

Zorgprogramma voor kinderen en jongeren met ADHD

ADHD is de afkorting van Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In Nederland noemen we het 'aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit'. Aandachtstekortstoornis wil niet zeggen dat ouders van kinderen met ADHD hun kind te weinig aandacht geven. We spreken van aandachtstekort, omdat de kinderen zelf hun aandacht niet lang genoeg bij één taak kunnen houden.

Kinderen met ADHD zijn vaak druk en onhandig. Ze hebben veel moeite om hun aandacht voor langere tijd vast te houden. Ook hebben ze vaak een zwakke impulscontrole. Dit kan de schoolprestaties, ondanks dat het kind een normaal IQ heeft, verstoren. De ADHD-gedragskenmerken kunnen de sociale contacten binnen en buiten het gezin verstoren. Ook kan ADHD het zelfbeeld en het zelfvertrouwen van het kind ernstig ondermijnen.

ADHD geeft een verhoogde kans op een verstoorde ontwikkeling; bij 20% van de kinderen ontstaat crimineel gedrag of verslaving. Een groot deel van de kinderen presteert op school niet naar vermogen. Velen ontwikkelen een laag zelfbeeld ten gevolge van het krijgen van weinig complimenten en het vaak gecorrigeerd worden. Vroegtijdige onderkenning is daarom relevant.

Kenmerken van ADHD

- Aandachtsproblemen
- Hyperactiviteit
- Impulsiviteit

Kinderen met ADHD zijn niet altijd druk of snel afgeleid, dit wordt regelmatig als verwarrend ervaren. Kinderen met ADHD kunnen zich soms wel goed concentreren op sterke prikkels, zoals spannende films of computergames. Buitenstaanders denken daardoor al gauw dat kinderen met ADHD zich wel kunnen concentreren, als ze dit maar 'willen'. Dit is een misvatting. Kinderen met ADHD kunnen zich inderdaad in bepaalde situaties wel concentreren, maar ze hebben daar veel sterkere prikkels voor nodig. Het kost hen bovendien veel meer inspanning. Wanneer kinderen wel voldoende symptomen laten zien van aandachtstekort, maar niet van hyperactiviteit en impulsiviteit, wordt er gesproken van ADD.

Bijkomende problemen

ADHD komt vaak voor in combinatie met andere stoornissen.

Bijkomende problemen kunnen zijn:

- Bewegingsstoornissen
- Stoornissen van de conditioneerbaarheid
- Leerstoornissen
- Emotionele problemen of labiliteit
- Relationale problemen
- Slaapstoornissen

Ongeveer de helft van de kinderen met ADHD vertoont ook ernstig opstandig en brutaal gedrag, of andere kenmerken van een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis. Bij ongeveer een derde wordt ook kenmerken van een antisociale gedragsstoornis aangetroffen. Ruim een kwart heeft leerproblemen, meestal het gevolg van de concentratieproblemen en impulsiviteit. Deze problemen hebben niets te maken met de intelligentie of motivatie van de kinderen. Een kwart van de kinderen met ADHD heeft last van een angst- of stemmingsstoornis. Ongeveer tien procent van de kinderen met ADHD vertoont tevens een ticstoornis.

Oorzaken en risicofactoren

De oorzaken van ADHD zijn niet precies duidelijk. Wel zijn er extra risico's bekend op het gebied van geslacht en leeftijd, individuele kwetsbaarheid en omgeving.

Geslacht en leeftijd

ADHD komt meer voor bij jongens dan bij meisjes (twee tot drie keer zo veel).

Individuele kwetsbaarheid

Erfelijkheid speelt een belangrijke rol. Verschillen in hyperactiviteit, impulsiviteit en concentratievermogen zijn vooral erfelijk. Kinderen van ouders met ADHD krijgen het in de helft van de gevallen ook. Broertjes en zusjes hebben drie tot vijf en neefjes en nichtjes twee keer zoveel kans. Enkele genen spelen mogelijk een rol in het ontstaan van ADHD. Deze genen hangen samen met de dopamine-stofwisseling in de hersenen.

