1953

<sup>10</sup> in jaren

<sup>11</sup> ASEBA kent een drietal varianten. Over de varianten wordt specifieke informatie gegeven.



1954 **Bijlage 3: Overzicht van interventies bij ADHD<sup>12</sup>**

1955

		Ambulant	Residentieel	Leeftijd	Ouder / gezin	Jeugdige	Leerkracht	Specifiek ADHD	(Ook) andere stoornissen	Algemeen <sup>13</sup>	Effectiviteit
1.	Agressieregulatie			16-24					Forse agressieregulatieproblematiek		Erkend <sup>14</sup>
2.	Alles Kidzzz			9-12					Externaliserend probleemgedrag		Bewezen effectief, ook op langere termijn
3.	BPTG			4-12					ADHD en gedragsproblemen		Waarschijnlijk effectief
4.	Cogmed			7-17					ADHD en andere (leer)stoornissen		Theoretisch goed onderbouwd
5.	Een nieuwe koers			6-12							??
6.	Functional Family Therapy (FFT)			11-18					Ernstig gedragsproblemen (antisociaal en oppositioneel), verhoogde kans op psychische problematiek		Waarschijnlijk effectief, lange termijnconclusies onbekend
7.	Gezin Centraal			6-14					Ernstige psychosociale problematiek		Theoretisch goed onderbouwd
8.	Groepsmediatie			4-12							Theoretisch goed onderbouwd
9.	Helping de Non-Compliant Child			3-8							??
10.	Incredible Years/ Pittige jaren			2-8					OOD of antisociale stoornis, of risico daarop		Bewezen effectief
11.	Kids skills			3-12							Theoretisch goed onderbouwd
12.	MDFT			12-18					Alcohol en drugsproblemen, gedrags- en psychische stoornissen		Erkend <sup>3</sup>
13.	Minder boos en opstandig			8-12					Agressieve of opstandige gedragsstoornis, eventueel met ADHD		Theoretisch goed onderbouwd
14.	MST			jongeren					Ernstig antisociaal en delinquent gedrag		Erkend <sup>3</sup>
15.	New Forest Parenting Package			2-9							??

<sup>12</sup> een grijs gekleurd vakje betekent dat de interventie aan het kenmerk voldoet.

<sup>13</sup> Denk aan algemene opvoedings- en pedagogische vaardigheden.

<sup>14</sup> Justitiële categorisering.

16.	Opstandige kinderen		2-12					ADHD en ODD		Theoretisch goed onderbouwd
17.	OVG		0-18						Verstoorde communicatie ouder-kind	Theoretisch goed onderbouwd
18.	PAD		4-12							
19.	PCIT		2-7					Gedragsproblemen (OOD, gedragsstoornis in engere zin, ADHD)		Theoretisch goed onderbouwd
20.	PMTO		4-12					Externaliserende gedragsproblemen, al dan niet met hyperactiviteit		Theoretisch goed onderbouwd
21.	Pubers met ADHD		>12							Theoretisch goed onderbouwd
22.	PVG-dieet		2-15					ADHD en ODD		Bewezen effectief
23.	Remweg		6-12							Theoretisch goed onderbouwd
24.	SPRINT		6-12					Verminderen antisociaal gedrag		Goed onderbouwd
25.	STOP 4-7		4-7					Antisociale gedrag, ODD, disruptieve gedragsstoornissen		Theoretisch goed onderbouwd
26.	Taakspel		6-12						Universeel preventie programma	Effectief volgens sterke aanwijzingen
27.	Triple P		0-16							Theoretisch goed onderbouwd
28.	VIPP-SD		1-3						Gedragsproblemen	Bewezen effectief
29.	Zelfcontrole		9-12					Agressief en oppositioneel gedrag		Theoretisch goed onderbouwd

1956

1957 **Bijlage 4: Korte beschrijving interventies**

1958 Hier staan in het kort de interventies uit de voorgaande tabel beschreven. Dit zijn de korte  
 1959 inleidingen zoals die in de Database Effectieve Jeugdinterventies staan. Voor meer informatie: zie  
 1960 daar.  
 1961

