

Preventie en Zorg
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T 071 518 18 18
F 071 518 19 10
info-zorg@tno.nl

TNO-rapport

KvL/P&Z/2007.021

**Diagnostisch traject ADHD in regio Zuid Holland
Noord**

Datum	Mei 2006
Auteur(s)	M.E. van den Akker-van Marle R. Rodrigues Pereira P.H. Verkerk

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Samenvatting

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is een ernstige en duurzame stoornis van de psychische ontwikkeling en heeft als belangrijkste kenmerken: aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsief gedrag. Tijdige diagnostiek en behandeling kunnen tot een sterke verbetering van de kwaliteit van leven van de patiënt en zijn omgeving leiden. De diagnostiek rond ADHD is een ingewikkeld proces. Er is geen eenduidig, objectief criterium om tot de diagnose te komen, en informatie om tot een diagnose te komen is afkomstig uit meerdere bronnen (gezins- en schoolsituatie). In de regio Zuid-Holland Noord heeft de verbetering van het zorgtraject ADHD hoge prioriteit. De betrokken instanties zijn niet tevreden met het huidige diagnostisch traject. Uit een vragenlijst-onderzoek onder ouders van kinderen aangemeld bij Bureau Jeugdzorg blijkt dat ook ouders vinden dat het diagnostisch traject veel tijd in beslag neemt (gemiddelde duur van aanmelding bij Bureau Jeugdzorg tot diagnose is 8-10 maanden) en gaven ouders verder aan dat ze hun verhaal vaak moesten herhalen bij de verschillende instellingen die ze met hun kind bezochten.

In het spectrum van alternatieve diagnostische trajecten, vormen het multidisciplinair team en de monodisciplinaire werkwijze de uitersten. Inzet van een multidisciplinair team waarin de verschillende instanties en disciplines betrokken bij de diagnostiek, samenwerken om te komen tot een diagnose, kan de duur van het diagnostisch traject aanzienlijk bekorten. In de regio Delfland waarin een multidisciplinair team, ADMIT genaamd, actief is, bedraagt de duur van het diagnostisch traject 3,5 maanden. Wel is de benodigde personele inzet van een multidisciplinair team groter.

In de monodisciplinaire werkwijze stelt een individuele hulpverlener de indicatie, en doet daarbij in moeilijkere gevallen een beroep op aanvullend onderzoek door andere instanties. Dit zal leiden tot een lagere personele inzet. Daarnaast kan deze werkwijze de duur van het diagnostisch traject nog verder bekorten.

Naast de duur van het diagnostisch traject en de benodigde personele inzet is ook de kwaliteit van het diagnostisch traject van belang. Onder- en overdiagnostiek zijn indicatoren voor de kwaliteit van het diagnostisch traject. In de regio Zuid-Holland Noord lijkt er sprake van onderdiagnostiek.

Wanneer in de regio Zuid-Holland Noord wordt overgegaan op een ander diagnostisch traject dient de duur van het nieuwe diagnostisch traject, de benodigde personele inzet en de kwaliteit geëvalueerd te worden. De resultaten van het huidige onderzoek kunnen daarbij als nulmeting dienen.

Automatisering van de gegevensverzameling en de gegevensuitwisseling kan een hulpmiddel zijn om te komen tot een sneller traject en een lagere benodigde personele inzet. In het kader van dit onderzoek is een prototype van een automatiseringssysteem ontwikkeld voor Bureau Jeugdzorg en Rivierduinen om cliëntinformatie elektronisch op te slaan en via internet vragenlijsten af te nemen. In dit prototype is de mogelijkheid tot informatieuitwisseling tussen beide instanties in beginsel aanwezig.

Verklarende woordenlijst

BJZ	Bureau Jeugdzorg de toegangspoort is voor de gehele jeugdzorg. De medewerkers van Bureau Jeugdzorg beoordelen elk verzoek om hulp. Ze stellen vast welke zorg nodig is. Ze begeleiden kinderen, jongeren en ouders of verwijzen hen door naar andere hulpverleners (www.bjzzuid-holland.nl).
Cardea	Cardea biedt hulp aan kinderen en ouders uit Leiden, de Duin-en Bollenstreek en de Rijnstreek bij ontwikkelings- en gezinsproblemen (www.cardea.nl).
Curium	Curium is een Academisch Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Het verantwoordelijkheidsgebied van Curium omvat het noordelijk gedeelte van Zuid-Holland, alsook Midden-Holland (www.curium.nl).
Horizon	Horizon is een instituut voor jeugdzorg en onderwijs voor kinderen en jongeren met gedrags- en ontwikkelingsproblemen, die voortkomen uit psychosociale en medische factoren en voor kinderen en jongeren met onderwijsbelemmeringen, die voortkomen uit gedrags- en ontwikkelingsproblemen (www.horizon-jeugdzorg.nl).
OA	OnderwijsAdvies is een centrum voor educatieve dienstverlening, dat staat voor het bevorderen van leerprocessen van kinderen én professionals binnen (onderwijs)organisaties en het optimaliseren van de condities daarvoor. OnderwijsAdvies is van oudsher een schoolbegeleidingsdienst (www.onderwijsadvies.nl).
Palmhuis	Het Palmhuis is onderdeel van 'De Jutters', centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie in de regio Haaglanden. Het Palmhuis biedt dagbehandeling aan jongeren in de leeftijd van 14 tot 23 jaar, die in aanraking zijn gekomen met justitie en een (ortho)psychiatrische stoornis hebben (www.dejutters.com).
Rijngeestgroep	Organisatie voor geestelijke gezondheidszorg, per 1 januari 2005 opgegaan in Rivierduinen (www.rivierduinen.nl).
Rivierduinen	Rivierduinen is een organisatie voor geestelijke gezondheidszorg, werkzaam in het noorden en midden van Zuid-Holland. Rivierduinen is op 1 januari 2005 ontstaan door een fusie tussen de Rijngeest Groep en de Robert-Fleury Stichting. (www.rivierduinen.nl)
SBD	Schoolbegeleidingsdienst (zie OA)

Inhoudsopgave

	Samenvatting	2
1	Inleiding	6
1.1	ADHD.....	6
1.2	Diagnostiek ADHD in regio Zuid Holland Noord.....	6
2	Optimalisatie van het verwijstraject van kinderen met ADHD in de regio Zuid-Holland Noord	8
2.1	Doelstelling en vraagstellingen van het onderzoek.....	8
2.2	Methode.....	8
3	Huidige situatie	9
3.1	GGD.....	9
3.2	OnderwijsAdvies	10
3.3	Bureau Jeugdzorg	10
3.4	Kinderartsen.....	10
3.5	Vrijgevestigde psychiaters.....	11
3.6	GGZ.....	11
4	Vragenlijstonderzoek	13
4.1	Verdenking ADHD.....	13
4.2	Diagnose ADHD.....	13
4.3	Achtergrondgegevens	14
4.4	Duur traject eerste verdenking door ouders en diagnose	15
4.5	Advies Bureau Jeugdzorg.....	15
4.6	Diagnose	16
4.7	Opvoedingsondersteuning	17
4.8	Behandeling	18
4.9	Gedrag van kind.....	18
4.10	Opmerkingen ouders.....	19
5	Multidisciplinair diagnostisch team	20
6	Rekenmodel	22
6.1	Huidige traject	22
6.2	ADHD team.....	23
6.3	Monodisciplinaire werkwijze	24
7	Beschouwing	26
8	Conclusies en aanbevelingen	29
9	Referenties	30
10	Dankbetuiging	31

Bijlage(n)

A Vragenlijst voor ouders/verzorgers van kinderen aangemeld bij Bureau Jeugdzorg

1 Inleiding

1.1 ADHD

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) is een ernstige en duurzame stoornis van de psychische ontwikkeling. ADHD heeft als belangrijke kenmerken: aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsief gedrag. ADHD gaat vaak samen met andere vormen van psychopathologie en verhoogt de kans op verslaving, ongelukken, delicten en criminaliteit. Tijdige diagnostiek en behandeling kunnen tot een sterke verbetering van de kwaliteit van leven van de patiënt en zijn omgeving leiden (Elia, 1999).

De prevalentie van ADHD die op enig moment zal leiden tot specifieke behandeling wordt bij kinderen geschat tussen de 3 en 5% (Buitelaar, 2000). Op oudere leeftijd neemt de prevalentie af: bij adolescenten wordt de prevalentie geschat op 1,5% en bij volwassenen rond de 1% (Buitelaar, 2000).

De diagnostiek rond ADHD is een ingewikkeld proces. Er is geen eenduidig, objectief criterium om tot de diagnose te komen. Bij de diagnostiek van ADHD dienen de gezins- en schoolsituatie betrokken te worden, met informatie uit meer dan één bron. Daarnaast is er in veel gevallen ook sprake van co-morbiditeit. De helft van de kinderen vertoont naast ADHD ook opstandig en agressief gedrag (conduct disorder). Bovendien zijn er vaak problemen met sociale vaardigheden of de ontwikkeling van spraak en motoriek (Gezondheidsraad, 2000; Buitelaar, 2000). Voor diagnostiek is zowel medische als psychosociale deskundigheid benodigd, wat samenwerking vereist tussen de werkterreinen van onderwijs, welzijn, gezondheidszorg en jeugdzorg. In praktijk verloopt dit echter vaak niet optimaal (van Veen 2004, Heigl 2004). Dit leidt samen met ondercapaciteit in de hulpverlening, tot wachtlijsten door herhaling van diagnostisch onderzoek en mogelijk tot meer onder- of overdiagnostiek aangezien kinderen niet direct op de goede plaats terecht komen, waarmee tijd van hulpverleners verloren kan gaan en inefficiënt omgegaan wordt met de schaarse mogelijkheden.

In het advies van de Gezondheidsraad (2000) wordt de noodzaak tot verbetering van de samenwerking tussen de verschillende sectoren benadrukt.

1.2 Diagnostiek ADHD in regio Zuid Holland Noord

Uitgaande van een prevalentie van ADHD van 3 tot 5%, zijn er in de regio Zuid-Holland Noord in de leeftijdsgroep 0-19 jaar tussen de bijna vier- en ruim zesduizend kinderen met ADHD. Bij het traject van preventie, screening, diagnostiek en behandeling van kinderen en jeugdigen met ADHD zijn verschillende organisaties in de regio betrokken: Bureau Jeugdzorg (BJZ), de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ: Rivierduinen en Curium), GGD (Jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar), Thuiszorg (Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar), kinderartsen, huisartsen en schoolbegeleidingsdiensten (SBD). Deze betrokken organisaties in de regio hebben begin 2004 aangegeven gezamenlijk tot een verbetering van het zorgtraject te willen komen. Het zorgtraject is nu onoverzichtelijk, voor zowel cliënten als het werkveld. Het stellen van de diagnose gebeurt bij verschillende instanties, op verschillende wijzen. Daarbij is de afstemming rond diagnostiek en behandeling niet optimaal. Het traject van aanmelding tot eventuele behandeling neemt bovendien relatief veel tijd in beslag.

De stuurgroep Circuit Kinder en Jeugd van de regionale Commissie Gezondheidszorg Zuid-Holland Noord heeft in 2003 het zorgtraject ADHD benoemd als een onderwerp

dat hoge prioriteit dient te krijgen. Daarom is in 2003 een werkgroep ADHD opgericht waarin de verschillende instanties die zich bezighouden met de diagnostiek van ADHD vertegenwoordigd zijn, samen met TNO Kwaliteit van Leven. De ontwikkeling van een verbeterd zorgtraject in de regio wordt ondersteund door een door fonds OGZ gefinancierd project getiteld “Optimalisatie van het verwijstraject van kinderen met ADHD in de regio Zuid-Holland Noord”.

2 Optimalisatie van het verwijstraject van kinderen met ADHD in de regio Zuid-Holland Noord

2.1 Doelstelling en vragenstellingen van het onderzoek

De doelstelling van dit onderzoek is de optimalisatie van het diagnostische verwijstraject van kinderen met ADHD in de regio Zuid-Holland Noord.

