

# Hulpverlening voor kinderen met ADHD: een bevraging van ouders?

---

*Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is één van de meest voorkomende kinderpsychiatrische stoornissen en heeft een aanzienlijke impact op de ontwikkeling en het dagelijks functioneren, wat de noodzaak tot een adequate hulpverlening beklemt. Hoewel ouders een belangrijke rol spelen bij de beslissingen rond de behandeling van hun kind met ADHD, is hierover slechts weinig gekend. Dit exploratief onderzoek werpt een licht op de keuzes die ouders van kinderen met ADHD in Vlaanderen maken aangaande de hulpverlening voor hun kind en de tekorten die ze hierbij ervaren.*

## ■ Inleiding

---

### Noodzaak tot een adequate hulpverlening bij ADHD

---

Wereldwijd wordt bij ongeveer vijf procent van de schoolgaande kinderen Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) gediagnosticeerd, ook wel aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit genoemd (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007). De

DSM-IV-TR (APA, 2000) classificeert de stoornis volgens de categoriale dimensies *aandachtsproblemen* en *impulsiviteit/hyperactiviteit* in drie subtypes: ADHD van het onoplettende type, ADHD van het hyperactieve-impulsieve type, en ADHD van het gecombineerde type. ADHD gaat dikwijls gepaard met bijkomende gezondheidsgerelateerde, academische en sociale problemen (Daly, Creed, Xanthopoulos & Brown, 2007; Wilens, Biederman & Spencer, 2002). Bij kinderen met ADHD wor-

---

<sup>1</sup> Inez Buyck en prof. dr. Roeljan Wiersema zijn verbonden aan de vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Gent. Contactadres: [Inez.Buyck@UGent.be](mailto:Inez.Buyck@UGent.be)

<sup>2</sup> Karolien Kennis werkte mee aan dit artikel in het kader van haar masterscriptie tot het behalen van de graad van Master in de Pedagogische Wetenschappen.

den daarnaast ook vaak comorbide gedragsstoornissen, angst- en stemmingsstoornissen, autismespectrumstoornissen, ticstoornissen, motorische coördinatieproblemen, leerstoornissen of taal- en spraakstoornissen vastgesteld (Brassett-Harknett & Butler, 2007; Katragadda & Schubiner, 2007). Een substantieel deel van de kinderen met ADHD ervaart doorheen de rest van het leven blijvende problemen die te wijten zijn aan de stoornis (Root & Resnick, 2003).

Hoewel ADHD niet volledig te verhelpen is, bestaan er wel interventies om de symptomen te verlichten en het algemeen dagelijks functioneren te verbeteren. Een geïndividualiseerde multimodale behandeling die zowel gericht is op het kind met ADHD als op de omgeving (zoals de ouders en de school) wordt aanbevolen (Biederman & Faraone, 2005; Kutcher e.a., 2004). De ontwikkelingsfase en persoonlijkheid van het kind, de risicovolle en beschermende factoren uit de omgeving, de ernst van de stoornis en andere bijkomende factoren zoals comorbiditeit moeten hierbij in rekening worden gebracht (Daly e.a., 2007).

### Behandeling van ADHD bij lagereschoolkinderen

Bij de behandeling maken we een onderscheid tussen kindgerichte (farmacotherapie, psychosociale interventies en neurofeedback), oudergerichte en schoolgerichte interventies.

## Kindgerichte interventies

### *Farmacotherapie*

Stimulantia onder de vorm van methylfenidaat (bv. Rilatine®, Rilatine MR® en Concerta®) worden het meest voorgeschreven (Chronis, Jones & Raggi, 2006; Olfson, Gameroff, Marcus & Jensen, 2003) en zorgen bij zeventig tot tachtig procent van de kinderen voor een verbetering van de kernsymptomen van de stoornis (Wigal, 2009). Daarnaast heeft deze medicatie ook een positief effect op het algemeen gedrag (bv. het volgen van regels, verminderen van agressie), de schoolse prestaties, het interpersoonlijk en sociaal functioneren en het emotioneel welbevinden (Katragadda & Schubiner, 2007; Santosh & Taylor, 2000). Het niet-stimulerende atomoxetine (bv. Strattera®) heeft vergelijkbare effecten als stimulerende medicatie (Katragadda & Schubiner, 2007) en vormt een alternatief bij onvoldoende werkzaamheid, ernstige bijwerkingen of kans op misbruik van stimulantia (Daley, 2004; Wigal, 2009). Afhankelijk van de comorbide problematiek worden aan kinderen met ADHD ook soms antihypertensiva, antidepressiva of neuroleptica voorgeschreven (Daley, 2004).

### *Psychosociale interventies*

Het is belangrijk dat een kind met ADHD via psycho-educatie wordt ingelicht over de symptomen, de functio-

nele beperkingen, de gevolgen en de behandelingsmogelijkheden van de stoornis. Een creatieve werkwijze die aansluit bij het ontwikkelingsniveau van het kind is hierbij aangewezen (Paternotte, 1998).

Bij cognitieve interventies worden cognitieve stimuli herhaaldelijk aangeboden om de ADHD-symptomen te verlichten (Toplak, Connors, Shuster, Knezevic & Parks, 2008). Fixatie- of aandachtstrainingen steunen op de aanname dat het aandachtstekort bij ADHD kan worden aangepakt door het oefenen van de aandachtsnetwerken aan de hand van gesystematiseerde, geïndividualiseerde trainingsprogramma's (Shalev, Tsal & Mevorach, 2007). Bij werkgeheugentrainingen veronderstelt men dat een vermindering van de ADHD-symptomen kan worden bewerkstelligd door het oefenen van het werkgeheugen (Klingberg, Forssberg & Westerberg, 2002).