1.	<p>Agressie Regulatie (AR) op Maat Ambulant is voor jongeren van 16 tot 24 jaar met forse agressieproblematiek. Zij hebben (intensieve) behandeling nodig om hun agressieve gevoelens en gedrag te leren reguleren. Via verplichte en optionele modules wordt er individueel gewerkt. Ook is er een groepstraining van twaalf bijeenkomsten. AR op Maat Ambulant is een langdurige behandeling van zes maanden tot twee jaar.</p> <p>Agressie Regulatie op Maat is een intramurale training voor jongeren van 16 tot 21 jaar met forse agressieregulatieproblematiek. Doel is de zelfregulatie van deze jongeren te verbeteren om zo de kans op recidive te verkleinen. De interventie combineert een cognitief-gedragsmatige aanpak met dramatherapeutische technieken. Nieuw gedrag wordt aangeleerd via rollenspellen, imitatie, modelling en positieve bekrachtiging.</p>
2.	<p>Alles Kidzzz is een geïndiceerde preventieve interventie in de vorm van een sociaal-cognitieve training. Het doel is agressief gedrag te verminderen en prosociaal gedrag te bevorderen bij jeugdigen met een verhoogde kans op externaliserend probleemgedrag. De interventie wordt op school uitgevoerd door een GGZ- preventiewerker en omvat 8 wekelijkse bijeenkomsten van 45 minuten, plus driemaal een gesprek met ouders, jeugdige en leerkracht.</p>
3.	<p>BPTG richt zich op het verminderen van gedragsproblemen bij kinderen van vier tot twaalf jaar met ADHD en gedragsproblemen. De groepsoudertraining bestaat uit dertien bijeenkomsten. Ouders krijgen psycho-educatie en leren gedragstherapeutische vaardigheden die belangrijk zijn in de opvoeding van kinderen met ADHD.</p>
4.	<p>Cogmed is een interventie waarbij het werkgeheugen wordt getraind zodat aandacht en concentratie verbeteren en hyperactiviteit en impulsiviteit verminderen. Cogmed kan bij ADHD en bij andere (leer)stoornissen worden ingezet. Cogmed RM is bedoeld voor zeven- tot en met zeventienjarigen.</p>
5.	<p><i>Een nieuwe koers</i> wil de werkhouding van jeugdigen met ADHD verbeteren via groepstraining van leerkrachten in het (speciaal) basis- en voortgezet onderwijs. Door observatietechnieken, psycho-educatie en gedragstherapeutische technieken leren docenten samen met ouders een individueel maatplan te ontwikkelen en uit te voeren. Hierdoor verbeteren de werkhouding, het zelfbeeld en de sociale interacties van de leerling.</p>
6.	<p>Functional Family Therapy focust op de problematische gezinssituatie en probeert het functioneren van het gezin als geheel en van de individuen afzonderlijk te herstellen. Primair richt deze kortdurende therapie zich op het vergroten van het vertrouwen in verandering, het verbeteren van de communicatieonderling, en het verbeteren van de relatie met de directe omgeving. Gemiddeld vinden er 16 tot 24 sessies plaats bij deze therapie, binnen een tijdsbestek van 3 tot 6 maanden. In de therapie worden drie fases onderscheiden: een verbindings- en motiveringsfase, een gedragsveranderingfase en een generalisatiefase.</p>
7.	<p>Gezin Centraal is een vraaggericht en gezinsgericht programma voor gezinnen met jeugdigen van zes tot veertien jaar. Van meet af aan is de hulp gericht op de oplossing van de</p>

	<p>problematiek door zelfsturing of empowerment van het gezin. Hierbij bepaalt een gezinsbegeleider met het gezin de hulpvraag en einddoelen, waarna hij een daarop aansluitend hulpverleningsarrangement samenstelt. Dit kan bestaan uit een combinatie van ambulante, residentiële en daghulpverlening.</p>
8.	<p>Groepsmediatietherapie is een therapie voor ouders van kinderen tussen de vier en twaalf jaar met ADHD. Het doel is om de ouders te helpen adequaat inhoud te geven aan hun ouderrol, waardoor zij de gedragsproblemen bij hun kind kunnen verminderen.</p>
9.	<p>Helping de Non-Compliant Child: staat niet in de database van het NJi.</p>
10.	<p>Incredible Years Basic is een groepstraining voor ouders van drie- tot en met zesjarige kinderen die een oppositioneel-opstandige of antisociale gedragsstoornis hebben, of het risico lopen een van deze stoornissen te ontwikkelen. In achttien wekelijkse sessies worden de ouders getraind in opvoedvaardigheden, waardoor de gedragsproblemen afnemen.</p>
11.	<p>Kids' Skills is een interventie gericht op kinderen in het primair onderwijs en heeft als doel deze kinderen op een positieve, constructieve manier problemen (alledaagse problemen maar ook ernstige problematiek) te laten overwinnen door hun nieuwe vaardigheden te leren. De interventie is zowel thuis als op school als in de GGZ toe te passen, door iedereen die te maken heeft met kinderen.</p>
12.	<p>Multidimensionele Familietherapie (MDFT) is een ambulante systeemtherapie aangevuld met bemoeizorg. MDFT is bedoeld voor jongeren tussen de twaalf en negentien jaar die probleemgedrag vertonen als overmatig drugs- en/of drankgebruik, criminaliteit en spijbelen, en die daarnaast vaak gedrags- en/of psychische stoornissen vertonen. Zij zijn meestal op meerdere leefgebieden vastgelopen of dat dreigt te gebeuren. MDFT richt zich niet alleen op de jongere zelf, maar ook op het gezin en op de bredere sociale omgeving van de jongere. Het doel van MDFT is een verslavingsvrije leefstijl zonder probleemgedrag te realiseren, en het risico op (strafrechtelijke) recidive te verkleinen. Een MDFT-traject neemt zes maanden in beslag, met twee tot drie sessies per week.</p>
13.	<p><i>Minder boos en opstandig</i> is een behandelprogramma voor ouders en kinderen van acht tot twaalf jaar met een agressieve of opstandige gedragsstoornis, eventueel in combinatie met ADHD. Doel is het probleemgedrag van het kind te verminderen door de opvoedingsvaardigheden van de ouders en de sociale vaardigheden van het kind te verbeteren.</p>
14.	<p>Multisysteemtherapie (MST) is een intensieve, ambulante behandelingsmethode gericht op jongeren die ernstig antisociaal en delinquent gedrag vertonen, en die op het punt staan om uit huis geplaatst te worden. MST richt zich op alle risicofactoren die samenhangen met dit probleemgedrag. De interventies die binnen MST worden ingezet richten zich vooral op ouders en andere sleutelfiguren uit de omgeving van de jongere, maar meestal wordt ook gewerkt aan de vaardigheden van de jongere zelf, zijn functioneren op school en de omgang met leeftijdgenoten. De behandelduur is gemiddeld drie tot vijf maanden.</p>
15.	<p>New Forest Parenting Package niet in de database NJi</p>
16.	<p>Het oudertrainingsprogramma <i>Opstandige kinderen</i> wil ouders leren om competentier met het opstandige gedrag van hun kind om te gaan. Ouders leren in de training diverse manieren om het gedrag van hun kind te belonen en te bestraffen.</p>
17.	<p>Orthopedagogische video-gezinsbehandeling (OVG) is een vorm van intensieve pedagogische thuishulp voor gezinnen met opvoedingsproblemen. De communicatie tussen ouders en</p>