Dit is geoperationaliseerd door de beantwoording van de volgende vragen:

- Wat is het huidige diagnostische traject van kinderen met verdenking op ADHD in de regio Zuid-Holland Noord?
- Wat zijn alternatieve diagnostische trajecten voor kinderen met verdenking op ADHD?
- Wat zijn de gevolgen van deze alternatieve verwijstrajecten voor de personele inzet voor de diagnostiek?

2.2 Methode

Het huidig diagnostisch traject is in kaart gebracht door raadpleging van belangrijke spelers in het diagnostische traject. De resultaten hiervan worden gepresenteerd in hoofdstuk 3. Tevens is er een vragenlijstonderzoek uitgezet onder ouders van kinderen aangemeld bij Bureau Jeugdzorg voor aanvullende informatie. Dit onderzoek is beschreven in hoofdstuk 4.

Een andere mogelijke opzet van het verwijstraject die binnen de regio Zuid Holland Noord is overwogen is het traject waarin gebruikt wordt gemaakt van een multidisciplinair team voor de diagnostiek. In de regio Delfland is voor een dergelijke opzet gekozen, het ADHD Diagnostisch Multidisciplinair Indicatieteam (ADMIT). Een beschrijving van dit traject is te vinden in hoofdstuk 5.

Daartegenover staat een monodisciplinaire werkwijze, zoals bepleit door Dijkshoorn (2004).

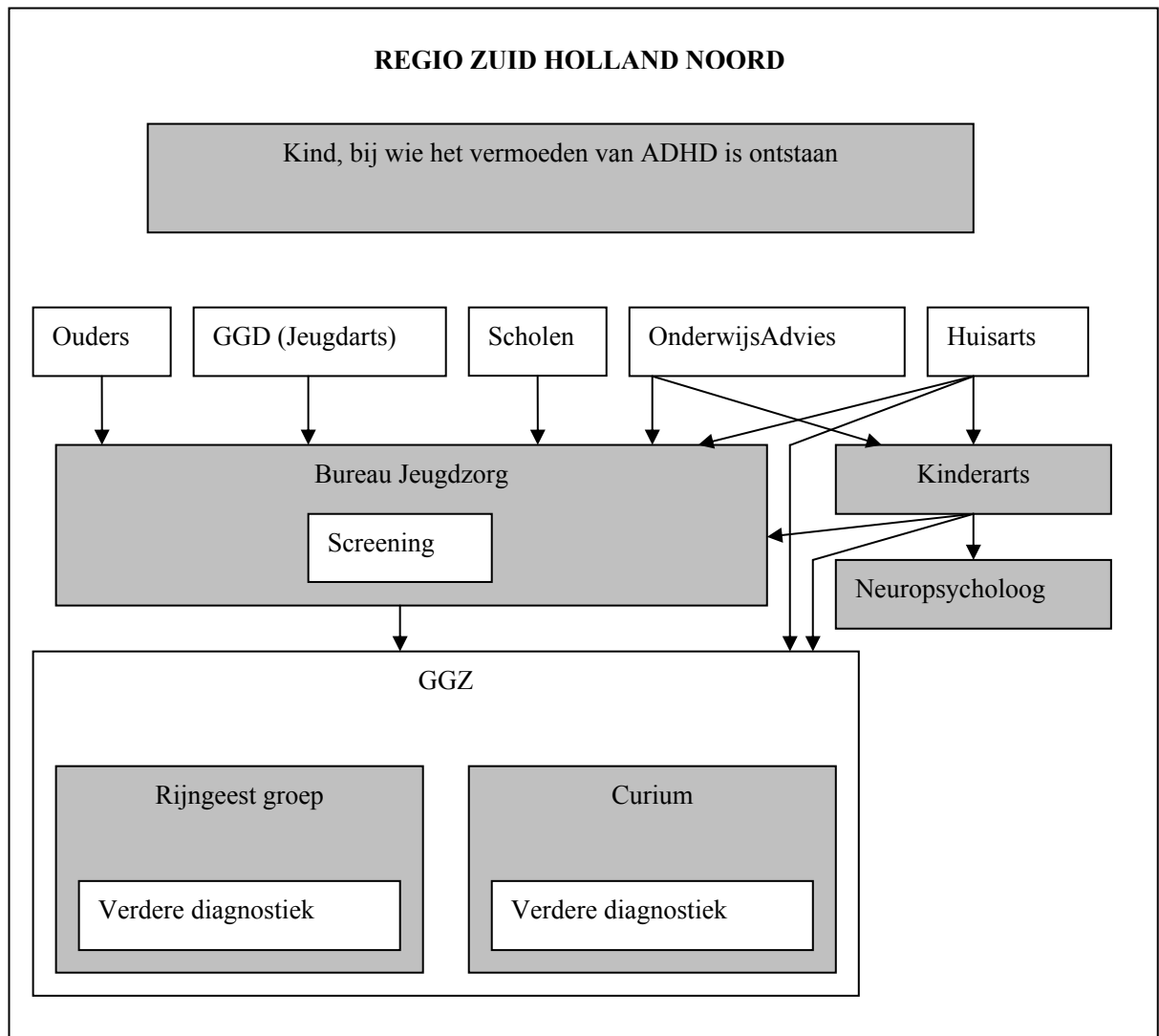
In hoofdstuk 6 is de benodigde personele inzet bepaald voor het huidige diagnostische traject, een traject waarin gebruikt wordt gemaakt van een multidisciplinair team en een traject op basis van een monodisciplinaire werkwijze.

In hoofdstuk 7 zijn onze beschouwingen opgenomen en in hoofdstuk 8 volgen de conclusies en aanbevelingen.

3 Huidige situatie

Een schematische weergave van het huidige diagnostische verwijstraject in de regio Zuid-Holland Noord is te vinden in onderstaande figuur. Vervolgens worden de belangrijkste instantie in het verwijstraject beschreven.

Figuur 1 Schematische weergave diagnostisch verwijstraject ADHD Zuid-Holland Noord



3.1 GGD

Door de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de GGD wordt in groep 2 van de basisschool en in klas 2 van de middelbare school een periodiek geneeskundig onderzoek (PGO) aangeboden. In groep 7 vindt er een screening plaats. Met behulp van een ouderlijst die gedeeltelijk gebaseerd is op de Landelijke Signaleringshulp Psychosociale Problematiek bij Kinderen kunnen kinderen met een vermoeden van

ADHD bij het PGO in groep 2 gesignaleerd en doorverwezen worden door de Jeugdarts.

In het schooljaar 2003-2004 werden bij 193 van de 2304 kinderen (8,4%) in Leiden gedragsproblemen, hyperactiviteit of psychische problemen vastgesteld, dit kunnen mogelijk kinderen zijn met ADHD problematiek. Bij deze kinderen werd in 40 gevallen een vervolg contactmoment aangeboden, bij de overige kinderen is er geen vervolgcontact met de jeugdarts.

Van de totale groep van 193 kinderen zijn 14 kinderen verwezen naar Bureau Jeugdzorg, JeugdGGZ (Rivierduinen/Curium), opvoedbureau, particuliere jeugdzorg of een andere instelling (Muyselaar, 2005).

3.2 OnderwijsAdvies

De reden van aanmelding van kinderen bij OnderwijsAdvies (OA) betreft meestal een bredere problematiek. Kinderen waarbij de leerkracht ADHD vermoedt hebben vaak problemen met de werkhouding en een achterstand in de schoolvorderingen. Het onderzoek en de adviezen zijn op meerdere aspecten gericht

Allereerst wordt een analyse gemaakt van beschikbare informatie van ouders en school, waaronder de gegevens van het leerlingvolgsysteem (schoolvorderingen/toetsgegevens), en wordt er een intakegesprek gehouden met ouders en school (benodigde tijd: 1 à 1,5 uur). Bij vermoeden van ADHD vullen ouders en school de AVL (screenende ADHD Vragen Lijst, zie Scholte en Van der Ploeg (2004)) in. Vervolgens vindt overleg plaats met de jeugdarts en wordt het kind op school geobserveerd (1,5 uur). Ook vindt onderzoek plaats (4 à 6 uur). De bevindingen worden gerapporteerd aan ouders en school (1,5 uur) en schriftelijk vastgelegd (2 à 4 uur).

De uren zijn exclusief reistijd, gesprekken vinden doorgaans plaats op school, het onderzoek kan ofwel op school ofwel in het gebouw van OA plaatsvinden.

Kinderen met een sterke verdenking op ADHD worden aangemeld bij BJZ.

3.3 Bureau Jeugdzorg

Aanmelding van kinderen met verdenking op ADHD komen in principe binnen bij Bureau Jeugdzorg. Aanmelding kan plaatsvinden door de cliënt zelf (vaak de ouders), scholen, huisartsen, schoolbegeleidingsdiensten/onderwijsadvies, GGD of andere instanties.

Na aanmelding en screening (intake) stelt BJZ een indicatie voor de aangewezen hulpvorm. Bij sterke verdenking op ADHD, met of zonder eerdere rapportages van bijvoorbeeld een particulier bureau of onderwijsadvies, wordt het kind na een korte screening (vaak een telefonisch gesprek met de ouders en een vaste contactpersoon bij de GGZ) doorverwezen naar de GGZ (totaal benodigde tijd BJZ 1 uur). In de andere gevallen vindt een reguliere screening plaats. Deze screening inclusief rapportage neemt 8-10 uur in beslag. Na screening wordt de cliënt besproken in de indicatiecommissie van BJZ, waarin ook de GGZ vertegenwoordigd is. In het geval van blijvende verdenking op ADHD zal het kind doorverwezen worden naar de GGZ.

3.4 Kinderartsen

Een deel van de kinderen wordt door de schoolbegeleidingsdienst/OnderwijsAdvies of de huisartsen doorverwezen naar de kinderarts. Dit betreft een klein aantal kinderen (in het Rijnland ziekenhuis 5 à 10 kinderen per jaar). Kinderartsen in de regio Leiden doen

zelf geen diagnostiek maar verwijzen voor diagnostiek door naar BJZ of naar de neuropsycholoog.

3.5 Vrijgevestigde psychiaters

Een deel van de diagnostiek in de regio voor kinderen met verdenking op ADHD vindt bij de vrijgevestigde psychiaters plaats.

3.6 GGZ

3.6.1 Rivierduinen

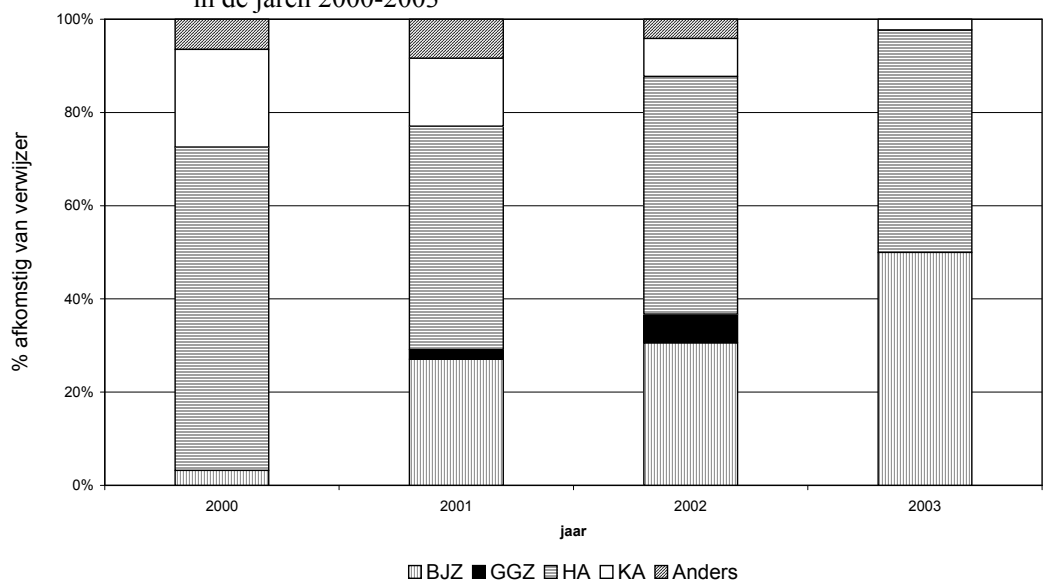
Binnen Rivierduinen, één van de GGZ instanties in de regio, vindt allereerst een Onderzoek-Advies gesprek plaats met het kind en de ouders (gem. duur 1 uur), de resultaten hiervan worden besproken in een Onderzoek-Advies staf (4 hulpverleners à 10 min. per kind). Indien het kind voor verdere diagnostiek in aanmerking komt vindt allereerst de intake plaats (gem. duur 45 min, +/- 3 sessies per kind) en vervolgens psychiatrisch onderzoek (gem. duur 45 min, 1 à 2 sessies) en soms psychologisch onderzoek (+/- 40% van de kinderen 3 sessies à 45 min), de resultaten worden besproken op een indicatie staf (4 hulpverleners à 20 min) . Hierna vindt een adviesgesprek plaats met de ouders (gem. duur 45 min).