Cognitief-gedragsmatige interventies vertrekken vanuit de veronderstelling dat zelfcontrole kan worden vergroot door het verbeteren van specifieke cognitieve en metacognitieve vaardigheden die worden geacht onderliggend te zijn aan impulscontrole en doelgeoriënteerd gedrag (Toplak e.a., 2008). Voorbeelden van dergelijke interventies zijn zelfinstructietraining, training in probleemoplossingsvaardigheden en training in zelfbekrachtiging (Pelham & Gnagy, 1999).

Sociale vaardigheidstrainingen richten zich op de aanpak van de sociale problemen van kinderen met ADHD. Deze interventies stimuleren het ontwikkelen van sociale vaardigheden, gedragsmatige competenties en sociale probleemoplossingsvaardigheden, waarbij het aangaan van vriendschappen wordt aangemoedigd en een afname in ongewenst en antisociaal gedrag wordt beoogd (Daly e.a., 2007).

Onderzoek toont aan dat cognitieve en cognitief-gedragsmatige interventies en sociale vaardigheidstrainingen in de behandeling van ADHD op zich doorgaans weinig belangrijke klinische veranderingen teweegbrengen op gedragsmatig en academisch vlak, al lijken ze wel een ondersteuning te kunnen vormen wanneer ze worden geïmplementeerd in een gecombineerde behandeling (Pelham & Gnagy, 1999).

### *Neurofeedback*

Bij een behandeling met neurofeedback veronderstelt men dat de hersenen van personen met ADHD worden gekenmerkt door een onderliggend patroon van onderactivatie. Neurofeedback is een trainingsmethode waarbij men de hersengolven via operante conditionering beïnvloedt om een afwijkend patroon van hersengolven, gemeten via een elektroencefalogram, te normaliseren (Toplak e.a., 2008). De effectiviteit van neurofeedback in de behandeling van

ADHD lijkt veelbelovend (Arns, de Ridder, Strehl, Breteler & Coenen, 2009), maar verder onderzoek is noodzakelijk om de robuustheid van de effecten van de behandeling na te gaan (Gevensleben e.a., 2009).

### *Alternatieve therapieën*

De meest toegepaste alternatieve vormen van behandeling voor ADHD zijn het volgen van een dieet, het innemen van vitaminen en mineralen, en homeopathie. Deze behandelingen werden niet ontwikkeld op basis van wetenschappelijk onderbouwde theorieën (Steer, 2005). Het volgen van een dieet lijkt bij sommige kinderen verlichting van de ADHD-symptomen te kunnen bewerkstelligen (Pelsser e.a., 2011), maar meer onderzoek is noodzakelijk om de effectiviteit van deze behandeling te bevestigen. Daarnaast rijst de vraag of het opnemen van een wekenlang dieet een realiseerbare inspanning is voor kinderen met ADHD. Voor geen van de andere alternatieve interventies werd tot op heden voldoende evidentie gevonden om ze als een effectieve component in de behandeling van ADHD te kunnen beschouwen (Costello, 2005; Daley, 2004; Weber & Newmark, 2007).

### Oudergerichte interventies

ADHD bij kinderen heeft een significante impact op het gezinsfunctioneren (Katragadda & Schubiner, 2007). In een poging om het problematische

gedrag van hun kind aan banden te leggen, kunnen ouderschapstrategieën onaangepast en contraproductief worden en de opvoedingsmoeilijkheden zelfs behouden of verergeren (Patterson, DeBaryshe & Ramsey, 1989).

De meeste interventies voor ouders verschaffen psycho-educatie over de stoornis en leren gedragsmodificatietechnieken aan (Daly e.a., 2007). Ouders leren om antecedenten (bv. regels, opdrachten) en gevolgen (bv. time-outs, beloningen) van bepaald doelgedrag te wijzigen en maladaptieve cognities gerelateerd aan het ouderschap te veranderen (Fabiano e.a., 2009).

Oudertraining gebaseerd op gedrags-therapeutische principes is een empirisch gefundeerde interventie die verbetering levert in probleemgedrag van het kind met ADHD (Chronis e.a., 2006). Deze interventie vergroot tevens de kennis van de ouders over ADHD en draagt bij tot een gevoel van competentie in het omgaan met hun kind, waardoor het ouderlijk en gezinsfunctioneren minder onder druk staan (Daly e.a., 2007; Young & Amarasinghe, 2010).

### Schoolgerichte interventies

Een interventie bij leerkrachten bestaat doorgaans ook uit het aanbieden van psycho-educatie over de stoornis. Om storend gedrag en de werkhou-

ding van kinderen met ADHD in de klas aan te pakken, worden leerkrachten getraind in het toepassen van gedragsmodificatietechnieken (Chronis e.a., 2006; Daly e.a., 2007; Young & Amarasinghe, 2010). Deze zijn effectief gebleken om gedragsverandering te bereiken bij kinderen met ADHD op school (Chronis e.a., 2006). Academische interventies zoals de aanpassing van taken en instructies, de ondersteuning van de leerling met ADHD door een klasgenoot, het gebruik van de computer en het aanleren van strategieën om tegemoet te kunnen komen aan de vereisten van de specifieke academische situatie, richten zich op het manipuleren van condities om gedragsmatige en schoolse prestaties te verbeteren (Chronis e.a., 2006; Daly e.a., 2007). Onderzoek suggereert dat deze interventies een positief effect hebben op het academisch presteren, maar bijkomend onderzoek is nodig om de empirische evidentie aan te tonen (Young & Amarasinghe, 2010).