	jeugdige (van nul tot achttien jaar) is ernstig verstoord, maar verder functioneert het gezin nog redelijk. OVG wil een uithuisplaatsing voorkomen of verkorten en de ontwikkelingsmogelijkheden van de jeugdige vergroten. Daarnaast leren de ouders vaardigheden om de opvoeding beter aan te kunnen.
18.	Het Programma Alternatieve Denkstrategieën is een programma om de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen van vier tot twaalf jaar te stimuleren. Het gaat hierbij om kinderen in het regulier en speciaal basisonderwijs, en op scholen voor speciaal onderwijs binnen een Regionaal Expertise Centrum (REC).
19.	Parent-Child Interaction Therapy is een geprotocolleerd behandelprogramma voor kinderen van twee tot zeven jaar met gedragsproblemen en hun ouders. Door de opvoedingsvaardigheden van de ouders te vergroten beoogt de interventie de gedragsproblemen bij de kinderen en de stress bij de ouders te verminderen.
20.	Parent Management Training Oregon (PMTO) is een behandeling voor gezinnen met een of meer kinderen met externaliserende gedragsproblemen, al dan niet gecombineerd met hyperactiviteit. Het doel van de behandeling is dat de jeugdigen beter gaan functioneren en minder gedragsproblemen laten zien doordat hun ouders effectievere opvoedingsstrategieën toepassen.
21.	<i>Pubers met ADHD</i> is een mediatietherapie voor ouders met een puber met ADHD. In tien groepsbijeenkomsten van twee uur krijgen de ouders psycho-educatie en opvoedings- en communicatietraining met als doel het problematisch gedrag van hun kind te verminderen. Tijdens de training worden veel praktische huiswerkopdrachten gegeven.
22.	Het eliminatiedieet, Pelsser-Voeding en Gedrag PVG voor jeugdigen van twee tot vijftien jaar met ADHD beoogt hun drukke gedrag te normaliseren en daardoor medicijngebruik overbodig te maken. Wanneer na individueel onderzoek blijkt dat de ADHD-symptomen worden 'getriggerd' door voeding, wordt een hypoallergeen basisdieet voorgeschreven. Dit wordt vervolgens individueel proefondervindelijk uitgebreid. In vijf weken wordt zo een effectief dieet op maat vastgesteld.
23.	<i>Remweg</i> is een cognitief-gedragstherapeutisch programma voor impulsieve, drukke kinderen met aandachtsproblemen (ADHD). Het programma kan gebruikt worden als trainingsmethodiek om (professionele) opvoeders in acht bijeenkomsten te leren hoe zij jeugdigen 'stop-denk-doe-gedrag' kunnen bijbrengen. Het programma kan door professionele opvoeders ook zelfstandig als behandelingsmethodiek gebruikt worden.
24.	Met Signalering en PReventieve INTerventie bij antisociaal gedrag (SPRINT) wordt de ontwikkeling van antisociaal gedrag van basisschoolleerlingen in groep 4 t/m 8 op school vroegtijdig gesignaleerd en via een ouder- en kindtraining doorbroken. SPRINT bewerkstelligt dit door het bevorderen van vaardigheden voor competent gedrag van het kind en van de opvoed- en monitoringvaardigheden van ouders. De training bestaat uit 12 wekelijkse individuele bijeenkomsten voor ouders en kinderen apart.
25.	STOP4-7 is een interventie voor vier- tot zevenjarige kinderen met ernstige gedragsproblemen, in het bijzonder antisociaal gedrag. De STOP4-7-interventie biedt een geïntegreerde benadering van de betreffende kinderen, hun ouders en hun leerkrachten.
26.	Taakspel is een universeel preventieprogramma. Het bestaat uit een groepsgerichte aanpak voor leerlingen van groep 4 tot en met 8 van het basisonderwijs, waarbij leerlingen middels een spel leren zich beter aan klassenregels en regels op de speelplaats te houden. Doel is het

	verbeteren van taakgericht gedrag en het verminderen van regelovertredend gedrag bij de kinderen en het bevorderen van een positief onderwijsklimaat. Uiteindelijk doel is beginnend probleemgedrag in een vroeg stadium te verminderen en om te buigen in positief gedrag.
27.	Triple P staat voor Positief Pedagogisch Programma, een van origine Australisch programma voor opvoedingsondersteuning aan ouders met kinderen in de leeftijd van nul tot zestien jaar. Het is een laagdrempelig en integraal programma dat (ernstige) emotionele en gedragsproblemen bij jeugdigen wil voorkomen door competent ouderschap te bevorderen.
28.	VIPP-SD is een gedragsinterventie voor ouders met kinderen in de leeftijd van een tot en met drie jaar. Het programma wil gedragsproblemen voorkomen of verminderen door opvoedingsvaardigheden van ouders te versterken, met aandacht voor positieve interactie en sensitieve disciplineringsstrategieën. Dit gebeurt in zes huisbezoeken door middel van feedback op video-opnamen van interacties tussen ouder en kind.
29.	<i>Zelfcontrole</i> is een sociaal-cognitief behandelprogramma voor kinderen van negen tot en met twaalf jaar met gedragsstoornissen, die zich vooral uiten in agressief en oppositioneel gedrag. De doelen van de interventie zijn: het verminderen van gedragsproblemen en van impulsief gedrag, het verbeteren van de sociaal-cognitieve vaardigheden en het vergroten van de zelfcontrole. Ouders en leerkrachten worden bij de behandeling betrokken. [niet opgenomen in database NJi,)