Ook kan een kind door Bureau Jeugdzorg voor een Diagnose en Indicatie (D&I) traject naar Rivierduinen worden verwezen. Het kind doorloopt dan eenzelfde traject als hierboven beschreven. Daarna wordt het kind terugverwezen naar Bureau Jeugdzorg voor verdere afhandeling.

In 2003 werd bij 44 kinderen de diagnose ADHD gesteld. In de jaren 2000, 2001 en 2002 waren deze aantallen respectievelijk 62, 48, en 49. Deze aantallen betreffen een onderschatting van het aantal kinderen met ADHD omdat er in deze jaren vaak gewerkt werd met uitgestelde diagnoses waarbij pas tijdens de behandeling duidelijk werd of er sprake was van ADHD. Deze uitgestelde diagnoses zijn niet (altijd) geregistreerd.

Een overzicht van de verwijzers van de kinderen met ADHD diagnose in de jaren 2000-2003 wordt in onderstaande figuur gegeven.

Figuur 2 Verwijzers van kinderen met ADHD diagnose gesteld door Rivierduinen in de jaren 2000-2003



Uit deze figuur blijkt dat het grootste deel van de kinderen met de diagnose ADHD naar Rivierduinen is verwezen door Bureau Jeugdzorg en de huisartsen (HA). Een klein deel van de kinderen is verwezen door een andere GGZ instelling of een kinderarts (KA).

3.6.2 *Curium*

Diagnostiek voor ADHD voor de regio Zuid Holland Noord vindt bij het Curium plaats op de polikliniek in Oegstgeest. Aanmeldingen vinden telefonisch plaats en worden vervolgens besproken in de aanmeldingscommissie, bestaande uit 1 à 2 psychiaters en de 2 personen die de telefonische aanmelding ontvangen. Op basis van het oordeel van de aanmeldingscommissie zal een deel van de aanmeldingen worden verwezen naar andere instanties. De overige kinderen komen op de wachtlijst. In de periode dat zij op de wachtlijst staan wordt aan hen een aantal formulieren gestuurd, welke voor intake ingevuld dienen te zijn.

De intake bestaat uit een ochtendsessie voor kinderen en hun ouders. Deze ochtendsessie ziet er als volgt uit: ontvangst (ca.5 min), bezoek kind aan kinder- en jeugdpsycholoog en bezoek ouders aan maatschappelijk werk (ca. 60 min), bezoek kind aan kinderpsychiater en bezoek ouders aan kinder- en jeugd psycholoog (ca. 60 min), stafbespreking (ca. 15 min) en tot slot het gesprek met de ouders waarin de uitkomsten van het onderzoek van die ochtend worden besproken (ca. 15 min).

In 70-80% van de gevallen is de uitkomst dat er verder onderzoek noodzakelijk wordt geacht, in de andere gevallen kan alsnog een doorverwijzing geadviseerd worden, kan worden besloten tot behandeling of is er geen reden tot ongerustheid over het kind en wordt het onderzoek stopgezet.

Verder onderzoek bestaat uit 1 à 2 bezoeken aan de kinderpsychiater (45 min), tenminste 3 gesprekken met ouders (45 min), tenminste 2 dagdelen waarop het kind getest wordt en in veel gevallen consultatie van de kinderarts. De resultaten van de diverse onderzoeken worden besproken in een stafbespreking. De uitkomst van de stafbespreking wordt vervolgens in een of meer adviesgesprekken (ca. 45 min) aan de ouders meegedeeld.

Van de 250 nieuwe aanmeldingen die jaarlijks bij de Polikliniek in Oegstgeest worden gedaan, wordt in +/- 15% (dit betreft ongeveer 45 gevallen per jaar) de diagnose ADHD gesteld. Het grootste deel van de aanmeldingen betreft verwijzingen via de huisarts, in een deel van de gevallen via Bureau Jeugdzorg.

4 Vragenlijstonderzoek

Begin 2005 is er een vragenlijst verspreid aan de ouders/verzorgers van de 662 kinderen die van oktober 2003 tot en met maart 2004 bij Bureau Jeugdzorg zijn aangemeld. Dit betreft alle kinderen die in die periode zijn aangemeld, niet alleen de kinderen met verdenking op ADHD.

In de vragenlijst (zie bijlage A) zijn vragen opgenomen met betrekking tot algemene gegevens over het kind, de contacten met bureau Jeugdzorg, het advies van Bureau Jeugdzorg, specialistisch onderzoek verricht door andere instellingen, geadviseerde opvoedingsondersteuning en behandeling, het gedrag van het kind en achtergrondinformatie van de ouders. Tevens is er open ruimte gelaten voor suggesties en opmerkingen die de ouders in de vragenlijst niet kwijt konden.

In totaal zijn 288 vragenlijsten geretourneerd (44%), dit is inclusief de vragenlijsten die zijn binnengekomen na het versturen van een reminder.

4.1 Verdenking ADHD

Op het moment van aanmelding bij bureau Jeugdzorg was er bij 70 kinderen een verdenking op ADHD. Bij 19 (27%) kinderen hadden alleen de ouders die verdenking, bij 19 (27%) andere kinderen hadden alleen anderen die verdenking, en in 32 (46%) gevallen hadden zowel de ouders als anderen het idee dat het kind ADHD kon hebben.

Van de 51 kinderen bij wie (o.a.) anderen de verdenking hadden, betrof dit de jeugdarts (16%), de huisarts (29%), de kinderarts (2%), de leerkracht (39%), de SBD of OA (16%) of iemand anders (22%: maatschappelijk werk, school, vrienden, peuterspeelzaal, kinderpsychiater, collega). Per kind konden er meerdere personen zijn die de verdenking hadden.

4.2 Diagnose ADHD

In de vragenlijst werd bij 16 kinderen aangegeven dat de diagnose ADHD was gesteld. In 15 van de 16 gevallen volgde dit op de verdenking op ADHD bij aanmelding bij Bureau Jeugdzorg (1 verdenking door anderen, 5 (33%) verdenking door ouders, 9 (60%) verdenking door zowel ouders als anderen). In één geval was er bij aanmelding geen verdenking van ADHD.

In het vervolg worden de uitkomsten van het vragenlijstonderzoek gepresenteerd voor drie groepen:

1. alle kinderen voor wie een vragenlijst is geretourneerd (n=288);
2. kinderen die bij aanmelding bij BJZ de verdenking op ADHD hadden (n=70);
3. kinderen waarvoor aangegeven is dat de diagnose ADHD is gesteld (n=16).

4.3 Achtergrondgegevens

Tabel 1 Achtergrondgegevens van kinderen voor wie vragenlijst is geretourneerd

	Alle kinderen (n= 288)	Kinderen met verdenking ADHD (n=70)	Kinderen met diagnose ADHD (n=16)
Geslacht	(n=287)	(n=69)	(n=16)
- jongen	56%	78%	100%
- meisje	44%	22%	0%
Leeftijd	(n= 285)	(n=68)	(n=16)
- 0 t/m 4 jaar	7%	6%	0%
- 5 t/m 8 jaar	28%	46%	38%
- 9 t/m 12 jaar	26%	24%	31%
- 13 t/m 16 jaar	26%	18%	25%
- ouder dan 16 jaar	12%	7%	6%
Plaats in het gezin	(n=287)	(n=69)	(n=16)
- 1e kind	48%	54%	63%
- 2e kind	36%	29%	38%
- 3e kind	10%	6%	0%
- 4e of volgende kind	6%	12%	0%
Opleiding vader	(n=276)	(n=68)	(n=16)
- wetenschappelijk onderwijs	7%	4%	6%
- hoger beroepsonderwijs	13%	15%	6%
- hoger algemeen voortgezet onderwijs	6%	6%	0%
- middelbaar beroepsonderwijs	17%	18%	19%
- middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	14%	10%	13%
- lager of voorbereidend beroepsonderwijs	29%	31%	31%
- basisonderwijs	6%	13%	25%
- geen opleiding	1%	2%	0%
- overig	7%	2%	0%
Opleiding moeder	(n=279)	(n=69)	(n=16)
- wetenschappelijk onderwijs	3%	1%	6%
- hoger beroepsonderwijs	14%	15%	19%
- hoger algemeen voortgezet onderwijs	10%	6%	0%
- middelbaar beroepsonderwijs	21%	18%	31%
- middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	23%	10%	19%
- lager of voorbereidend beroepsonderwijs	16%	31%	25%
- basisonderwijs	7%	13%	0%
- geen opleiding	2%	2%	0%
- overig	4%	2%	0%

Uit bovenstaande tabel blijkt dat verdenking op ADHD en de diagnose ADHD vaker bij jongens voorkomt dan bij meisjes. Het grootste deel van de kinderen met verdenking op ADHD en/of de uiteindelijke diagnose ADHD is in de leeftijd van 5 tot en met 12 jaar. Het betreft relatief veel oudste kinderen. Het opleidingsniveau van de ouders van kinderen met diagnose ADHD is vergelijkbaar met het opleidingsniveau van de ouders van alle kinderen aangemeld bij BJZ. Wel ligt het opleidingsniveau lager dan het

opleidingsniveau van de algemene bevolking in de leeftijdscategorie 25-49 jaar (CBS, 2005).

4.4 Duur traject eerste verdenking door ouders en diagnose

Tabel 2 Duur diagnostisch traject

Gemiddelde duur (in maanden) [min, max]	Alle kinderen (n= 288)	Kinderen met verdenking ADHD (n=70)	Kinderen met diagnose ADHD (n=16)
Eerste verdenking ouders - eerste contact BJZ	45.8 [0, 192] (n=89)	64.6 [6, 180] (n=34)	84.9 [1,180] (n=10)
Eerste contact BJZ - advies BJZ	3.9 [0, 44] (n=183)	5.0 [0, 38] (n=49)	3.1 [0, 13] (n=11)
Advies BJZ - contact andere instelling*	2.6 [0,15] (n=67)	1.7 [0, 7] (n=21)	1.4 [0,2] (n=8)
Contact andere instelling – diagnose*	4.6 [0, 28] (n=61)	5.0 [0, 12] (n=20)	5.5 [1, 10] (n=9)
Eerste contact BJZ – diagnose*	10.3 [1, 47] (n=57)	9.0 [1,23] (n=21)	8.1 [1,21] (n=11)

* Bij een gedeelte van de kinderen heeft verwijzing naar een andere instantie plaatsgevonden en/of is een diagnose gesteld.