Kinderen hebben meer risico op ADHD als hun moeder tijdens de zwangerschap een hoge bloeddruk had, rookte, of veel dronk.

Kinderen die te vroeg zijn geboren en een te laag geboortegewicht hadden, lopen meer risico op het krijgen van ADHD. Kinderen met een verstandelijke handicap hebben net zo vaak ADHD als kinderen zonder verstandelijke beperking.

Bij allochtone kinderen wordt bijna geen ADHD vastgesteld. ADHD komt onder allochtonen waarschijnlijk even vaak voor, maar wordt waarschijnlijk minder goed herkend. In andere culturen komen aandachtsproblemen ook even vaak voor.

Omgeving

De omgeving heeft geen grote invloed op het ontstaan van ADHD. De omgeving kan wel een rol spelen in het verloop.

Bepaalde zaken in het gezin maken de kans groter dat een kind ADHD houdt. Voorbeelden zijn:

- Huwelijksproblemen
- Lage opleiding
- Laag inkomen
- Minder goede maatschappelijke positie
- Groot gezin
- Criminaliteit van de ouders
- Plaatsing in een adoptiegezin

De kans dat het kind ADHD houdt, wordt ook groter als er in het gezin sprake is van agressie, strenge discipline en/of een minder goede communicatie.

Er is geen verband tussen het gebruik van suiker en gedragsproblemen bij kinderen.

Prevalentie (voorkomen)

ADHD kan al op jonge leeftijd voorkomen. De prevalentie (hoe vaak het voorkomt) van ADHD is 4% met een piekprevalentie van 8% tussen vier en negen jaar en een piekprevalentie van 2 tot 5% bij adolescenten. De verhouding van prevalentie bij jongens versus meisjes is ongeveer 3:1. Men denkt dat dit veroorzaakt wordt doordat neurologische afwijkingen een groter effect hebben op hyperactiviteit bij jongens dan bij meisjes. Ook is bekend dat de gedragskenmerken van ADHD zich op een andere manier uiten bij meisjes dan bij jongens, en de ADHD bij meisjes mogelijk minder snel wordt herkend. Bij 30% van de kinderen en adolescenten blijft het ADHD-syndroom bestaan tot op volwassen leeftijd. In de puberteit neemt de hyperactiviteit vaak af. Ongeveer de helft van de volwassenen houdt storende tot ernstige klachten. ADHD komt dus niet alleen voor bij kinderen.

Diagnostiek en behandeling

Er wordt onderzoek gedaan om te komen tot structuurdiagnose, classificatie en advisering. De diagnose bepaalt het type zorgprogramma dat het beste aansluit. Dat programma kiezen we op basis van bewijs of op grond van ervaringen.

De ernst van de klachten bepaalt het zorgpad. Er wordt hoe dan ook direct passende (specialistische) zorg ingezet waar nodig. Ook evalueren we regelmatig. Gaat het ondanks de behandeling niet beter, dan kunnen we een andere behandeling kiezen.

Doelstellingen behandeling

Onderstaand volgen mogelijke doelstellingen. De concrete doelen, overeengekomen tussen hulpverlener en hulpvrager, worden opgenomen in het individuele behandelplan.

Voorbeelden zijn:

- Acceptatie individuele kwetsbaarheid
- Acceptatie verminderd functioneren
- Verbetering van sociaal functioneren
- Uithuisplaatsing voorkomen
- Symptoomvermindering (klachtenafname)
- Vermindering angst
- Doorbreken vastgeroeste leefpatronen
- Verbeteren communicatie
- Ontwikkelen positief zelfbeeld
- Verbetering impulscontrole

Persoonlijk behandelplan

De aard en de ernst van de problematiek en hulpvraag bepaalt de zorgvraagzwaarte. Afhankelijk van het totaalbeeld van de hulpvraag, de hulpvrager en de doelen van de hulpverlening worden elementen uit het zorgprogramma geselecteerd en opgenomen in het persoonlijke behandelplan. Hierin staat het te bewandelen zorgpad beschreven, inclusief het verwachte aantal sessies, de inhoud en het doel per sessie. Bevindingen en plan worden vastgelegd in het elektronisch patiëntendossier (EPD).