1962

## 1963 **Bijlage 5: Informatie over medicatie bij ADHD**

1964 Het vergroten van kennis bij leerkrachten over ADHD, medicatie en medicatietrouw is een win-win situatie.

1965 De visie van scholen is soms dat de niet verantwoordelijk is voor inname medicatie. Hierin kan de  
1966 jeugdzorgprofessional een rol spelen. Daarbij is van belang om n ate gaan wat het beleid op scholen is m.b.t.  
1967 beheer en inname van medicatie op school.

1968  
1969 Langwerkende medicatie i.v.m. inname medicatie op school en risico op vergeten heeft de voorkeur. Die  
1970 langwerkende medicatie wordt echter door veel van de zorgverzekeraars niet vergoed. De kortwerkende  
1971 medicatie (veelal Ritalin) heeft als nadeel dat kinderen vaker per dag medicatie in moeten nemen. Daardoor  
1972 wordt de medicatie vaak vergeten, of willen kinderen, met name adolescenten, niet geassocieerd worden met  
1973 medicatiegebruik. Daarnaast heeft kortwerkende medicatie zoals Ritalin het risico op misbruik (fijnmaken van  
1974 de pillen en vervolgens opsnuiven; dit veroorzaakt een kortdurende roes) en verhandelen van de medicatie.

1975  
1976 Onderstaande informatie is afkomstig van de website van Stichting Balans  
1977 (<http://www.steunpuntadhd.nl/adhd-behandelen/behandeling-met-medicijnen/soorten-medicijnen/>  
1978 Deze informatie is overgenomen op 18 november 2013).

1979  
1980 **Soorten medicijnen**

1981 AD(H)D is een neurobiologische stoornis. Er is een tekort aan de neurotransmitters dopamine en in  
1982 mindere mate noradrenaline. Neurotransmitters zijn stoffen in de hersenen die ervoor zorgen dat  
1983 boodschappen van de ene zenuwcel worden doorgegeven aan de andere. Door het tekort aan  
1984 dopamine en noradrenaline kan de inhibitie (remfunctie) van de hersenen niet goed worden  
1985 uitgevoerd. Een andere neurotransmitter die een rol speelt is serotonine, een regulator van het  
1986 dopamine-systeem.

1987  
1988 **Verschillende medicijnen**

1989 Medicijnen voor AD(H)D verhogen de hoeveelheid neurotransmitters (dopamine en noradrenaline) in  
1990 de ruimtes tussen de twee zenuwcellen. Hierdoor verbetert de remfunctie en verminderen de AD(H)D-  
1991 symptomen.

1992 Medicijnen die worden voorgeschreven bij AD(H)D vallen onder drie verschillende groepen:

- 1993
- 1994 • psychostimulantia, die ingrijpen op het dopamine en/of noradrenalinesysteem  
(methylfenidaat en dexamfetamine)
  - 1995 • middelen die ingrijpen op het noradrenalinesysteem (atomoxetine)
  - 1996 • tricyclische antidepressiva die ingrijpen op de (her)opname van serotonine en noradrenaline  
1997 (imipramine en nortryptiline)

1998 Clonidine is een bloeddrukverlagend middel dat in lage doseringen werkzaam is gebleken bij de  
1999 behandeling van AD(H)D. De werkzaamheid is minder dan die van de andere middelen en er zijn meer  
2000 bijwerkingen. Het wordt dan ook steeds minder voorgeschreven.

2001  
2002 **Slecht slapen**

2003 Een veelvoorkomend probleem bij AD(H)D is moeite met (in)slapen. Dit probleem wordt soms  
2004 verergerd door medicijngebruik. Voor de behandeling van dit probleem kan melatonine worden  
2005 voorgeschreven.

2006  
2007  
2008

2009 **Psychostimulantia**

2010  
2011  
2012  
2013  
2014  
2015  
2016  
2017  
2018  
2019  
2020  
2021  
2022  
2023  
2024  
2025  
2026  
2027  
2028  
2029  
2030  
2031  
2032  
2033  
2034  
2035  
2036  
2037  
2038  
2039  
2040  
2041  
2042  
2043  
2044  
2045  
2046  
2047  
2048  
2049  
2050  
2051  
2052  
2053  
2054  
2055  
2056  
2057

Psychostimulantia of amfetaminen vallen onder de Opiumwet. Dit betekent dat de Inspectie voor de Volksgezondheid de uitgifte van recepten controleert. Gebruikt u of uw kind dergelijke medicijnen en gaat u op reis naar het buitenland, dan heeft u een verklaring nodig. Kijk voor meer informatie hierover bij [AD\(H\)D-medicatie mee op reis](#).

**Methylfenidaat**

Meestal wordt methylfenidaat, verkrijgbaar onder de merknamen *Ritalin* (kortwerkende vorm), *Concerta*, *Equasym* en *Medikinet* (langwerkende vormen) voorgeschreven bij AD(H)D. Methylfenidaat is het best onderzochte en veiligste middel bij AD(H)D.