De duur van het diagnostisch traject vanaf het eerste telefonische contact met Bureau Jeugdzorg tot de diagnose bedraagt gemiddeld 8-10 maanden. Het blijkt dat hiervoor de ouders die het vermoeden hadden dat het gedrag van hun kind anders was dan dat van andere kinderen, dit vermoeden al lange tijd hadden.

4.5 Advies Bureau Jeugdzorg

Zoals beschreven in paragraaf 3.2. kan afhankelijk van de situatie een advies gegeven worden op basis van een telefonische screening of op basis van een reguliere screening bestaande uit een telefonisch gesprek en één tot drie vervolgesprekken bij Bureau Jeugdzorg. In de onderstaande tabel wordt weergegeven bij welk deel van de kinderen welke vorm van screening plaatsvindt.

Tabel 3 Screening door Bureau Jeugdzorg

	Alle kinderen (n= 288)	Kinderen met verdenking ADHD (n=70)	Kinderen met diagnose ADHD (n=16)
Telefonische screening	16% (n= 260)	15% (n=66)	21% (n=14)
Reguliere screening	84%	85%	79%

In het merendeel van de gevallen (88-100%) waren de ouders het eens met het advies dat uit de screening volgde.

In sommige gevallen bestond het advies van Bureau Jeugdzorg uit een verwijzing naar andere instellingen/hulpverleners voor (specialistisch) vervolgonderzoek. De volgende

tabel geeft aan welk deel van de kinderen advies voor nader specialistisch onderzoek kreeg en naar welke instellingen/hulpverleners is verwezen.

Tabel 4 Advies Bureau Jeugdzorg voor nader onderzoek bij andere instelling/hulpverlener

	Alle kinderen (n= 288)	Kinderen met verdenking ADHD (n=70)	Kinderen met diagnose ADHD (n=16)
Advies voor verder specialistisch onderzoek	(n= 280)	(n=68)	(n=15)
Ja	36%	47%	80%
Nee	64%	53%	20%
Doorverwezen naar instelling/hulpverlener	(n= 99)	(n=32)	(n=12)
Rivierduinen	59%	66%	75%
Curium	7%	3%	8%
Ziekenhuis	1%	0%	0%
Onderwijsbegeleidingsdienst	6%	9%	8%
Anders	27%	22%	8%

In de categorie anders werden o.a. genoemd: Horizon, Cardea, Palmhuis, Medisch Kinderdagverblijf.

4.6 Diagnose

Voor 25% (n=72) van de kinderen uit de totale groep is in de vragenlijst aangegeven dat er tenminste één diagnose is gesteld. Voor de kinderen met verdenking op ADHD is dit 41% (n=29) en voor de kinderen met de diagnose ADHD is dit, per definitie, 100%. Bij sommige kinderen is meer dan één diagnose gesteld, zie onderstaande tabel.

Tabel 5 Aantal diagnoses per kind

Aantal diagnoses	Alle kinderen (n= 288)	Kinderen met verdenking ADHD (n=70)	Kinderen met diagnose ADHD (n=16)
Geen (0)	75%	41%	0%
1	15%	21%	44%
2	9%	17%	50%
3	1%	1%	0%
4	0%	1%	6%

Het blijkt dat er voor de meerderheid van de kinderen met de diagnose ADHD, nog een diagnose is gesteld. Een overzicht van de gestelde diagnoses wordt gegeven in onderstaande tabel.

Tabel 6 Overzicht van gestelde diagnoses

	Alle kinderen	Kinderen met verdenking ADHD	Kinderen met diagnose ADHD
Gestelde diagnose			
ADHD	6%	21%	100%
Ontwikkelingsachterstand	5%	9%	6%
Leerstoornis	2%	3%	0%
Motorische stoornis	1%	1%	0%
Contactstoornis	3%	4%	13%
Anders	20%	27%	50%

Bij kinderen met de diagnose ADHD wordt ook regelmatig een ontwikkelingsachterstand en/of een contactstoornis vastgesteld. De overige diagnoses die vermeld worden naast de diagnose ADHD zijn o.a. Gilles de la Tourette, concentratiestoornis, gedragsstoornissen (ODD), hoogbegaafdheid en faalangst.

Tabel 7 Overzicht van instelling die diagnose heeft gesteld

	Alle kinderen	Kinderen met verdenking ADHD	Kinderen met diagnose ADHD
Diagnose gesteld door	(n=69)	(n=28)	(n=16)
Rivierduinen na verwijzing BJZ	44%	43%	38%
Rivierduinen op aanvraag van BJZ	16%	21%	19%
Curium	9%	4%	6%
Ziekenhuis	4%	11%	13%
Anders	28%	21%	25%

De meerderheid van de diagnoses is gesteld door Rivierduinen, na verwijzing of op aanvraag van Bureau Jeugdzorg. Een beperkt deel van de diagnoses bij kinderen die aangemeld zijn bij Bureau Jeugdzorg wordt gesteld door Curium en het ziekenhuis. Andere instellingen die zijn genoemd zijn o.a. Horizon, Cardea, Schoolbegeleidingsdienst.

4.7 Opvoedingsondersteuning

Naast diagnostiek adviseert Bureau Jeugdzorg een deel van de ouders om ondersteuning te zoeken bij de opvoeding. In onderstaande tabel staat vermeld welk deel van de ouders dit advies heeft gekregen en welke ondersteuning geadviseerd is.

Tabel 8 Opvoedingsondersteuning geadviseerd door Bureau Jeugdzorg

	Alle kinderen	Kinderen met verdenking ADHD	Kinderen met diagnose ADHD
Opvoedingsondersteuning geadviseerd	(n= 272)	(n=66)	(n=15)
Ja	47%	56%	53%
Nee	53%	44%	47%
Geadviseerde opvoedingsondersteuning	(n=125)	(n=37)	(n=7)
Ondersteuning door Opvoedbureau	2%	6%	0%
Cursus Drukke kinderen	2%	8%	14%
Cursus Opvoeden zó	2%	0%	0%
Ambulante gesprekken BJZ	20%	25%	14%
Opvoedingsondersteuning Stichting Cardea	42%	28%	29%
Opvoedingsondersteuning Stichting Horizon	7%	8%	14%
Anders	37%	41%	63%

Het overgrote deel van de ouders (88-100%) heeft het advies van Bureau Jeugdzorg om ondersteuning te zoeken bij de opvoeding opgevolgd of is nog van plan dit te doen.

4.8 Behandeling

Na het diagnostisch traject volgt bij een deel van de kinderen een behandeling. Onderstaande tabel geeft aan of en zo ja, welke behandeling(en) er is(zijn) ingezet.

Tabel 9 Overzicht ingezette behandelingen

	Alle kinderen (n= 288)	Kinderen met verdenking ADHD (n=70)	Kinderen met diagnose ADHD (n=16)
Geen behandeling	42%	31%	19%
Medicatie	8%	24%	69%
Behandeling gericht op verandering gedrag	17%	21%	25%
Anders	21%	19%	19%

4.9 Gedrag van kind

In de vragenlijst is aan de ouders gevraagd hoe het gedrag van hun kinderen op dat moment was, dat wil zeggen ongeveer een jaar na aanmelding bij Bureau Jeugdzorg. Hiervoor is gebruik gemaakt van de DSM IV criteria, waarbij ouders werd gevraagd of hun kinderen niet/zelden, soms, vaak of heel vaak een bepaald gedrag vertoonde (18 items: 9 m.b.t. aandachtstekort, 9 m.b.t. hyperactiviteit/impulsiviteit). Wanneer voor een kind in beide categorieën (aandachtstekort en hyperactiviteit/impulsiviteit) tenminste 6 items vaak of heel vaak werd gescoord, wordt dit gezien als een diagnose ADHD door de ouders gesteld.

In totaal werd op deze manier 25 maal de diagnose ADHD gesteld door de ouders. Bij 68% van deze kinderen was er bij aanmelding ook de verdenking op ADHD (n=17). Bij 24% van deze kinderen is er een diagnose ADHD gesteld (n=6).

Tweeënveertig procent van deze kinderen is door BJZ doorverwezen voor verdere diagnose, bij 58% van de kinderen waarbij de ouders nu de diagnose ADHD stellen is er dus geen verdere actie ondernomen en kan er dus sprake zijn geweest van

onderdiagnose. Bij 29% van de kinderen bij wie geen actie ondernomen was, was er echter ook geen specifieke verdenking op ADHD.

(Let wel: De ouders is gevraagd te scoren op het moment van invullen van de vragenlijst. Bij een aantal kinderen kan er dan al effect zijn van een ingezette behandeling.)

4.10 Opmerkingen ouders

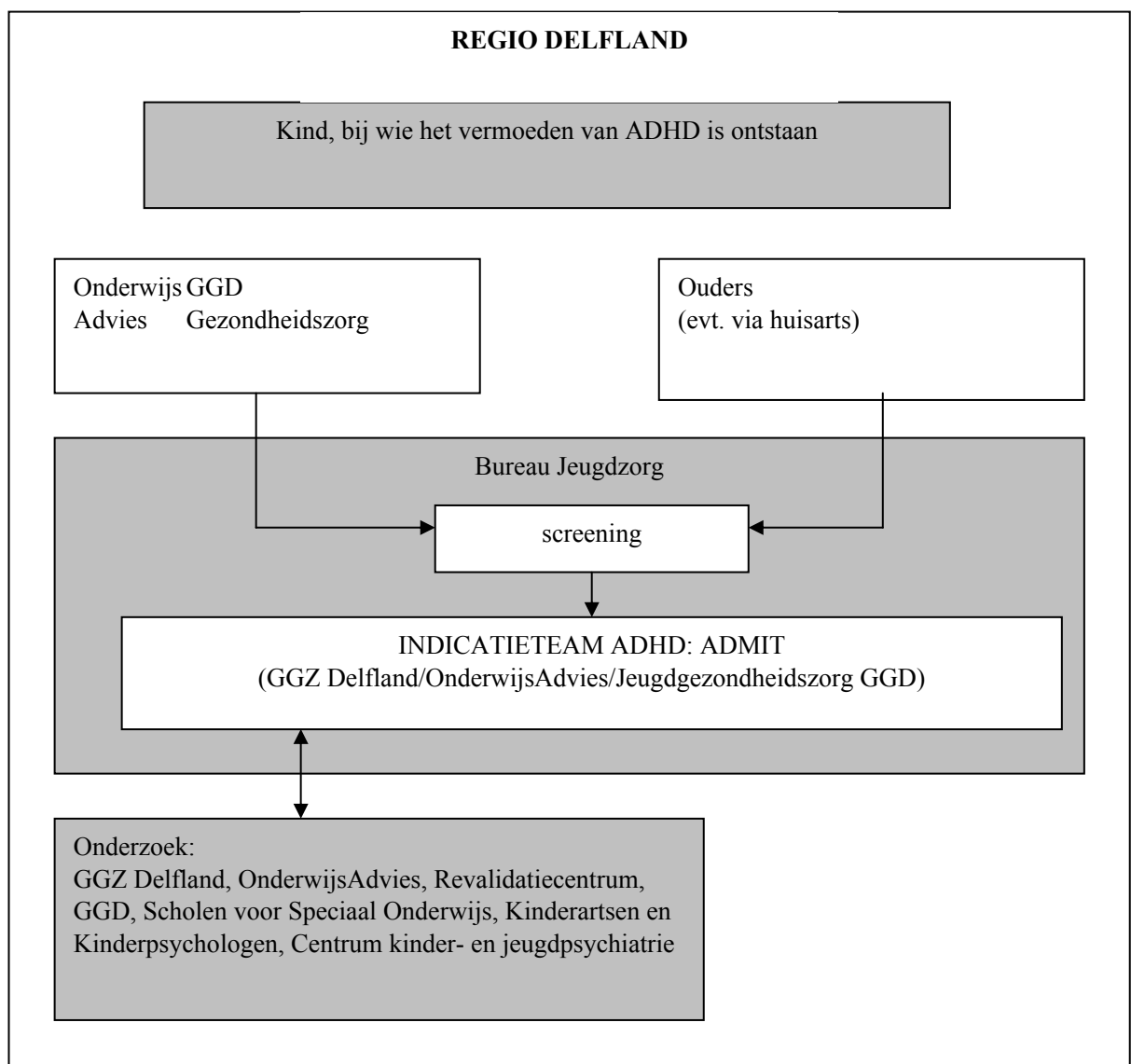
Aan het einde van de vragenlijst is er ruimte gelaten voor de overige opmerkingen van ouders. Hier werd veel gebruik van gemaakt. Onder andere de volgende opmerkingen werden opgeschreven:

- Beter communicatie tussen instanties;
- Instanties zouden beter moeten samenwerken om lange wachtlijsten te voorkomen
- Hulp nodig in het woud van alle soorten hulpverleners en instellingen;
- BJZ en Rivierduinen zouden meer op de hoogte moeten zijn van de problemen op school;
- De stapel papierwerk bij ons en Jeugdzorg werd steeds groter, maar er gebeurde niets. Teveel en te lange wachtlijsten;
- Wachttijden zijn te lang. Soms onduidelijk waar of op wie het wachten is;
- Wachttijden tussen diverse instanties zouden bekort moeten worden. Bij beide instanties heb ik opnieuw alle persoonlijke gegevens in moeten vullen, dit zou beter gestroomlijnd kunnen worden, evenals de intake gesprekken die zowel bij Bureau Jeugdzorg als bij Rivierduinen vrijwel identiek waren;
- Ons enige contact met jeugdzorg was een telefoongesprek waarin een afspraak onder voorbehoud is gemaakt en een telefoongesprek waarin dit werd afgezegd. Wij schrokken van het lange traject en de vele schijven waarover dit moest gaan terwijl voor ons de hulpvraag heel duidelijk was. Wij hebben toen verder gezocht naar een vrijgevestigd kinderpsychiater met korte lijnen die snel en adequaat onze hulpvraag kon beantwoorden.

5 Multidisciplinair diagnostisch team

In de regio Delft/Westland/Oostland is in 1998 het initiatief genomen tot het ontwikkelen van een zorgprogramma gericht op kinderen met ADHD door de RIAGG. In dit zorgprogramma is vastgelegd hoe de hulpverleningsroute langs de betrokken instellingen verloopt. De diagnostiek van ADHD voor kinderen en jeugdigen tussen 4 en 18 jaar was daar een onderdeel van. In de onderstaande figuur staat het diagnostische proces, waarin het ADHD Diagnostisch Multidisciplinair Indicatie Team een centrale rol speelt, schematisch afgebeeld.

Figuur 3 Schematische weergave diagnostisch verwijstraject met behulp van multidisciplinaire diagnostisch team (regio Delfland)



Kinderen van wie ouders, leerkrachten, schoolbegeleiders of hulpverleners het vermoeden hebben dat er sprake is van ADHD worden aangemeld bij Bureau

Jeugdzorg. Na een korte telefonische aanmelding (van \pm 10 minuten), kan Bureau Jeugdzorg besluiten het kind aan te melden bij het indicatieteam.

Vertegenwoordigers van een drietal instellingen werken in het ADMIT (ADHD Diagnostisch Multidisciplinair Indicatie Team) samen, te weten de GGD Zuid Holland West, GGZ-Delfland en onderwijsAdvies. ADMIT wordt gecoördineerd door het Bureau Jeugdzorg. Door een bij Bureau Jeugdzorg gedelegeerde hulpverlener van GGZ-Delfland wordt een screening verzorgd om eventueel ontbrekende gegevens te verkrijgen, en de ouders en hun kind(eren) te spreken en observeren. Dit neemt ongeveer 6,5 uur in beslag van de hulpverlener. Op basis van de verzamelde informatie, geeft het team vervolgens een diagnose met een behandelindicatie of een indicatie voor nadere diagnostiek. De benodigde tijd van een medewerker van onderwijsAdvies en een medewerker van GGD voor conceptindicatie stelling en ADMIT diagnose bedraagt 1 uur. Voor de medewerker van de GGZ Delfland bedraagt dit 2 uur. Indien nodig kan voor de beoordeling door ADMIT gevraagd worden om een nader diagnostisch onderzoek bij GGZ, GGD, kinderartsen, kinderneurologen, kinderfysiotherapeuten, logopedisten, onderwijsAdvies etc.

In 2003 is 10,5% van de kinderen die aangemeld zijn bij ADMIT, verwezen voor extern medisch onderzoek (neuroloog, KNO, kinderarts). De benodigde tijd van de hulpverlener bedraagt gemiddeld drie kwartier. Verder is 28,5% van de kinderen voor vervolgonderzoek naar Onderwijsadvies, neuropsycholoog verwezen (benodigde tijd hulpverlener 1 dag) en 7,5% van de kinderen is verwezen voor onderzoek bij het regionaal diagnostisch team (benodigde tijd hulpverlener 1 dag).

De gemiddelde duur tussen aanmelding bij Bureau Jeugdzorg en de diagnose door ADMIT wordt geschat op ongeveer 3,5 maanden.

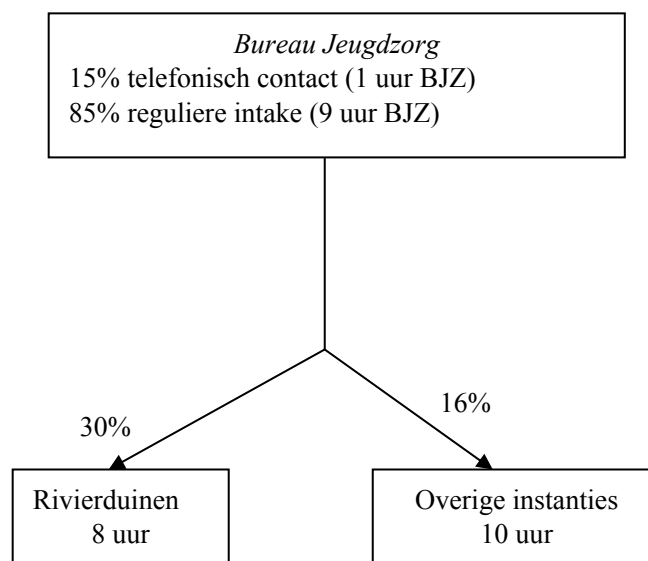
6 Rekenmodel

Om inzicht te krijgen in de personele inzet van het huidige traject en een traject met een multidisciplinair team en een monodisciplinair traject is een berekening gemaakt op basis van de gegevens zoals deze in ons onderzoek zijn verzameld en in het bovenstaande zijn weergegeven. In paragraaf 6.1 staan de berekeningen voor het huidige diagnostisch traject en in paragraaf 6.2. voor een traject met een multidisciplinair team. Tevens is een berekening gemaakt van een traject met een monodisciplinaire werkwijze (zie paragraaf 6.3).

In de berekeningen wordt de jaarlijkse personele inzet bepaald, uitgaande van een aanbod van 320 kinderen met de verdenking op ADHD bij Bureau Jeugdzorg. Dit aantal is gebaseerd op de uitkomsten van het vragenlijstonderzoek. Het vragenlijstonderzoek betrof alle aanmeldingen bij Bureau Jeugdzorg over een periode van een half jaar (oktober 2003 tot en met maart 2004). Voor 70 kinderen werd de verdenking ADHD als reden voor aanmelding bij Bureau Jeugdzorg genoemd. Rekening houdend met het responspercentage van 44% zou dit betekenen dat er op jaarbasis 320 kinderen worden aangemeld met verdenking ADHD.

6.1 Huidige traject

Figuur 4 Personele inzet ADHD diagnostisch traject Zuid Holland Noord



In het huidige traject wordt de intake verricht door Bureau Jeugdzorg. Bij 15% van de kinderen met verdenking van ADHD betreft dit een telefonisch contact op basis waarvan een beslissing wordt genomen voor verdere diagnostiek, in 85% van de gevallen wordt een reguliere intake gedaan (zie paragraaf 4.5). Vervolgens wordt er bij 30% van de kinderen nadere diagnostiek door Rivierduinen uitgevoerd. Voor 16% van de kinderen wordt een andere instantie genoemd, waaronder Curium, schoolbegeleidingsdienst, Cardea, Horizon, Mee, Palmhuis.

De benodigde personele inzet van Bureau Jeugdzorg en Rivierduinen voor de diverse vormen van diagnostiek zijn gebaseerd op de informatie die van deze instanties is

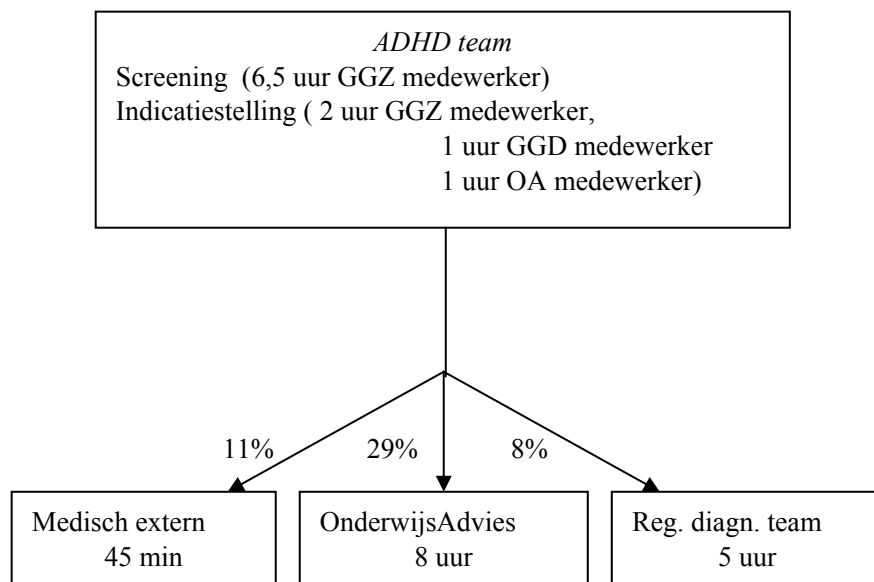
verkregen. Voor de overige instanties is uitgegaan van de benodigde personele inzet als aangegeven door het Curium (zie hoofdstuk 3).

Uitgaande van 320 aanmeldingen met verdenking op ADHD per jaar, levert de combinatie van bovenstaande gegevens de volgende belasting op voor de verschillende instanties:

Bureau Jeugdzorg: $320 * (15\% * 1 \text{ uur} + 85\% * 9 \text{ uur}) = 2496 \text{ uur}$
 Rivierduinen: $320 * 30\% * 8 \text{ uur} = 794 \text{ uur}$
 Curium: $320 * 16\% * 10 \text{ uur} = 502 \text{ uur}$

In totaal is dit 3495 uur voor 320 kinderen, dit betekent gemiddeld 11,9 uur per kind.

6.2 ADHD team



Voor de berekening van de benodigde personele inzet in de situatie met een multidisciplinair team is de aanpak in de regio Delfland als uitgangspunt genomen. In deze regio wordt elk kind met verdenking van ADHD gescreend door het multidisciplinaire team, en wordt vervolgens een indicatie gesteld. In een aantal gevallen wordt nader diagnostisch onderzoek verricht op medisch gebied (11%), door OnderwijsAdvies (29%) en door het regionaal diagnostisch team (8%). Deze gegevens en de benodigde personele inzet is gebaseerd op de informatie die verkregen is van ADMIT (zie hoofdstuk 5).