### Rol van ouders in de behandeling van hun kind met ADHD

---

Ouders hechten er belang aan dat hun stem wordt gehoord en dat ze steun en empathie ontvangen in het beslissingsproces aangaande de behandeling van hun kind (Bussing, Koro-Ljungberg, Gary, Mason & Garvan, 2005). Kinderen en hun ouders hebben doorgaans een duidelijke visie op hun

eigen behoeften en zijn in staat om een afweging te maken tussen verschillende types van interventie. Toch blijkt uit verschillende onderzoeken dat accurate kennis over ADHD en de behandeling ervan bij ouders ontbreekt. Bijgevolg bestaat de kans dat zij hun beslissingen over de behandeling van ADHD voor hun kind vaak op foutieve of onvolledige informatie baseren (Stroh, Frankenberger, Cornell-Swanson, Wood & Pahl, 2008).

### Beslissing voor inschakeling van hulpverlening

---

Veel ouders zoeken pas professionele hulp als ze daartoe de nood voelen (Weisz & Weiss, 1991). De erkenning (Sayal, Taylor, Beecham & Byrne, 2002) en de inschatting van de (ernst van de) problematiek, de oorzaken en gevolgen ervan en de consensus die de ouders daarover hebben, zijn hierbij bepalend (Brinkman e.a., 2009). Ook de mate waarin men zichzelf als incompetent beschouwt om de problemen de baas te kunnen en de bereidheid om zich te engageren in hulpverlening zijn bepalende factoren voor het zoeken naar hulp (Waite & Ramsay, 2010). Ouders van kinderen met ADHD twijfelen vaak aan hun competenties als ouder en geven zichzelf regelmatig de schuld van de problemen die hun kind ervaart (Brinkman e.a., 2009). Enerzijds kan hun omgeving hen onder druk zetten om acties te ondernemen tegen het gedrag van hun kind (Brinkman e.a.,

2009). Anderzijds kunnen ouders de nood tot hulpverlening voelen vanuit het gevoel te moeten opboksen tegen het ongeloof over de diagnose en onbegrip voor het gedrag van hun kind door de omgeving (Harborne, Wolpert & Clare, 2004). Een gebrek aan informatie over waar en bij wie men terecht kan voor hulpverlening houdt ouders tegen om de stap naar hulpverlening te zetten (Bussing, Zima, Gary & Garvan, 2003). Ouders doen doorgaans pas een beroep op hulpverleners als ze deze als bekwaam en voldoende beschikbaar inschatten. De mate waarin ouders naar buiten willen treden met een probleem is eveneens een beslissende factor in het zoeken naar professionele hulp. Tevens spelen een veelheid aan demografische en psychologische factoren, gaande van socio-economische status en opleidingsniveau tot persoonlijkheid en psychopathologie van de ouders, mee in het beslissingsproces om over te gaan tot het inschakelen van hulpverlening (Weisz & Weiss, 1991).

### Behandeldoelen

---

Wanneer professionele hulp wordt ingeschakeld, is een belangrijk behandeldoel voor ouders het bevorderen van het emotioneel welbevinden en de sociale situatie (vrienden, hobby's) van hun kind (Mühlbacher, Rudolph, Lincke & Nübling, 2009). Daarnaast verwachten ze via hulpverlening ook beterschap op gedragsmatig en academisch vlak (Bussing e.a., 2003).

### Keuze van de aard van de interventie

---

De keuze van de aard van de hulpverlening wordt vaak bepaald door de overtuiging van de oorzaak van de stoornis (bv. wanneer men ADHD wijt aan een teveel aan suikers zal men eerder kiezen voor een aanpak met een suikerarm dieet) en de kennis die ouders hebben over de behandelingsmogelijkheden (Bussing e.a., 2005). De mate waarin bepaalde behandelingen worden aan- of afgeraden door hun sociale netwerk of professionals speelt ook een rol bij deze keuze. Ouders hebben een voorkeur voor hulpverlening die goed gecoördineerd en systematisch georganiseerd is, zodat ze tegemoet komt aan de vooropgestelde doelen. Het is voor hen belangrijk dat de hulp betaalbaar is of de financiële last wordt gedekt door de zorgverzekering. Ouders kunnen zich tevens laten leiden door bepaalde karakteristieken van de hulpverlener (bv. geslacht, taal, enz.) bij het bepalen van hun interventiekeuze. Wantrouwen of angst voor bepaalde aspecten van de behandeling en een geringe beschikbaarheid van de interventie (bv. wachtlijsten) vormen belemmerende factoren bij de interventiekeuze (Waite & Ramsay, 2010).

Uit onderzoek blijkt dat ouders een (doorgaans blijvende) voorkeur hebben voor een gedragsmatige behandeling van ADHD tegenover een behandeling met medicatie (Johnston, Hommersen

& Seipp, 2008; McLeod, Fettes, Jensen, Pescosolido & Martin, 2007). Nochtans is er de laatste jaren een sterke stijging in het gebruik van psychofarmaca bij de aanpak van ADHD (Hodgkins, Sasané & Meijer, 2011). Bij de beslissing om het kind met medicatie te behandelen wegen ouders de neven-effecten van medicatie af tegenover de functionele verbeteringen op school en thuis op korte en lange termijn (Hansen & Hansen, 2006).