Bij medicijnen met methylfenidaat kan er vooral in de eerste weken sprake zijn van bijwerkingen. Na de eerste periode worden de bijwerkingen over het algemeen 'betrekkelijk mild' genoemd. Meer over de bijwerkingen in [overwegingen en bijwerkingen](#).

**Ritalin**

Ritalin is een kortwerkende vorm van methylfenidaat en het meest voorgeschreven middel bij AD(H)D. Het moet gemiddeld 2-3 keer per dag worden ingenomen. Ritalin begint een halfuur na inname te werken. De werking houdt ongeveer 3 tot 4 uur aan. Als het is uitgewerkt, kan sprake zijn van rebound-effecten: de AD(H)D symptomen worden dan juist erger.

**Concerta**

Concerta is de langwerkende vorm van methylfenidaat en is sinds 2002 in Nederland geregistreerd voor kinderen en adolescenten met AD(H)D. De langzame afgifte van methylfenidaat zorgt voor een gelijkmatige hoeveelheid werkende stof door de dag heen. Daardoor treden geen 'rebound-effecten' op. Concerta werkt ongeveer 12 uur.

**Equasym**

Equasym XL is sinds april 2007 in Nederland beschikbaar. Het medicijn is speciaal ontwikkeld voor kinderen met AD(H)D vanaf 6 jaar, om de schooldag te overbruggen. Het middel bestaat voor 30% uit snelwerkend en voor 70% uit langzaamwerkend methylfenidaat. Equasym werkt ongeveer 6 tot 8 uur.

**Medikinet**

Medikinet CR is in september 2007 in Nederland op de markt gekomen. CR staat voor Controlled Release (gecontroleerde afgifte). In Medikinet zit 50% snelwerkend en 50% langzaamwerkend methylfenidaat. Volgens de fabrikant werkt het middel binnen een half uur en houdt het therapeutische effect ongeveer 8 uur aan. Er is ook een kortwerkende variant op de markt.

**Dexamfetamine**

Dexamfetamine is het middel van tweede keuze bij een non-respons op methylfenidaat, vooral wanneer methylfenidaat wel goed werd verdragen. Als er relevante bijwerkingen of contra-indicaties waren op methylfenidaat, zal dexamfetamine meestal worden overgeslagen. Als methylfenidaat in sommige gevallen een averechts effect geeft, kan dexamfetamine toch een goed resultaat geven.



2058 **Atomoxetine**

2059

2060 Na ruim veertig jaar ervaring met methylfenidaat (Ritalin en Concerta) is er sinds december 2004 een  
2061 nieuw middel officieel geregistreerd voor de behandeling van AD(H)D.

2062

2063 **Strattera**

2064 Dit middel, atomoxetine (Strattera), heeft een andere werking dan methylfenidaat: het werkt op een  
2065 ander neurotransmittersysteem. De nieuwere inzichten veronderstellen bij patiënten met A(D)HD een  
2066 verstoorde verhouding tussen het dopamine- en noradrenalinesysteem. Methylfenidaat werkt direct  
2067 op het dopamine-systeem; atomoxetine op het noradrenalinesysteem.

2068

2069 **Niet onder Opiumwet**

2070 Omdat atomoxetine niet tot de psychostimulantia behoort, valt het niet onder de Opiumwet. Het  
2071 middel werkt niet op die delen van de hersenen die worden geassocieerd met verslaving en gevoelens  
2072 van euforie, maar alleen op die delen van de hersenen die van belang zijn bij hyperactiviteit en  
2073 aandachtstekort.

2074

2075 In onder andere de Verenigde Staten en Groot-Brittannië is atomoxetine al eerder geregistreerd voor  
2076 de behandeling van kinderen van zes jaar en ouder en volwassenen met AD(H)D. Er zijn met  
2077 atomoxetine in onderzoeken goede verbeteringen geregistreerd van het gezins- en sociaal  
2078 functioneren van kinderen met AD(H)D. Het lijkt niet alleen een gunstig effect te hebben op de  
2079 AD(H)D-symptomen, maar ook op de stemming en op het gedrag van kinderen met ADHD in  
2080 combinatie met oppositieel gedrag.

2081

2082 **Langwerkend**

2083 Atomoxetine is niet, zoals methylfenidaat, een kortwerkend middel. Het wordt eenmaal per 24 uur  
2084 geslikt. Het moet worden opgebouwd tot een werkzame hoeveelheid is bereikt (een zogenaamde  
2085 'spiegel'). Wanneer het gestopt wordt, kan het direct gestopt worden of geleidelijk worden  
2086 afgebouwd.

2087

2088

2089 **Overwegingen en bijwerkingen**

2090

2091 Voor veel ouders is het een grote stap om hun kind medicijnen te geven. Omdat methylfenidaat  
2092 behoort tot de groep van de amfetaminen, wordt regelmatig de vraag gesteld of deze middelen de  
2093 hersenen op lange termijn kunnen beschadigen. Bekend is immers dat amfetamineachtige middelen,  
2094 zoals speed en cocaïne, schade kunnen veroorzaken aan de zenuwcellen.