Uitgaande van 320 aanmeldingen met verdenking op ADHD per jaar, levert de werkwijze met behulp van een multidisciplinair diagnostisch team de volgende werkbelasting op

GGZ medewerker:	$320 * (6,5 \text{ uur} + 2 \text{ uur}) = 2720 \text{ uur}$
GGD medewerker:	$320 * 1 \text{ uur} = 320 \text{ uur}$
OA medewerker:	$320 * 1 \text{ uur} + 320 * 29\% * 8 \text{ uur} = 1062 \text{ uur}$
Medisch extern:	$320 * 11\% * 45 \text{ min} = 26 \text{ uur}$
Reg. diagn. Team:	$320 * 8\% * 5 \text{ uur} = 128 \text{ uur}$

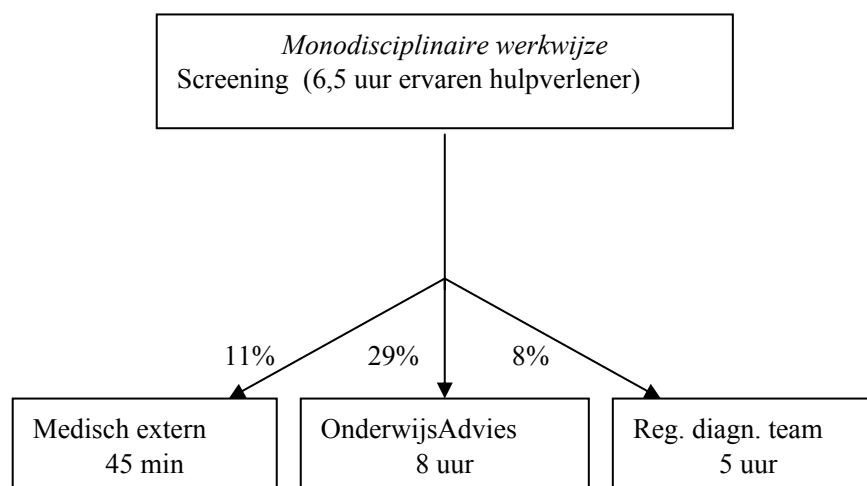
In totaal is dit 4257 uur voor 320 kinderen, dit betekent gemiddeld 13,3 uur per kind.

6.3 Monodisciplinaire werkwijze

Dijkshoorn (2004) bepleit een monodisciplinaire werkwijze. Onderzoek naar psychodiagnostische besluitvorming in teams laat zien dat de manier waarop in de GGZ over het algemeen wordt vergaderd niet bijdraagt aan betere keuzes in de behandeling (Pijnenburg et al. 1998). Onderzoek van Dijkshoorn leidde tot de bevinding dat de conclusie en het behandelvoorstel van de intaker weliswaar uitgebreid werden besproken in een multidisciplinaire en multimethodische vergadering, maar dat deze bespreking zelden leidde tot andere conclusies.

In het onderstaande is een exploratieve berekening gemaakt van de monodisciplinaire werkwijze. Hiervoor is uitgegaan van de gegevens verzameld bij ADMIT (zie hoofdstuk 5 en paragraaf 6.2), met dat verschil dat er nu geen tijd van het team nodig voor de indicatiestelling is meegenomen. Deze tijd bedraagt 4 uur (2 uur GGZ medewerker, 1 uur GGD medewerker, 1 uur OA medewerker (zie paragraaf 6.2)) per aangemeld kind.

Voor een monodisciplinaire werkwijze ziet de personele inzet er dan als volgt uit



Elk kind met verdenking van ADHD gescreend door een ervaren hulpverlener, die vervolgens een indicatie stelt. In een aantal gevallen wordt nader diagnostisch

onderzoek verricht op medisch gebied (11%), door OnderwijsAdvies (29%) en door het regionaal diagnostisch team (8%).

Uitgaande van 320 aanmeldingen met verdenking op ADHD per jaar, levert de werkwijze met behulp van een monodisciplinaire werkwijze de volgende werkbelasting op

Ervaren hulpverlener:	$320 * 6,5 \text{ uur} = 2080 \text{ uur}$
OA medewerker:	$320 * 29\% * 8 \text{ uur} = 742 \text{ uur}$
Medisch extern:	$320 * 11\% * 45 \text{ min} = 26 \text{ uur}$
Reg. diagn. Team:	$320 * 8\% * 5 \text{ uur} = 128 \text{ uur}$

In totaal is dit 2977 uur voor 320 kinderen, dit betekent gemiddeld 9,3 uur per kind.

7 Beschouwing

De organisaties betrokken bij de diagnostiek naar ADHD in de regio Zuid Holland Noord hebben begin 2004 aangegeven gezamenlijk tot een verbetering van het zorgtraject te willen komen, omdat het zorgtraject nu onoverzichtelijk is, voor zowel het werkveld als de cliënten. Dit laatste wordt geïllustreerd door de resultaten van het vragenlijstonderzoek dat gehouden is onder ouders van kinderen die aangemeld worden bij Bureau Jeugdzorg (hoofdstuk 4). Hieruit bleek dat het huidige traject van aanmelding bij Bureau Jeugdzorg tot diagnose een lange tijd in beslag neemt (gemiddeld 8-10 maanden). Verder geven ouders aan dat ze vaak hun verhaal moesten herhalen bij de verschillende instellingen die ze met hun kind bezochten.

Een mogelijke verbetering van het diagnostisch traject zou kunnen optreden door het instellen van een multidisciplinair team. In dit team werken de verschillende instanties en disciplines betrokken bij de diagnostiek samen om te komen tot een diagnose. In de regio Delfland is een dergelijk team, ADMIT genaamd, actief. De duur van het diagnostisch traject is in deze regio aanzienlijk korter (3,5 maanden, hoofdstuk 5). Wel is de benodigde personele inzet van een dergelijk team groter (zie hoofdstuk 6).

Een andere invulling van het diagnostisch traject is een monodisciplinaire werkwijze. Dit betekent dat niet een geheel team, maar een individuele hulpverlener de indicatie stelt, en daarbij in moeilijkere gevallen een beroep doet op aanvullend onderzoek door andere instanties. Dit zal leiden tot een lagere personele inzet. Daarnaast heeft dit bij de GGZ in Stads kanaal geleid tot een situatie zonder wachtlijsten (die wel bestonden in de periode dat er met een multidisciplinair team werd gewerkt). De monodisciplinaire werkwijze zou de duur van het diagnostisch traject dus nog verder kunnen bekorten. Het is hierbij wel van belang een ervaren hulpverlener aan de 'voordeur' te zetten. Dit betekent dat iedereen met verdenking van ADHD door een gespecialiseerde hulpverlener wordt gezien. Dit is in tegenstelling tot wat nu vaak de praktijk is, n.l. dat alleen een geselecteerde groep kinderen gespecialiseerde hulpverleners bezoekt voor diagnostiek.

Naast de duur van het diagnostisch traject en de benodigde personele inzet, is ook de kwaliteit van het diagnostisch traject van belang. Een aspect van de kwaliteit is de sensitiviteit van het traject: Hoeveel van de kinderen met ADHD worden ook gediagnosticeerd? In het huidige traject is het aantal kinderen waarbij ADHD gediagnosticeerd wordt laag. Uit de gegevens van Rivierduinen en het Curium (zie hoofdstuk 3) kan worden opgemaakt dat jaarlijks bij 90-100 kinderen de diagnose wordt gesteld in de regio Zuid Holland Noord. Op basis van de vragenlijst, waarbij met een responspercentage van 44% in een periode van een half jaar bij 16 kinderen ADHD werd vastgesteld, komt het jaarlijks aantal kinderen gediagnosticeerd met ADHD op 72. Een mogelijke verklaring voor het verschil tussen het aantal kinderen met ADHD dat gerapporteerd wordt door Rivierduinen en Curium, en het aantal dat op basis van de vragenlijst wordt gerapporteerd, kan zijn dat ten tijde van het vragenlijst-onderzoek nog niet voor alle kinderen uit het vragenlijst-onderzoek het diagnostisch traject al afgerond was.

Uitgaande van een prevalentie van ADHD van 3 tot 5%, zijn er in de regio Zuid-Holland Noord in de leeftijdsgroep 0-19 jaar tussen de bijna vier en ruim zesduizend kinderen met ADHD. Dit betekent dat we in deze regio jaarlijks 200-300 kinderen waarbij ADHD gediagnosticeerd wordt, verwachten. Er lijkt hier dus sprake van onderdiagnostiek. Dit beeld wordt versterkt door de vragenlijst, waaruit naar voren komt dat voor 19 kinderen op basis van de DSM IV score kan worden geconcludeerd dat er sprake is van ADHD terwijl die diagnose niet gesteld is (zie paragraaf 4.9). Op

jaarbasis zou dit, rekening houdend met het respons percentage van de vragenlijst van 44% en het feit dat de vragenlijst gericht was op kinderen aangemeld in de periode van 6 maanden tussen oktober 2003 en maart 2004, een aantal van 86 onderdiagnoses betekenen. Wel moet rekening worden gehouden met het feit dat de diagnose ADHD gebaseerd is op de antwoorden van de ouders/verzorgers van het kind.

Ook het aantal kinderen met comorbiditeit naast ADHD is relatief laag. Uit onderzoek (Shaw et al. 2006) blijkt dat 70% van de kinderen met ADHD te maken heeft met comorbiditeit. In ons onderzoek werd bij 56% van de kinderen comorbiditeit vastgesteld.

Het multidisciplinair team ADMIT in de regio Delfland heeft een hoger aantal diagnoses ADHD bij een vergelijkbare of wat geringere bevolkingsgrootte dan de regio Leiden. Daarnaast wordt bij circa 70% van de gediagnosticeerde ADHD-ers één of meerdere comorbiditeiten gediagnosticeerd. Dit is een indicatie van een hogere kwaliteit van het diagnostisch proces met behulp van een multidisciplinair team. Voor de monodisciplinaire werkwijze zijn geen gegevens met betrekking tot de kwaliteit beschikbaar.

Naast onderdiagnostiek geeft ook overdiagnostiek een indicatie van de kwaliteit van het diagnostisch proces. Overdiagnostiek geeft onnodige extra belasting voor kinderen en hun ouders/verzorgers waarbij uiteindelijk geen ADHD wordt vastgesteld en leidt tot verhoogde personele inzet in het diagnostisch proces. Diagnostische trajecten waarbij aan de poort een goede selectie wordt gemaakt, kunnen overdiagnostiek tot een minimum beperken.

Wanneer in de regio Zuid Holland Noord wordt overgegaan op een ander diagnostisch traject verdient het aanbeveling om dit nieuwe traject te evalueren op de doorlooptijd, de benodigde personele inzet en de kwaliteit. De resultaten van het huidige onderzoek kunnen daarbij als een nulmeting dienen.

De invulling waarvoor in een regio gekozen wordt, wordt mede bepaald door de bestaande situatie. Dit blijkt onder andere uit de beschrijving van de verschillende invullingen van het diagnostisch traject door Van Veen et al. (2004). Door de aard van het probleem zijn er veel instanties/hulpverleners die een rol spelen in het diagnostisch traject, zoals scholen, huisartsen, kinderartsen, GGD, BJZ, GGZ, OnderwijsAdvies. Het is dus niet mogelijk om een model vast te stellen dat voor elke regio in Nederland optimaal is. Voor een efficiënte diagnostische procedure, kan wel gesteld worden dat de betrokken instanties nauw dienen samen te werken om dubbel onderzoek en wachtlijsten te voorkomen. Dit kan door afspraken te maken over welke informatie er verzameld wordt, en hoe deze bij verwijzing doorgegeven kan worden, zodat een volgende hulpverlener/instantie niet opnieuw dezelfde informatie verzamelt. Hierbij dient de privacy van de betrokken personen gewaarborgd te zijn. Automatisering kan deze gegevensuitwisseling faciliteren. Hiertoe dienen de systemen van de betrokken organisaties wel op elkaar afgestemd te zijn. Een aanvulling is de mogelijkheid om vragenlijsten via het internet in te laten vullen door de ouders/verzorgers. In het kader van dit onderzoek is een prototype van een systeem ontwikkeld voor Bureau Jeugdzorg en Rivierduinen om cliëntinformatie elektronisch op te slaan en via internet vragenlijsten af te nemen. Verder is in dit prototype de mogelijkheid tot informatieuitwisseling tussen beide instanties in beginsel aanwezig.