Ouders die niet tevreden zijn met de conventionele behandelingen zullen zich eerder wenden tot alternatieve therapieën (Johnston, Seipp, Hommersen, Hoza & Fine, 2005). Sommige ouders en kinderen voelen zich niet goed bij het vooruitzicht op een langdurige behandeling met medicatie en gaan bijgevolg op zoek naar een aanpak die doorgaans als veiliger of natuurlijker wordt beschouwd (Daley, 2004; Steer, 2005). Ouders kunnen zich ook tot alternatieve therapieën wenden wanneer ze gefrustreerd geraken door de trage vooruitgang die ze bij hun kind via conventionele interventies zien (Costello, 2005).

#### Noden van ouders omtrent de hulpverlening

Wanneer ouders een beroep willen doen op hulpverlening worden ze vaak geconfronteerd met structurele, financiële en bureaucratische hindernissen. Ze krijgen onder andere te maken met specialisten die niet bereikbaar zijn,

lange wachtlijsten en diensten die niet worden terugbetaald (Hoagwood, Kelleher, Feil & Comer, 2000).

## ■ Onderzoek

Hoewel ouders een cruciale rol spelen in het opstarten en aanhouden van hulpverlening, worden hun ervaringen in de behandeling van hun kind met ADHD nog steeds onderbelicht. Een exploratief onderzoek werd opgezet om de hulpverlening waar ouders van kinderen met ADHD voor kiezen en de daarmee gepaard gaande verwachtingen en noden in kaart te brengen.

### Methode

Op basis van gegevens uit de internationale literatuur werd een vragenlijst opgesteld voor ouders met een zes- tot twaalfjarig kind met een diagnose van ADHD. Via gesloten vragen werd nagegaan waar ouders hun informatie halen over beschikbare hulpverlening, wanneer ze deze voor hun kind inschakelen, wat hun doelstellingen daarbij zijn en welke inhoudelijke invulling deze interventies kennen. Verder werden enkele praktische zaken omtrent de hulpverlening nagegaan en werd gepeild naar de tekorten die ouders momenteel ervaren in de hulpverlening van hun kind met ADHD.

De vragenlijst kon anoniem worden ingevuld en werd verspreid via tien

Centra voor Ambulante Revalidatie, twee Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, drie lagere scholen, één lagere school voor buitengewoon onderwijs en één Begeleidingstehuis van Bijzondere Jeugdzorg. 34 ouders vulden de vragenlijst in, wat ongeveer een vierde is van het bereikte publiek.

## Resultaten

### Deelnemers

Tabel 1: Persoonsgegevens steekproef (n = 34)

Geslacht van het kind met ADHD		
	Jongen	25
	Meisje	9
ADHD-diagnose		
	ADHD van het onoplettende type	6
	ADHD van het hyperactieve/impulsieve type	8
	ADHD van het gecombineerde type	11
	Ouder weet niet welk type ADHD	9
Comorbiditeit		
	Geen	14
	Leerstoornissen (dyslexie/dyscalculie/NLD)	7
	Angststoornissen	5
	Motorische coördinatieproblemen	5
	Gedragsstoornissen (CD/ODD)	4
	Autismespectrumstoornissen	3
	Stemmingsstoornissen	2
	Taal- en spraakstoornissen	1
	Anderen	4
Hulpverlening op dit moment		
	Ja	31
	Neen	3

De overgrote meerderheid van de kinderen met ADHD in dit onderzoek bestaat uit jongens. ADHD van het gecombineerde type komt het meest voor. Een vierde van de ouders is niet op de hoogte van de subtypering van de stoornis bij hun kind. Bij drie vijfde van de kinderen is er sprake van een of meerdere comorbide stoornissen. Vrijwel alle kinderen ontvangen op het moment van de bevraging een vorm van hulpverlening.



## Interventiekeuze

Tabel 2: Interventiekeuze (n = 29)

<b>KINDGERICHTE INTERVENTIES</b>	
<i>Farmacotherapie</i>	
Rilatine®	19
Rilatine MR®	6
Concerta®	3
Strattera®	0
Andere	0
<i>Psychosociale interventie</i>	
Psycho-educatie	12
Zelfinstructietraining	3
Sociale vaardigheidstraining	8
Individuele begeleiding symptomen	11
Leerondersteuning in de klas	10
Leerondersteuning buiten de klas	11
Andere	1
<i>Neurofeedback</i>	0
<i>Alternatieve therapie</i>	
Dieet	1
Homeopathie	2
Vitamine- en mineralensupplementen	6
Toegepaste kinesiologie	1
Andere	1
<b>OUDERGERICHTE INTERVENTIES</b>	
Psycho-educatie	5
Oudertraining	2
Opvoedingsondersteuning	2
Gezinstherapie	1
Praatgroep	3
Triple P	0
Andere	1
<b>SCHOOLGERICHTE INTERVENTIES</b>	
Psycho-educatie	3
Begeleiding en ondersteuning leerkracht	8
Andere	2

De behandelingen die worden voorzien, richten zich voornamelijk op het kind met ADHD. Vrijwel alle kinderen worden behandeld met medicatie. Psychosociale interventies voor het kind worden ook vaak aangesproken. Interventies die gericht zijn op de ouders of de school komen in verhouding minder naar voor.

Twee derde van de ouders die de vragenlijst invulden, informeert zich via het internet over het hulpverleningsaanbod voor ADHD en de ontwikkeling daarvan. Ouders halen hun informatie verder uit literatuur, via de huisarts, via een hulpverlener, via vrienden of kennissen en via het centrum ZitStil.

De ouders die op dit moment niet voor hulpverlening kiezen, ervaren het probleem van hun kind als voldoende hanteerbaar, hebben nog geen gepaste hulpverlening gevonden of achten een interventie financieel niet haalbaar. Ouders die al behandelingen hebben beëindigd, doen dit vaak omdat het gewenste effect uitblijft, hun kind zich niet goed voelt bij de behandeling of omwille van de financiële last die de behandeling met zich meebrengt. Interventies worden ook stopgezet omdat ouders het gevoel hebben dat het probleem waarvoor in behandeling wordt gegaan, is opgelost of omdat de therapie is afgerond.