2095

2096 **Geen sluitend antwoord**

2097 Een sluitend antwoord hierop is niet te geven omdat er geen goede onderzoeksgegevens over de  
2098 achterliggende periode beschikbaar zijn. Om het effect van medicatie op wetenschappelijk  
2099 verantwoorde wijze te onderzoeken, moeten kinderen met AD(H)D die medicatie krijgen, worden  
2100 vergeleken met kinderen met AD(H)D zónder medicatie. Het is niet verantwoord een grote groep  
2101 kinderen met AD(H)D langere tijd een effectieve behandeling te onthouden. Daarom kon de  
2102 Gezondheidsraad alleen rapporteren: "De werkzaamheid, effectiviteit en veiligheid op de korte termijn  
2103 van deze middelen is in onderzoek overtuigend aangetoond voor een behandeling tot circa twee jaar."

2104

2105

2106

2107 **Ruim vijftig jaar gebruik**

2108 Dit betekent niet dat het innemen van deze medicijnen over een langere periode onveilig is. Na ruim  
2109 vijftig jaar gebruik van deze middelen zijn nog nooit schadelijke effecten op de zenuwcellen  
2110 gerapporteerd. Uit een klein onderzoek bleek zelfs dat de hersenen van kinderen met AD(H)D die  
2111 nooit met medicijnen waren behandeld kleiner zijn dan van kinderen met AD(H)D die behandeld  
2112 werden met psychostimulantia.

2113

2114 **Bijwerkingen in de eerste periode**

2115 Voor het kind zelf vallen de eerste weken van het medicijngebruik vaak niet mee. In die periode kan  
2116 het last hebben van bijwerkingen, terwijl het zelf nog weinig verbetering voelt. In ongeveer 10 procent  
2117 van de gevallen wegen de voordelen niet op tegen de negatieve bijwerkingen en wordt met de  
2118 medicatie gestopt.

2119

2120 Na de eerste periode worden de bijwerkingen over het algemeen 'betrekkelijk mild' genoemd.

2121

2122 **Bijwerkingen van psychostimulantia**

2123 Bij het gebruik van psychostimulantia gaan de meeste klachten over inslaapproblemen en  
2124 verminderde eetlust. Slaapproblemen komen ook veelvuldig voor bij kinderen met AD(H)D die geen  
2125 medicatie gebruiken, maar medicatie verergert soms de bestaande slaapproblemen.

2126

2127 Verder komen bij stimulantia de bijwerkingen matheid en lusteloosheid, buikpijn, hoofdpijn en  
2128 huilerigheid voor.

2129

2130 Wanneer de eetlust sterk verminderd is door het gebruik van methylfenidaat, kan worden geprobeerd  
2131 de medicatie na het eten te laten innemen. Daarnaast kan geprobeerd worden het kind tussendoor of  
2132 's avonds meer te laten eten.

2133

2134 **Bijwerkingen van Strattera**

2135 Bij Strattera zijn de meest voorkomende bijwerkingen slaperigheid, verminderde eetlust, misselijkheid,  
2136 braken, moeheid en buikklachten (soms hevige buikpijn). Verder moet extra worden opgelet bij een  
2137 hoge of lage bloeddruk, een versnelde hartslag of een hart-/vaatziekte.

2138

2139 **Veranderde persoonlijkheid**

2140 Door de medicatie verandert het gedrag. Verandert ook de persoonlijkheid? Daarover wordt heel  
2141 verschillend gedacht, zowel door deskundigen als door de gebruikers van medicatie. Velen ervaren het  
2142 effect van de medicatie als positief en vinden dat ze daardoor meer mogelijkheden hebben. Ze zeggen:  
2143 "Ik kan nu echt mezelf zijn". Anderen voelen zich beperkt door de medicatie en hebben het gevoel dat  
2144 het hen hindert in hun creativiteit en eigenheid.

2145

2146

2147

2148

2149 **Bijlage 6: Literatuur**

- 2150 Albrecht, G., Leeuwen, E. van, & Tjaden, J. (2010). PMTO handleiding voor therapeuten (versie 3.0).  
2151 Duivendrecht: PI Research.  
2152
- 2153 Antrop, I., Roeyers, H., Oosterlaan, J. & Oost, P. Van, (2002). Agreement between parent and teacher  
2154 ratings of disruptive behaviour disorders in children with clinically diagnosed ADHD. *Journal of*  
2155 *Psychopathology and Behavioural Assessment*, 24, 67-73.  
2156
- 2157 Barkley, R.A. (1997). *Opstandige kinderen: een complete oudertrainingsprogramma*. Amsterdam:  
2158 Harcourt.  
2159
- 2160 Barkley, R. A. (2006). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and*  
2161 *treatment (3rd edition)*. New York: Guilford Press.  
2162
- 2163 Brook, U., Waternberg, N., & Geva, D. (2000). Attitude and knowledge of attention deficit  
2164 hyperactivity disorder and learning disability among high school teachers. *Patient Education and*  
2165 *Counseling*, 40, 247-252.  
2166
- 2167 CBO & Trimbos-instituut (2005). *Multidisciplinaire richtlijn ADHD – Richtlijn voor de diagnostiek en*  
2168 *behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen 2005*. Utrecht: CBO & Trimbos-instituut.  
2169
- 2170 Capaldi, D., DeGarma, D., Patterson, G. R., & Forgatch, M. (2002). Contextual risk across the early life  
2171 span and association with antisocial behavior. In J.B. Reid, G.R. Patterson, and J. Snyder, *Antisocial*  
2172 *behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model of intervention (123-145)*.  
2173 Washington: American Psychological Association.  
2174
- 2175 Chronis AM, Chacko A, Fabiano GA, Wymbs BT, Pelham WE Jr. (2004). Enhancements to the  
2176 behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: review and future directions.  
2177 *Clin Child Fam Psychol Rev*. Mar;7(1):1-27.  
2178
- 2179 Chronis AM, Jones HA, Raggi VL. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and  
2180 adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev*. Aug;26(4):486-502.  
2181
- 2182 De Bruijn, E. E. J., Ruijsenaars, A. J. J. M., Pameijer, N. K., & Van Aarle, E. J. M. (2003). *De*  
2183 *diagnostisch cyclus: Een praktijkleer*. Leuven/Leusden: Acco.  
2184
- 2185 de Graaf, R., Kessler, R. C., Fayyad, J., ten Have, M., Alonso, J., Angermeyer, M., Borges, G.,  
2186 Demyttenaere, K., Gasquet, I., de Girolamo, G., Haro, J. M., Jin, R., Karam, E. G., Ormel, J.,  
2187 Posada-Villa, J. (2008). The prevalence and effects of adult attention-deficit/hyperactivity  
2188 disorder (ADHD) on the performance of workers: results from the WHO World Mental Health  
2189 Survey Initiative. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(12), 835-842.  
2190