Wanneer tot afname van vragenlijsten via internet wordt overgegaan, kan dit in de toekomst worden geoptimaliseerd. Met behulp van statistische technieken, gebaseerd op de Item Response Theory, kan het aantal benodigde vragen dat nodig is voor de vaststelling van de bij een kind aanwezige problematiek, geminimaliseerd worden. In essentie werkt dit als volgt: na elke beantwoorde vraag wordt een voorlopige schatting

gemaakt van de bij een kind aanwezige problematiek. Dan wordt bezien welke vraag die schatting zou kunnen verbeteren en die vraag wordt gesteld. Dit herhaalt zich tot de gewenste nauwkeurigheid bereikt is.

Een andere mogelijke uitbreiding is het betrekken van andere instanties bij het automatiseringsproject. Ook instanties als bijvoorbeeld OnderwijsAdvies zouden gebruik kunnen maken van het systeem, waardoor informatieuitwisseling eenvoudiger wordt en informatie die al verzameld is bij een andere instantie niet opnieuw hoeft te worden gevraagd.

Dit onderzoek betreft het diagnostisch traject van ADHD. Het diagnostisch traject staat niet op zichzelf. Wanneer de juiste kinderen op een efficiënte wijze zijn geïdentificeerd, dient er vervolgens een adequate behandeling te zijn voor kinderen met ADHD.

Het doel van dit onderzoek is de optimalisatie van het diagnostische verwijstraject van kinderen met ADHD in de regio Zuid-Holland Noord. Uit diverse bronnen en met behulp van diverse methoden is informatie verkregen ten behoeve van dit onderzoek. Een belangrijke belemmering bij het onderzoek was het ontbreken van (geautomatiseerde) registraties bij de betrokken instanties. Daarom zijn de gegevens in dit onderzoek gebaseerd op zgn. expert opinions en een vragenlijst-onderzoek onder ouders. Beide bronnen hebben beperkingen in vergelijking met objectieve registratie van gegevens. Expert opinions kunnen een (onbewuste) vertekening van de werkelijkheid bevatten, en ook ouders kunnen een vertekening van de werkelijkheid geven vanwege bijvoorbeeld strategische redenen of verkeerde interpretatie van de gestelde vragen. Daarnaast betreft het vragenlijst-onderzoek een beperkt aantal kinderen, vooral voor wat betreft de kinderen waarbij uiteindelijk de diagnose ADHD is gesteld. Bij de interpretatie van de gegevens dient hiermee rekening gehouden te worden.

Voor een meer evidence based werkwijze binnen de (jeugd) GGZ is het van belang goede registraties op te zetten. De gegevens uit deze registratie kunnen dan gebruikt worden voor monitoring van de huidige praktijk en evaluatie van eventuele nieuwe werkwijzen/interventies.

8 Conclusies en aanbevelingen

- Het huidige diagnostisch traject voor ADHD in de regio Zuid Holland Noord duurt lang.
- Er is ontevredenheid bij (ouders van) cliënten over de duur van het diagnostisch traject en de overlap in de verzameling van informatie door de verschillende instanties betrokken bij de diagnostiek.
- Een multidisciplinair team in het diagnostisch traject leidt tot een kortere duur van het diagnostisch traject, maar kan wel een grotere personele inzet tot gevolg hebben.
- Voor een monodisciplinaire werkwijze is een lagere personele inzet nodig, en deze werkwijze kan ook leiden tot een kortere duur van het diagnostisch traject.
- Naast duur van het diagnostisch traject en de benodigde personele inzet is ook de kwaliteit van de diagnostiek van belang.
- Er zijn indicaties van onderdiagnostiek in de regio Zuid-Holland Noord.
- Gekozen vorm van diagnostisch traject mede bepaald door de bestaande situatie en de betrokken instanties op het gebied van ADHD diagnostiek.
- Om de duur van het diagnostisch traject te bekorten, de personele inzet te optimaliseren en de kwaliteit te verhogen zijn nauwe samenwerking en strikte afspraken tussen de instanties betrokken bij de ADHD diagnostiek een voorwaarde.
- Elektronisch verzameling en uitwisseling van informatie tussen diverse instanties kan de duur van het diagnostisch traject ten goede komen. Onderzoek naar de mogelijkheden hiervoor verdient prioriteit.
- Optimale zorg voor kinderen met verdenking van ADHD bestaat uit een efficiënt diagnostisch traject en vervolgens adequate behandeling voor de kinderen bij wie ADHD is vastgesteld.
- Opzetten van (geautomatiseerde) registraties verdient aanbeveling om de huidige praktijk te monitoren en het effect van eventuele nieuwe werkwijzen/interventie te evalueren.

9 Referenties

Buitelaar JK, Kooij JJS. Aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD); achtergronden, diagnostiek en behandeling. Ned Tijdschr Geneesk (2000); 144:1716-23.

Dijkshoorn, P. Weg met de wachtlijsten, zoeken naar kwaliteit. Efficiënt werken voor een beter resultaat. Kind en adolescent praktijk 2004;1:4-11.

Elia J, Ambrosini PJ, Rapaport JL. Treatment of Attention-deficit-hyperactivity Disorder. New Engl J Med 1999;340(10):780-8.

Gezondheidsraad. Diagnostiek en behandeling van ADHD. Gezondheidsraad: Den Haag, 2000; publicatienr 2000/24.

Heigl M, Widdershoven J, Geboers H. Regionale samenwerking bij diagnose en behandeling van ADHD in Noordoost-Brabant. Medisch Coördinerend Centrum Noordoost Brabant, 2004.

Muyselaar-Jellema JZ. ADHD verwijstraject en de rol van de Jeugdarts. TNO Leiden, 2005.

Pijnenburg, HM, Vennix, JAM., De Bruyn, EEJ. Psychodiagnostische besluitvorming in teams: van onderzoek naar ondersteuning. In: Bosch, JD, Bosma, HA, van der Gaar, RJ, Ruijssenaars, Vyt, A, Jaarboek Ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie 1998-1999. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. pp. 297-329. ISBN: 90-313-2675-5, 1998.

Scholte EM, Van der Ploeg JD. Het oordeel van ouders over ADHD gedragingen bij kinderen. Tijdschr vr orthopedagogiek 2004;43:414-22.

Shaw P; Lerch J, Greenstein D, Sharp W; Clasen L. et al. Longitudinal Mapping of Cortical Thickness and Clinical Outcome in Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Arch Gen Psychiatry 2006;63:540-9.

Van Veen D, van Lieshout M, Doorduijn A. Naar betere zorg voor kinderen met ADHD. Regionale samenwerking tussen onderwijs, gezondheidszorg en jeugdzorg. Garant, Antwerpen/Apeldoorn, 2004.

10 Dankbetuiging

Informatie voor de regio Zuid Holland Noord werd verkregen via Marieke Voorhoeve (Bureau Jeugdzorg), Jos Gosen (Rijnland ziekenhuis), Gerard Baltus, Marcel van der Heijden, Janneke Muyselaar (Rivierduinen), Bart Siebelink (Curium) en Marianne de Jong (OnderwijsAdvies). Deze personen en de (andere) leden van de werkgroep ADHD Zuid Holland Noord hebben aan dit onderzoek meegewerkt. Informatie voor de regio Delfland werd verkregen via Loes Bandsma (ADMIT team). Wij zijn alle betrokkenen erkentelijk voor hun medewerking.

A Vragenlijst voor ouders/verzorgers van kinderen aangemeld bij Bureau Jeugdzorg



Vragenlijst voor ouders/verzorgers van kinderen aangemeld bij Bureau Jeugdzorg

Toelichting bij de vragenlijst

Geachte heer/mevrouw,

Ongeveer een jaar geleden is uw kind aangemeld bij het Bureau Jeugdzorg. Met deze vragenlijst willen we nagaan wat er na die aanmelding met uw kind is gebeurd, om zo het onderzoek bij kinderen met problemen in onze regio te kunnen verbeteren.

Een aantal vragen gaan speciaal over onrustige of beweeglijke kinderen, maar ook de antwoorden over andere kinderen zijn belangrijk voor ons.

Als u meer dan één kind hebt: met “uw kind” bedoelen we het kind dat genoemd is op de envelop.

Bij de meeste vragen kunt u één enkel antwoord geven. Kies dan het antwoord dat het beste bij u past. Bij vraag 7, 16, 21, 23, 28, 30 en 32 zijn er meer antwoorden mogelijk. Dit is dan aangegeven.

Bij sommige vragen kunt u op stippellijnen uw eigen antwoord invullen.

Er zijn ook vragen over wanneer iets gebeurd is. Als u dit niet meer precies weet, wilt u dan een zo goed mogelijke schatting geven van de maand en het jaartal?

Heeft u per ongeluk een verkeerd antwoord aangekruist, kras dit hokje dan duidelijk door en kruis het hokje met uw juiste antwoord aan.

Als u suggesties heeft voor dit onderzoek, is daarvoor ruimte aan het eind van de vragenlijst. Ideeën over verbeteringen van het onderzoek bij uw kind zijn daar ook van harte welkom.

Algemene gegevens over uw kind

1.	Wat is de geboortedatum van uw kind?	<input type="text"/> <input type="text"/> dag <input type="text"/> <input type="text"/> maand <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> jaar	
2.	Is uw kind een jongen of een meisje?	1	<input type="checkbox"/> Jongen
		2	<input type="checkbox"/> Meisje
3.	Wat is de plaats van uw kind in het gezin?	1	<input type="checkbox"/> 1 ^e kind (oudste)
		2	<input type="checkbox"/> 2 ^e kind
		3	<input type="checkbox"/> 3 ^e kind
		4	<input type="checkbox"/> 4 ^e kind of jonger dan 4 ^e kind
Eerste contact met Bureau Jeugdzorg			
4.	Heeft u ooit gedacht dat het gedrag van uw kind anders was dan dat van andere kinderen?	1	<input type="checkbox"/> Ja
		2	<input type="checkbox"/> Nee (→ Ga verder naar vraag 6)
5.	Zo ja, wanneer dacht u voor het eerst dat het gedrag van uw kind anders was dan dat van andere kinderen?	<input type="text"/> <input type="text"/> maand <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> jaar	
6.	Hebt u van iemand het advies gekregen om contact op te nemen met Bureau Jeugdzorg?	1	<input type="checkbox"/> Ja
		2	<input type="checkbox"/> Nee, ik heb zelf bedacht contact op te nemen (→ Ga verder naar vraag 9)
7.	Zo ja, wie heeft u het advies gegeven om contact op te nemen met Bureau Jeugdzorg? <i>(meerdere antwoorden mogelijk)</i>	1	<input type="checkbox"/> Jeugdarts (consultatiebureau-arts of school-arts)
		1	<input type="checkbox"/> Huisarts
		1	<input type="checkbox"/> Kinderarts (ziekenhuis)
		1	<input type="checkbox"/> Leerkracht (school)
		1	<input type="checkbox"/> Schoolbegeleidingsdienst of OnderwijsAdvies
		1	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk
8.	Dacht deze persoon toen hij of zij dit advies gaf dat uw kind misschien ADHD had?	1	<input type="checkbox"/> Ja
		2	<input type="checkbox"/> Nee

9.	Wanneer heeft u voor het eerst telefonisch contact opgenomen met Bureau Jeugdzorg?	<input type="text"/> <input type="text"/> maand 200 <input type="text"/> jaartal	
10.	Dacht u op dat moment dat uw kind misschien ADHD had?	1	<input type="checkbox"/> Ja
		2	<input type="checkbox"/> Nee