Het voornaamste behandeldoel voor ouders is dat hun kind met ADHD

zich beter in zijn/haar vel kan voelen. Het kind sterker maken in het leven met ADHD, het reduceren van de kernsymptomen van ADHD en het optimaliseren van de sociale vaardigheden vormen eveneens belangrijke doelstellingen voor hen. Er wordt door de ouders ook vrij veel belang gehecht aan het optimaliseren van de schoolse prestaties van het kind met ADHD.

Bij de keuze van het type interventie laten ouders zich voornamelijk leiden door het gevoel dat hun kind erbij heeft, de verwachting van effectiviteit van de interventie, het gekregen advies omtrent behandeling en hun eigen gevoel erbij. Ouders kiezen een interventie die hen het meest professioneel en praktisch voorhanden lijkt.

Het subtype van de stoornis en de aanwezigheid van comorbide stoornissen zijn voor de ouders die de vragenlijst invulden niet bepalend in de interventiekeuze. Hoe ouder kinderen zijn, hoe meer de ouders geneigd zijn om voor een combinatie van interventies te kiezen. Twee derde van de kinderen ontvangt een gecombineerde behandeling. Voor de helft van de kinderen is dit een combinatie van stimulerende medicatie en één of meerdere psychosociale interventies, bij een minderheid is er ook sprake van één of meer alternatieve therapieën die de behandeling met stimulerende medicatie en psychosociale interventie(s) aanvult. Een minderheid van de kinderen ontvangt enkel een behandeling met

stimulerende medicatie of met één of meer psychosociale interventies. Op een uitzondering na ontvangt elk kind farmacotherapie, steeds met stimulantia. De psychosociale interventies zijn de kindgerichte behandelingen die het meest door ouders worden aangesproken, deze zijn ook het meest gekend door de ouders. Het vaakst doet men een beroep op individuele begeleidingen voor behandeling van de ADHD-symptomen en emotionele problemen en op psycho-educatie, gevolgd door sociale vaardigheidstrainingen. Er wordt vaak een beroep gedaan op leerondersteuning in en buiten de klas. Neurofeedback is weinig gekend en wordt voor geen enkel kind aangesproken. Ongeveer een derde van de ouders richt zich tot alternatieve interventies voor hun kind met ADHD. Slechts één kind wordt uitsluitend met alternatieve therapie behandeld, bij de rest van de kinderen wordt dit gecombineerd met andere interventies.

Wat de schoolgerichte interventies betreft, ontvangt minder dan de helft van de leerkrachten steun en begeleiding in het omgaan met een kind met ADHD in de klas.

Er wordt ook minder een beroep gedaan op de oudergerichte interventies. Wanneer ouders toch gebruikmaken van dit type interventie, wenden ze zich vooral tot psycho-educatie en individuele begeleidingen. Het merendeel van de oudergerichte interventies

is bekend bij de ouders. Ze zijn dus wel op de hoogte van het aanbod dat voor hen bestaat.

De behandeling van de kinderen wordt doorgaans multidisciplinair aangepakt. Verschillende professionals (voornamelijk psychiaters, psychologen, logopedisten, kinderartsen en CLB-medewerkers) en diensten worden betrokken in het hulpverleningsproces van de kinderen. Alle scholen van de kinderen met ADHD werden op de hoogte gebracht van de behandeling. Ouders vinden het belangrijk dat er een goede samenwerking is met de school en zijn globaal genomen van mening dat deze vlot verloopt.

Nagenoeg alle ouders leggen minder dan 20 km af om de hulpverlening te bereiken. De hulpverlening vindt doorgaans één tot twee keer per week plaats. Het merendeel van de ouders spendeert maandelijks tussen 20 en 100 euro aan medicatie, geeft tot 100 euro uit aan psychosociale begeleiding en ook aan alternatieve therapie wordt een maximaal bedrag van 100 euro uitgegeven.

#### Noden van ouders omtrent de hulpverlening

Hoewel de meeste ouders tevreden zijn over de hulpverlening die ze krijgen, worden ook een aantal tekorten aangekaart. Twintig ouders formuleren de nood aan een duidelijker overzicht van het hulpverleningsaanbod

voor lagereschoolkinderen met ADHD. Daarnaast geeft de helft van de ouders aan dat de hulpverlening niet voldoende toegankelijk is. Evenveel ouders geven aan dat het feit dat veel diensten niet worden terugbetaald voor hen een probleem is. Daarnaast geven elf ouders aan een gebrek aan communicatie te ervaren vanuit de hulpverlening, zowel met henzelf als tussen diensten onderling. Daaraan gekoppeld wordt ook aangegeven dat er nood is aan een centrale instantie van waaruit de hulpverlening voor ADHD kan worden gecoördineerd. Tekorten aan inspraak in de organisatie, het verloop en de inhoudelijke invulling van de behandeling worden door zeven ouders aangegeven.