- 2191 De Groot, F., (2004). Bekrachten, bekrachten, en nog eens bekrachten. Back to basics: positieve  
2192 bekrachtiging. Gedragstherapie, p. 61-66.
- 2193
- 2194 De Wit, M., Moonen, X., & Douma, J. (2011). Richtlijn Effectieve Interventies LVB: Aanbevelingen  
2195 voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen  
2196 met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.
- 2197
- 2198 DuBois, D.L., Holloway, B. E., Valentine, J.C., & Cooper, H. (2002). Effectiveness of mentoring  
2199 programs for youth: A meta-analytic review. American Journal of Community Psychology, 30, 157-  
2200 197.
- 2201
- 2202 Eichelsheim, V. I., & Van der Laan, A.M. (2011). Jongeren en vrijheidsbeneming: een studie naar de  
2203 wijzen waarop jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen omgaan met vrijheidsbeneming. Den Haag:  
2204 WODC.
- 2205
- 2206 Faraone SV, Biederman J, Zimmerman B. (2007). An analysis of patient adherence to treatment  
2207 during a 1-year, open-label study of OROS methylphenidate in children with ADHD. J Atten Disord.  
2208 Sep;11(2):157-66.
- 2209
- 2210 Forehand R, Rogers T, McMahon RJ, Wells KC, Griest DL (1981). Teaching parents to modify child  
2211 behavior problems: an examination of some follow-up data. J Pediatr Psychol. Sep;6(3):313-22.
- 2212
- 2213 Gillberg, C., Gillberg, I.C., Rasmussen, P., Kadesjö, B., Söderström, H., Råstam, M. e.a. (2004). Co-  
2214 existing disorders in ADHD – implications for diagnosis and intervention. Eur Child Adolesc Psychiatry  
2215 [Suppl 1], 13, I/80–I/92.
- 2216
- 2217 Goei, L.S., & Kleijnen, R. (2009). Literatuurstudie Onderwijsraad Ómgang met zorgleerlingen met  
2218 gedragsproblemen'. Zwolle: Windesheim.
- 2219
- 2220 Harder, A.T. (2011). The downside up? A study of factors associated with a successful course of  
2221 treatment for adolescents in secure residential care. Academisch proefschrift. Groningen:  
2222 Rijksuniversiteit Groningen.
- 2223
- 2224 Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P.B.. (2010).  
2225 Myltisysteemtherapie, voor kinderen en jongeren met antisociaal gedrag. Amsterdam: Uitgeverij  
2226 SWP.
- 2227
- 2228 Hinfelaar, M. L., Verheijden, A. E., & Prins, P. J. M. (2011). 'ADHD, wat kan de juf (m/v) er mee?'  
2229 Een onderzoek naar de effectiviteit van een leerkrachttraining. Kind & Adolescent, 32, 66-83.
- 2230
- 2231 Hipwell, A. E., Keenan, K., Kasza, K., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., & Bean, T. (2008). Reciprocal  
2232 influences between girls'conduct problems and depression, and parental punishment and warmth: a  
2233 six year prospective analysis. Journal of Abnormal Child Psychology, 36, pp. 663-677.
- 2234