Advies van Bureau Jeugdzorg

11.	Wanneer werd door de medewerker van Bureau Jeugdzorg in overleg met u besloten voor welke hulp u en/of uw kind in aanmerking kwam (bijvoorbeeld doorverwijzing voor verder onderzoek of hulpverlening, oudercursus, geen verdere acties nodig)?	<input type="text"/> <input type="text"/> maand 200 <input type="text"/> jaartal	
12.	Op basis waarvan heeft Bureau Jeugdzorg dit advies gegeven?	1	<input type="checkbox"/> Telefonisch gesprek, daarna verwezen
		2	<input type="checkbox"/> Na eerste telefonische gesprek ook 1 tot 3 gesprekken bij Bureau Jeugdzorg, daarna verwezen of ander advies
13.	Was u het eens met dit advies?	1	<input type="checkbox"/> Ja (→Ga verder naar vraag 17)
		2	<input type="checkbox"/> Nee
14.	Zo nee, bent u daarover met Bureau Jeugdzorg in gesprek gegaan?	1	<input type="checkbox"/> Ja
		2	<input type="checkbox"/> Nee
15.	Denkt u dat u ergens anders hulp gaat zoeken of heeft u al ergens anders hulp gezocht?	1	<input type="checkbox"/> Ja
		2	<input type="checkbox"/> Nee (→Ga verder naar vraag 17)
16.	Zo ja, waar? (meerdere antwoorden mogelijk)	1	<input type="checkbox"/> Opnieuw bij Bureau Jeugdzorg
		1	<input type="checkbox"/> Huisarts
		1	<input type="checkbox"/> Rijngest groep
		1	<input type="checkbox"/> Curium
		1	<input type="checkbox"/> Ziekenhuis (kinderarts, neuropsycholoog, neuroloog)
		1	<input type="checkbox"/> Vrijgevestigd psycholoog, orthopedagoog of psychiater

		1	<input type="checkbox"/> Fysiotherapeut
		1	<input type="checkbox"/> Logopedist
		1	<input type="checkbox"/> Onderwijsbegeleidingsdienst
		1	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk
17.	Heeft Bureau Jeugdzorg u geadviseerd om een specialistisch onderzoek te laten doen bij uw kind door een andere instelling?	1	<input type="checkbox"/> Ja
		2	<input type="checkbox"/> Nee (→Ga verder naar vraag 29)

Specialistisch onderzoek door andere instellingen

18.	Zo ja, welke instelling adviseerde Bureau Jeugdzorg hiervoor?	1	<input type="checkbox"/> Rijngest Groep
		2	<input type="checkbox"/> Curium
		3	<input type="checkbox"/> Ziekenhuis (kinderarts, neuropsycholoog, neuroloog)
		4	<input type="checkbox"/> Vrijgevestigd psycholoog, orthopedagoog of psychiater
		5	<input type="checkbox"/> Fysiotherapeut
		6	<input type="checkbox"/> Logopedist
		7	<input type="checkbox"/> Onderwijsbegeleidingsdienst
		8	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk
19.	Wanneer had u het eerste contact met deze instelling?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> maand 200 <input type="checkbox"/> jaartal	
20.	Bent u vanuit deze instelling nog naar andere instellingen gegaan voor verder onderzoek bij uw kind?	1	<input type="checkbox"/> Ja
		2	<input type="checkbox"/> Nee (→Ga verder naar vraag 22)
21.	Zo ja, welke instelling waren dat? <i>(meerdere antwoorden mogelijk)</i>	1	<input type="checkbox"/> Rijngest Groep
		1	<input type="checkbox"/> Curium
		1	<input type="checkbox"/> Ziekenhuis (kinderarts, neuropsycholoog, neuroloog)

		1	<input type="checkbox"/> Vrijgevestigd psycholoog, orthopedagoog of psychiater
		1	<input type="checkbox"/> Fysiotherapeut
		1	<input type="checkbox"/> Logopedist
		1	<input type="checkbox"/> Onderwijsbegeleidingsdienst
		1	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk
22.	Is er na het specialistisch onderzoek een diagnose gesteld?	1	<input type="checkbox"/> Ja
		2	<input type="checkbox"/> Nee (→Ga verder naar vraag 27)
23.	Zo ja, welke diagnose is er gesteld? <i>(meerdere antwoorden mogelijk)</i>	1	<input type="checkbox"/> ADHD
		1	<input type="checkbox"/> Ontwikkelingsachterstand
		1	<input type="checkbox"/> Leerstoornis (zoals dyslexie)
		1	<input type="checkbox"/> Motorische stoornis
		1	<input type="checkbox"/> Contactstoornis
		1	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk
24.	Door welke instelling is deze diagnose gesteld?	1	<input type="checkbox"/> Rijngest Groep na verwijzing door Bureau Jeugdzorg of arts (Bureau Jeugdzorg bleef NIET betrokken)
		2	<input type="checkbox"/> Rijngest Groep op aanvraag van Bureau Jeugdzorg (Bureau Jeugdzorg bleef betrokken en besprak met u het advies van de Rijngest groep)
		3	<input type="checkbox"/> Curium
		4	<input type="checkbox"/> Ziekenhuis
		5	<input type="checkbox"/> Vrijgevestigd psycholoog, orthopedagoog of psychiater
		6	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk
25.	Wanneer is de diagnose gesteld?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> maand 200 <input type="checkbox"/> jaartal

26.	Kon u zich vinden in de gestelde diagnose?	1	<input type="checkbox"/> Ja (→Ga verder naar vraag 29)
		2	<input type="checkbox"/> Nee, want
27.	Denkt u dat u uw kind ergens anders zult laten onderzoeken of heeft u dit al laten doen?	1	<input type="checkbox"/> Ja
		2	<input type="checkbox"/> Nee (→Ga verder naar vraag 29)
28.	Zo ja, waar? (meerdere antwoorden mogelijk)	1	<input type="checkbox"/> Opnieuw bij Bureau Jeugdzorg
		1	<input type="checkbox"/> Huisarts
		1	<input type="checkbox"/> Rijngesest groep
		1	<input type="checkbox"/> Curium
		1	<input type="checkbox"/> Ziekenhuis (kinderarts, neuropsycholoog, neuroloog)
		1	<input type="checkbox"/> Vrijgevestigd psycholoog, orthopedagoog of psychiater
		1	<input type="checkbox"/> Fysiotherapeut
		1	<input type="checkbox"/> Logopedist
		1	<input type="checkbox"/> Onderwijsbegeleidingsdienst
1	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk		

Opvoedingsondersteuning en behandeling

29.	Heeft Bureau Jeugdzorg u geadviseerd ondersteuning te zoeken bij de opvoeding van uw kind?	1	<input type="checkbox"/> Ja
		2	<input type="checkbox"/> Nee (→Ga verder naar vraag 32)
30.	Zo ja, welke ondersteuning? (meerdere antwoorden mogelijk)	1	<input type="checkbox"/> Ondersteuning door Opvoedbureau
		1	<input type="checkbox"/> Cursus Drukke Kinderen
		1	<input type="checkbox"/> Cursus Opvoeden zó

		1	<input type="checkbox"/> Ambulante gesprekken door Bureau Jeugdzorg (maximaal 5 gesprekken)
		1	<input type="checkbox"/> Opvoedingsondersteuning van de Stichting Cardea
		1	<input type="checkbox"/> Opvoedingsondersteuning van de Stichting Horizon
		1	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk
31.	Heeft u dit advies opgevolgd?	1	<input type="checkbox"/> Ja, begonnen in <input type="text"/> <input type="text"/> (maand) 200 <input type="text"/> (jaartal)
		2	<input type="checkbox"/> Nee, maar ik ben dit wel van plan
		3	<input type="checkbox"/> Nee, ik ben dit niet van plan
32.	Welke andere behandeling is ingezet? <i>(meerdere antwoorden mogelijk)</i>	1	<input type="checkbox"/> Geen
		1	<input type="checkbox"/> Medicatie, begonnen in <input type="text"/> <input type="text"/> (maand) 200 <input type="text"/>
		1	<input type="checkbox"/> Behandeling gericht op de verandering van het gedrag van uw kind, begonnen in <input type="text"/> <input type="text"/> (maand) 200 <input type="text"/>
		1	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk, begonnen in <input type="text"/> <input type="text"/> (maand) 200 <input type="text"/> (jaartal)

Het gedrag van uw kind

33.	Kunt u aangeven in welke mate uw kind op dit moment het volgende gedrag vertoont?		Niet/zelden		Soms		Vaak		Heel vaak
a.	Slordig of ongeconcentreerd bij schoolwerk of andere activiteiten	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
b.	Snel afgeleid bij opdrachten en spelletjes	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
c.	Luistert niet als er iets gezegd wordt	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>

d.	Slaagt er niet in schoolwerk of karweitjes af te maken	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
e.	Heeft moeite met organiseren van taken en activiteiten	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
f.	Heeft geen zin in taken die een langdurige aandacht vereisen (bijv. school- of huiswerk)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
g.	Raakt dingen kwijt (bijv. speelgoed, huiswerk, potloden, of boeken)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
h.	Wordt gemakkelijk afgeleid	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
i.	Is vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
j.	Beweegt onrustig met handen of voeten, of draait in zijn/haar stoel	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
k.	Staat op in de klas of in andere situaties waar verwacht wordt dat men op zijn plaats blijft zitten	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
l.	Rent rond of klimt overal op	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
m.	Kan moeilijk rustig spelen	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
n.	Is 'in de weer' of 'draaft maar door'	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
o.	Praat aan één stuk door	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
p.	Geeft antwoord voordat de vragen afgemaakt zijn	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
q.	Heeft moeite op zijn/haar beurt te wachten	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
r.	Verstoort bezigheden van anderen of dringt zich op (bijv. mengt zich zomaar in gesprekken of spelletjes)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>

Achtergrondinformatie

34.	Wat is de hoogste opleiding die de moeder van het kind heeft afgemaakt? (d.w.z. afgerond met een diploma of getuigschrift)	1	<input type="checkbox"/> Geen opleiding (lagere school niet afgemaakt)
		2	<input type="checkbox"/> Basisonderwijs (lagere school, speciaal basisonderwijs)

		3	<input type="checkbox"/> Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, VMBO)
		4	<input type="checkbox"/> Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, MBO-kort, VMBO theoretische leerweg)
		5	<input type="checkbox"/> Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MEAO, MTS, BOL, BBL, INAS)
		6	<input type="checkbox"/> Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium)
		7	<input type="checkbox"/> Hoger beroeps onderwijs (zoals HTS, HEAO, HBO-V)
		8	<input type="checkbox"/> Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
		9	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk:
		10	<input type="checkbox"/> Weet niet/ onbekend
35.	Wat is de hoogste opleiding die de vader van het kind heeft afgemaakt? (d.w.z. afgerond met een diploma of getuigschrift)	1	<input type="checkbox"/> Geen opleiding (lagere school niet afgemaakt)
		2	<input type="checkbox"/> Basisonderwijs (lagere school, speciaal basisonderwijs)
		3	<input type="checkbox"/> Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, VMBO)
		4	<input type="checkbox"/> Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, MBO-kort, VMBO theoretische leerweg)
		5	<input type="checkbox"/> Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MEAO, MTS, BOL, BBL, INAS)
		6	<input type="checkbox"/> Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium)
		7	<input type="checkbox"/> Hoger beroeps onderwijs (zoals HTS, HEAO, HBO-V)
		8	<input type="checkbox"/> Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)

		9	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk:.....
		10	<input type="checkbox"/> Weet niet/ onbekend
<p>36. Als u suggesties heeft voor dit onderzoek, kunt u dit hier aangeven. Ideeën over verbeteringen van het onderzoek bij uw kind zijn ook van harte welkom.</p>			

Heel hartelijk dank voor uw medewerking!

U kunt de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde envelop, of sturen aan:

TNO Kwaliteit van Leven
 T.a.v. dr. Kitty van der Ploeg (secr. Nancy Schenk-Lagendijk)
 Antwoordnummer 10080
 2300 VB Leiden

Een postzegel is niet nodig.