## ■ Discussie

---

ADHD is een ontwikkelingsstoornis met een significante impact op de ontwikkeling en het dagelijks functioneren van kinderen en hun omgeving. De stoornis gaat vaak gepaard met bijkomende secundaire problemen en comorbide stoornissen. Dit alles kan het welzijn van de kinderen doorheen de hele levensloop ernstig onder druk zetten, wat de noodzaak tot een goede hulpverlening benadrukt. Ouders zijn hierbij doorslaggevend, aangezien zij de eindbeslissing nemen over de behandeling van hun kind. Uit onderzoek blijkt dat wanneer aan verwachtingen van patiënten en/of

hun ouders wordt tegemoetgekomen, de kans veel groter is dat de behandeling correct zal worden nagekomen en opgevolgd (Mühlbacher e.a., 2009). Tot op heden is weinig gekend over de ervaringen van ouders in het hulpverleningsproces van hun kinderen met ADHD. In dit onderzoek worden de keuzes aangaande hulpverlening van ouders van kinderen met ADHD in Vlaanderen en de tekorten die ze daarbij ervaren, geëxploreerd.

De steekproef bestaat uit ouders van 34 kinderen met ADHD, waarvan 25 jongens en 9 meisjes. Dit stemt overeen met de internationale literatuur, waarin gerapporteerd wordt dat ADHD meer wordt gediagnosticeerd bij jongens dan bij meisjes (Skounti, Philalitis & Galanakis, 2007). Bij meer dan de helft van de kinderen is er sprake van één of meerdere comorbide stoornissen, wat ook internationaal wordt vastgesteld. De in de literatuur meest gerapporteerde comorbide stoornissen zijn gedragsstoornissen, stemmingsstoornissen, angststoornissen, ticstoornissen en leerstoornissen (Pliszka, 2003). In deze steekproef komen naast ADHD vooral leerstoornissen, angststoornissen, motorische coördinatieproblemen en gedragsstoornissen naar voor.

Het merendeel van de kinderen met ADHD uit de steekproef ontvangt een combinatie van behandelingen en doet hierbij een beroep op verschillende hulpverleningsdisciplines, wat

aansluit bij de internationale aanbevelingen voor de aanpak van ADHD (American Academy of Pediatrics, 2001). Uit onderzoek blijkt dat ouders van wie het kind een gecombineerde behandeling ontvangt, het meest tevreden zijn over het gedrag van hun kind en de aanpak van behandeling (MTA Cooperative Group, 1999).

Op één uitzondering na krijgt elk kind stimulerende medicatie voorgeschreven. Vanwege de hoge positieve respons blijven stimulantia de eerste keuze van medicatie bij de behandeling van ADHD (Wigal, 2009). Daarnaast worden in Vlaanderen vaak ook verschillende kindgerichte psychosociale begeleidingen aangesproken bij de behandeling van kinderen met ADHD. Hoewel er weinig tot geen onderzoeksevidentie bestaat voor de effectiviteit van alternatieve interventies in de behandeling van ADHD, wordt ongeveer een derde van de bevroegde kinderen hiermee behandeld. Deze interventies worden echter nagenoeg altijd gecombineerd met andere behandelingen. Alternatieve therapieën worden frequent gebruikt in de behandeling van ADHD (Concannon & Tang, 2005). Interventies gericht op de school worden in Vlaanderen minder vaak ingezet in de behandeling van kinderen met ADHD. Er wordt tevens minder een beroep gedaan op de ouderinterventies, hoewel er vanuit de literatuur nadrukkelijk wordt gesteld dat deze interventies een belangrijk onderdeel van de behandeling van lagereschool-

kinderen met ADHD vormen (American Academy of Pediatrics, 2001).

Het merendeel van de ouders spendeert maandelijks tussen 20 en 100 euro aan medicatie en geeft ongeveer eenzelfde bedrag uit aan psychosociale begeleiding. Wie een beroep doet op alternatieve therapie, gaat ook tot een bedrag van 100 euro. Hoewel ouders bereid zijn deze inspanning voor hun kind te doen, wordt ook aangegeven dat de financiële last een reden kan zijn om een behandeling niet aan te vangen of stop te zetten. Het lijkt om die reden niet onaanvaardbaar dat ouders vanuit financiële overwegingen beslissen om hun kind eerder dan zichzelf of de school meer te betrekken in de behandeling. De nood die ouders uitdrukken tot betere financiële tegemoetkomingen bij de hulpverlening van hun kind wijst erop dat het nuttig kan zijn om de haalbaarheid van de terugbetaling van bepaalde diensten na te gaan. Op beleidsmatig vlak is het tevens belangrijk dat er aandacht wordt besteed aan de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de hulpverlening, waarvan het probleem van wachtlijsten deel uitmaakt. Ook deze moeilijkheden zouden namelijk een hindernis kunnen vormen voor het beroep doen op hulpverlening door (ouders van) kinderen met ADHD. Daarnaast is het ook mogelijk dat ouders onvoldoende kennis hebben over ADHD en de behandeling(smogelijkheden) ervan (Stroh e.a., 2008). De meerder-

heid van de bevroegde ouders vraagt immers om een duidelijker overzicht van het hulpverleningsaanbod dat voor hen en hun kind bestaat. Het internet is de meest gehanteerde informatiebron over de behandelingsmogelijkheden voor hun kind. Gezien de geringe controle op de gegevens die op het internet verschijnen, lijkt het niet uitgesloten dat ouders hun beslissingen rond behandeling soms baseren op foutieve, onvolledige of ongeverifieerde informatie. Het is dus een aandachtspunt om de verschillende behandelingsmogelijkheden voor gezinnen die met ADHD worden geconfronteerd transparanter en overzichtelijker te maken. Hulpverleners kunnen hierbij een primordiale rol spelen door de ouders meer gepersonaliseerde en dus adequatere informatie te geven over wat ADHD inhoudt en welke de best passende hulpverlening is bij hun kind dan het internet kan doen. Als de ouders beter geïnformeerde keuzes maken voor de behandeling van hun kind, kan de behandeling efficiënter verlopen, kan er meer rendement uit worden gehaald en kan dit ook mogelijkheden bieden om de kosten ervan te reduceren door het vermijden van interventies die weinig effectief zijn voor hun kind. Daarnaast is het van belang om de verwachtingen rond effectiviteit en de gevoelens die ouders en hun kinderen hebben tegenover de behandeling in rekening te brengen en zo nodig bij te sturen. Deze bepalen namelijk in sterke mate de beslissing om een bepaald type interventie te kie-

zen of beëindigen. Aangezien ouders niet altijd een adequate inschatting kunnen maken over de (ernst van de) problematiek, kan de vraag worden gesteld in hoeverre ouders correct kunnen inschatten wat er van een behandeling mag worden verwacht. Psychoeducatie voor ouders lijkt van daaruit een onmisbaar gegeven in de aanpak van ADHD bij lagereschoolkinderen.