- 2235 Ingrado (2010a). Thuiszitters, sneller terug naar school. Bevindingen dossieronderzoek thuiszitters  
2236 2010. Arnhem.  
2237
- 2238 Ingrado (2010b). Thuiszittersonderzoek Ingrado 2008-2009. Oost West – Thuis is het ook niet alles.  
2239 Arnhem.  
2240
- 2241 Junger-Tas, J. (2002). Preventie van antisociaal gedrag in het onderwijs. Den Haag: Ministerie van  
2242 Justitie.  
2243
- 2244 Lahey, B.B., Pelham, W.E., Loney, J., Lee, S.S., Willcutt, E. (2005). Instability of the DSM-IV Subtypes of  
2245 ADHD from preschool through elementary school. *Arch Gen Psychiatry*, 62(8),896-902.  
2246
- 2247 Langberg, J.M., Epstein, J.N., Altaye, M., Molina, B.S., Arnold, L.E., Vitiello, B. (2008). The transition to  
2248 middle school is associated with changes in the developmental trajectory of ADHD symptomatology  
2249 in young adolescents with ADHD. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 37,651-63.  
2250
- 2251 Luman, M., Oosterlaan, J., & Sergeant, J. A. (2005). The impact of reinforcement contingencies on  
2252 AD/HD: A review and theoretical appraisal. *Clinical Psychology Review*, 25, 183-213.  
2253
- 2254 NICE (2009). Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults - National  
2255 Clinical Practice Guideline Number 72. London: The British Psychological Society & The Royal College  
2256 of Psychiatrists.  
2257
- 2258 Nigg, Joel T. (2006). Attention Deficits and Hyperactivity-Impulsivity in Children: A Multilevel  
2259 Overview of Causes and Mechanisms. *The crisis in youth mental health: Critical issues and effective  
2260 programs, Vol 1: Childhood disorders.* Fitzgerald, Hiram E. (Ed.); Lester, Barry M. (Ed.); Zuckerman,  
2261 Barry (Ed.); Westport, CT, US: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group,. pp. 157-181.  
2262
- 2263 Pameijer, N., & Draaisma, N. (2011). Handelingsgerichte diagnostiek in de jeugdzorg. Een kader voor  
2264 besluitvorming. Leuven: Acco.  
2265
- 2266 Patterson, GR, & Gullion, ME, (1968). Living with children: New methods for parents and teachers.  
2267 Champaign, IL: Research Press.  
2268
- 2269 Pelham, W.E., & Fabiano, G.A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for Attention-  
2270 Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 184-214.  
2271
- 2272 Pieterse, K., Luman, M., Paternotte, A. & Oosterlaan, J. (2012). Leerkrachtinterventies voor de  
2273 aanpak van ADHD in de klas. Een overzicht van effectstudies. *Kind & Adolescent*. In druk.  
2274
- 2275 Pinderhughes, E. E., Nix, R., Foster, E. M., Jones, D., & Conduct Problems Prevention Research Group  
2276 (2001). Parenting in context: Impact of neighborhood poverty, residential stability, public services,  
2277 social networks and danger on parental behaviors. *Journal of Marriage and Family*, 63, 941-953.  
2278

- 2279 Programma Richtlijnontwikkeling Jeugdzorg (april 2012). *Uitgangspunten en voorstel voor sjabloon*  
2280 *'classificatie van evidence' voor richtlijnen in de jeugdzorg: een pragmatische opzet.*  
2281
- 2282 Reid, J. B., Patterson, G. R., & Snyder, J. (2002). Antisocial behavior in children and adolescents. A  
2283 developmental analysis and model of intervention. Washington: American Psychological Association.  
2284
- 2285 Richtlijn ADHD-jgz/ha (in ontwikkeling)  
2286
- 2287 Schlüter, M., Berger, M., & Harten, t. van (2006). Ouders van Tegendraadse Jeugd: de oudertraining.  
2288 Gouda: JSO.  
2289
- 2290 Shumer, R., & Duckenfield, M. (2004). Service-learning: Engaging students in community-based  
2291 learning. In J. Smink & F. P. Schargel (Eds.), *Helping students graduate: A strategic approach to*  
2292 *dropout prevention* (pp. 155-163). Larchmont, NY: Eye on Education.  
2293
- 2294 Slot, N.W., & Spanjaard, H.J.M. (2009). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg.*  
2295 *Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen.* Baarn: Uitgeverij Intro.  
2296
- 2297 Sonuga-Barke EJ, (2003) The dual pathway model of AD/HD: an elaboration of neuro-developmental  
2298 characteristics. *Neurosci Biobehav Rev.* Nov;27(7):593-604.  
2299
- 2300 Steeg, M., & Webbink, D. (2006). *Voortijdig schoolverlaten in Nederland: Omvang, beleid en*  
2301 *resultaten.* Den Haag: Centraal Planbureau.  
2302
- 2303 Thompson MJ, Laver-Bradbury C, Ayres M, Le Poidevin E, Mead S, Dodds C, Psychogiou L, Bitsakou P,  
2304 Daley D, Weeks A, Brotman LM, Abikoff H, Thompson P, Sonuga-Barke EJ. A small-scale randomized  
2305 controlled trial of the revised new forest parenting programme for preschoolers with attention  
2306 deficit hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2009 Oct;18(10):605-16.  
2307
- 2308 Tripp, G., & Wickens, J. R. (2009). Neurobiology of ADHD. *Neuropharmacology*, 57, 579-589.  
2309
- 2310 Van der Helm, P., & Hanrath, J. (2011). *Wat werkt in de gesloten jeugdzorg?* Amsterdam: Uitgeverij  
2311 SWP.  
2312
- 2313 Van Yperen, T., & Van Bommel, M. (2009). *Erkenning Interventies: criteria 2009-2010,*  
2314 *Erkenningscommissie (Jeugd) interventies.* NJi/RIVM, Utrecht.  
2315
- 2316 Webster-Stratton, C. (2007). *Pittige jaren. Praktische gids bij het opvoeden van jonge kinderen.*  
2317 *Houten: Bohn Stafleu van Loghum.*  
2318
- 2319 Wells KC, Pelham WE, Kotkin RA, Hoza B, Abikoff HB, Abramowitz A, Arnold LE, Cantwell DP, Conners  
2320 CK, Del Carmen R, Elliott G, Greenhill LL, Hechtman L, Hibbs E, Hinshaw SP, Jensen PS, March JS,  
2321 Swanson JM, Schiller E. (2000). Psychosocial treatment strategies in the MTA study: rationale,  
2322 methods, and critical issues in design and implementation. *J Abnorm Child Psychol.* Dec;28(6):483-  
2323 505.

2324

2325 Young, S. & Amarasinghe, J.M. (2010). Practitioner review: Non-pharmacological treatments for

2326 ADHD: A life-span approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51 (2), 116-133).

2327

CONCEPT