Hoewel het reduceren van de kernsymptomen van ADHD als een belangrijke behandelingsdoelstelling voor de ouders geldt, wordt er door hen meer belang gehecht aan het optimaliseren van het algemeen emotioneel en psychisch welzijn van het kind met ADHD. De ouders vinden het ook essentieel om te werken aan de secundaire problematiek die met ADHD gepaard gaat. Dit onderstreept nogmaals dat ADHD en de ermee gepaard gaande problemen geenszins mogen worden onderschat omwille van de grote impact op het globaal functioneren en dat een goede, individueel aangepaste hulpverlening op maat geen overbodig gegeven is.

Enige voorzichtigheid is geboden bij het interpreteren van de onderzoeksresultaten. De relatief kleine steekproef vormt een hindernis bij het generaliseren van de resultaten. De grootste respons kwam van ouders die een beroep doen op een Centrum voor Ambulante Revalidatie (CAR) voor de behandeling van hun kind. Dit betekent dat andere hulpverleners en hulpverleningsorga-

nisaties sterk ondervertegenwoordigd zijn in de steekproef. Dit heeft ook tot gevolg dat er voor de overgrote meerderheid van de kinderen in de steekproef reeds hulpverlening wordt aangesproken, wat impliceert dat ouders van kinderen met ADHD voor wie er (nog) geen hulpverlening is, niet voldoende vertegenwoordigd zijn in dit onderzoek. Daarnaast hebben we geprobeerd om zo veel mogelijk spreiding op basis van de woonplaats van de respondenten te bekomen. Desondanks zijn Limburg en Vlaams-Brabant sterk ondervertegenwoordigd in de steekproef. Verder is het gebruik van gesloten vragen sterk cognitievepalend voor respondenten. Dit zou bepaalde relevante achtergrondinformatie bij hun ervaringen over het hoofd kunnen zien.

## ■ Dankwoord

Deze studie werd mede mogelijk gemaakt dankzij de steun van de Adviesraad Wetenschappelijk onderzoek van Sig.

## ■ Referenties

American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (2001). Clinical practice guideline: Treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 108, 1033-1044.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: text revision (DSM-IV-TR)* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: APA.

Arns, M., de Ridder, S., Strehl, U., Breteler, M., & Coenen, A. (2009). The efficacy of neurofeedback treatment in ADHD: The effects on inattention, impulsivity and hyperactivity: A meta-analysis. *Clinical EEG and Neuroscience*, 40, 179-189.

Biederman J, & Faraone, S.V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366 (9481), 237-248.

Brassett-Harknett, A., & Butler, N. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview of the etiology and a review of the literature relating to the correlates and lifecourse outcomes for men and women. *Clinical Psychology Review*, 27, 188-210.

Brinkman, W.B., Sherman, S.N., Zmitrovich, A.R., Visscher, M.O., Crosby, L.E., Phelan, K.J., & Donovan, E.F. (2009). Parental angst making and revisiting decisions about treatment of attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 124, 580-589.

Bussing, R., Koro-Ljungberg, M.E., Gary, F., Mason, D.M., & Garvan, C.W. (2005). Exploring help-seeking for ADHD symptoms: A mixed methods approach. *Harvard Review of Psychiatry*, 13, 85-101.

Bussing, R., Zima, B.T., Gary, F.A., & Garvan, C.W. (2003). Barriers to detection, help-seeking, and service use for children with ADHD symptoms. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 30, 176-189.

Chronis, A.M., Jones, H.A., & Raggi, V.L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26 (4), 486-502.

Concannon, P.E., & Tang, Y.P. (2005). Management of attention deficit hyperactivity disorder: A parental perspective. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 41, 625-630.

- Costello, E. (2005). Complementary and alternative therapies: Considerations for families after international adoption. *Pediatrics Clinics of North America*, *52*, 1463-1478.
- Daley, K.C. (2004). Update on attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current Opinion in Pediatrics*, *16*, 217-226.
- Daly, B.P., Creed, T., Xanthopoulos, M., & Brown, R.T. (2007). Psychosocial treatments for children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychological Review*, *17*, 73-89.
- Fabiano, G.A., Pelham, W.E., Coles, E.K., Gnagy, E.M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B.C. (2009). Meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, *29* (2), 129-140.
- Gevensleben, H., Holl, B., Albrecht, B., Vogel, C., Schlamp, D., Kratz, O., & Heinrich, H. (2009). Is neurofeedback an efficacious treatment for ADHD? A randomised controlled clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *50*, 780-789.
- Hansen D.L., & Hansen E.H. (2006). Caught in a balancing act: Parents' dilemmas regarding their ADHD child's treatment with stimulant medication. *Qualitative Health Research*, *16*, 1267-1285.
- Harborne, A., Wolpert, M., & Clare, L. (2004). Making sense of ADHD: A battle for understanding? Parents' views of their children being diagnosed with ADHD. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *9*, 327-339.
- Hoagwood, K., Kelleher, K.J., Feil, M., & Comer, D.M. (2000). Treatment services for children with ADHD: A national perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*, 198-206.
- Hodgkins, P., Sasané, R., & Meijer, W.M. (2011). Pharmacologic treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children: Incidence, prevalence, and treatment patterns in the Netherlands. *Clinical Therapeutics*, *33*, 188-203.
- Johnston, C., Hommersen, P., & Seipp, C. (2008). Acceptability of behavioral and pharmacological treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Relations to child and parent characteristics. *Behavior Therapy*, *39*, 22-32.
- Johnston, C., Seipp, C., Hommersen, P., Hoza, B., & Fine, S. (2005). Treatment choices and experiences in attention deficit and hyperactivity disorder: Relations to parents' beliefs and attributions. *Child Care Health & Development*, *31*, 669-677.
- Katragadda, S., & Schubiner, H. (2007). ADHD in children, adolescents, and adults. *Primary Care*, *34*, 317-341.
- Klingberg, T., Forsberg, H., & Westerberg, H. (2002). Training of working memory in children with ADHD. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *24*, 781-791.
- Kutcher, S., Aman, M., Brooks, S.J., Buitelaar, J., van Daalen, E., Fegert, J., Findling, R.L., Fisman, S., Greenhill, L.L., Huss, M., Kusumakar, V., Pine, D., Taylor, E., & Tyano, S. (2004). International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology*, *14* (1), 11-28.
- McLeod, J.D., Fettes, D.L., Jensen, P.S., Pescosolido, B.A., & Martin, J.K. (2007). Public knowledge, beliefs and treatment preferences concerning Attention-Deficit hyperactivity Disorder. *Psychiatric Services*, *58*, 626-631.
- MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 1073-1086.
- Mühlbacher, A.C., Rudolph, I., Lincke, H.J., & Nübling, M. (2009). Preferences for treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A discrete choice experiment. *BMC Health Services Research*, *9*, 149.



- Olfson, M., Gameroff, M.J., Marcus, S.C., & Jensen, P.S. (2003). National trends in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 1071-1077.
- Paternotte, A. (1998). *Wacht even. Kinderen met ADHD/ADD thuis en op school*. Bilthoven: Balans.
- Patterson, G.R., Debaryshe, B.D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial-behavior. *American Psychologist*, *44* (2), 329-335.
- Pelham, W.E., & Gnagy, E.M. (1999). Psychosocial and combined treatments for ADHD. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, *5*, 225-236.
- Pelsser, L.M., Frankena, K., Toorman, J., Savelkoul, H.F., Dubois, A., Rodrigues Pereira, R., Haagen, T.A., Rommelse, N.N., & Buitelaar, J.K. (2011). Effects of a restricted elimination diet on the behaviour of children with attention-deficit hyperactivity disorder (INCA study): A randomised controlled trial. *Lancet*, *377*, 494-503.
- Pliszka, S.R. (2003). Psychiatric comorbidities in children with attention deficit hyperactivity disorder: Implications for management. *Paediatric Drugs*, *5*, 741-750.
- Polanczyk, G., de Lima, S.M., Horta, B.L, Biederman, J., & Rohde, L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 942-948.
- Root, R.W., & Resnick, R.J. (2003). An update on the diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Professional Psychology*, *34*, 34-41.
- Santosh, P.J., & Taylor, E. (2000). Stimulant drugs. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *9*, 27-43.
- Sayal, K., Taylor, E., Beecham, J., & Byrne, P. (2002). Pathways to care in children at risk of attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, *181*, 43-48.
- Shalev, L., Tsal, Y., & Mevorach, C. (2007). Computerized Progressive Attentional Training (CPAT) program: Effective direct intervention for children with ADHD. *Child Neuropsychology*, *13*, 382-388.
- Skounti, M., Philalithis, A., & Galanakis, E. (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European Journal of Pediatrics*, *166*, 117-123.
- Steer, C.R. (2005). Managing attention deficit/hyperactivity disorder: Unmet needs and future directions. *Archives of Disease in Childhood*, *90*, 19-25.
- Stroh, J., Frankenberger, W., Cornell-Swanson, L.V., Wood, C., & Pahl, S. (2008). The use of stimulant medication and behavioral interventions for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder: A survey of parents' knowledge, attitudes and experiences. *Journal of Child and Family Studies*, *17*, 385-401.
- Toplak, M.E., Connors, L., Shuster, J., Knezevic, B., & Parks, S. (2008). Review of cognitive, cognitive-behavioral, and neural-based interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review*, *28*, 801-823.
- Young, S., & Amarasinghe, J.M. (2010). Practitioner review: non-pharmacological treatments for ADHD: A lifespan approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52*, 116-133.
- Waite, J., & Ramsay, J.R. (2010). A model for parental ADHD: Help-seeking and readiness to change. *Issues in Mental Health Nursing*, *31*, 793-803.
- Weber, W., & Newmark, S. (2007). Complementary and alternative medical therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder and autism. *Pediatric Clinics of North America*, *54*, 983-1006.
- Weisz, J.R., & Weiss, B. (1991). Studying the referability of child clinical problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 266-273.

Wigal, S.B. (2009). Efficacy and safety limitations of attention-deficit hyperactivity disorder pharmacotherapy in children and adults. *CNS Drugs*, 23, 21-31.

Wilens, T.E., Biederman, J., & Spencer, T.J. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annual Review of Medicine*, 53, 113-131.