

**Is er een verschil tussen generalisten en specialisten in de herkenning van jongens en meisjes met ADHD?**

Definitieve versie thesis

Master's thesis 2016-2017

Utrecht University

Master's programme in Clinical Child, Family and Education Studies

Course code: 201600201

Naam: R. M. Bijsterbosch

Studentnummer: 5733928

Begeleidster: D. Burke

Eerste beoordelaar: I. Friso-van den Bos

Tweede beoordelaar: S. P. A. Rasing

Datum: 19 mei 2017

Aantal woorden: 4498 (abstract 250)

## Voorwoord

Dit onderzoek is tot stand gekomen als onderdeel van het masterprogramma Orthopedagogiek aan de Universiteit Utrecht. Hetgeen mij in eerste instantie aansprak aan dit onderwerp is de actualiteit wat betreft de decentralisatie van de zorg naar de gemeenten. Door de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning is er een verandering tot stand gekomen in de geestelijke gezondheidszorg op het gebied van verwijzing naar specialistische zorg. Ik hoop dat ik met mijn onderzoek kan laten zien hoe belangrijk het is dat ‘poortwachters’ in de zorg beschikken over voldoende kennis op het gebied van psychische problematiek bij jeugdigen.

Samen met drie masterstudenten heb ik mij verdiept in dit onderwerp, waarbij iedereen zich richtte op een eigen onderzoeksvraag. Dit rapport is individueel tot stand gekomen en na hier een jaar aan gewerkt te hebben, heb ik veel geleerd. Ik heb niet alleen geleerd hoe ik een goede wetenschappelijke thesis schrijf, maar ook hoe ik contact moet leggen met participanten en hoe deze ‘dataverzameling’ tot stand komt. Dit onderzoek is tot stand gekomen door gebruik te maken van data van een breder onderzoek. Ik wil Delia Burke bedanken dat ik gebruik mocht maken van deze dataset en voor de prettige begeleiding. Daarnaast wil ik alle participanten bedanken. Zonder hen had ik dit onderzoek niet tot stand kunnen brengen. Verder wil ik vrienden bedanken voor de hulp die zij geboden hebben bij het gebruik van SPSS. Tot slot wil ik mijn medestudenten bedanken voor het sparren en de fijne samenwerking.

## **Abstract**

Since the new law (Wet Maatschappelijke Ondersteuning [Social Support Act]) came into effect in the Netherlands, psychological problems in children, such as ADHD, are being recognized in generalist care. Once ADHD has been recognized, the child can be referred to specialist care. If the symptoms of ADHD are not recognized at this moment, the diagnostic process will take longer, which could, create multiple problems. It is unknown if specialists and generalists have the abilities to recognize the different aspects of ADHD. Besides, there are more boy than girls diagnosed with ADHD. It is uncertain whether it is more common for boys to have ADHD or if it is better recognized. This study examined differences in generalists and specialists' recognition of ADHD in children and adolescents and if gender influences recognition. Healthcare professionals ( $n = 431$ ) were shown two cases describing children with ADHD and were asked to indicate which disorder was described. Participants were divided In two groups: specialists or generalists. Research hypotheses were tested by means of a binary logistic regression analysis. The results show that there is a significant difference in the recognition of ADHD between generalists and specialists. Specialists recognize ADHD better than generalists. There is no difference in the recognition of ADHD between boys and girls. At first glance, these results suggest that not all children with ADHD symptoms are recognized by generalists; this means that the diagnostic process may not always start as soon as possible. This may lead to several problems and unnecessary costs.

*Keywords:* Recognition, ADHD, generalists, specialists, gender.

### **Inleiding**

Vroegtijdige herkenning van psychische problemen bij kinderen kan helpen om negatieve lange termijn gevolgen te voorkomen of verminderen, voor zowel het kind zelf als de omgeving van het kind (Kessler et al., 2003; Nelson, MacLeod & Westhues, 2003). Voordat kinderen onderzocht kunnen worden, moeten de problemen eerst herkend worden door een gezondheidsprofessional. Daarna kan het kind doorverwezen worden naar specialistische gezondheidsprofessionals en kan het diagnostisch proces in gang worden gezet (Hawkins-Walsh, 2001). Herkenning is iets anders dan diagnosticeren. Herkennen is de eerste stap in het diagnostisch proces en gezien de belangrijkheid hiervan is het vreemd dat hier weinig tot geen onderzoek naar gedaan is. In dit onderzoek wordt gekeken naar de herkenning van Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), omdat dit één van de meest voorkomende stoornissen bij kinderen en adolescenten is. De prevalentie wordt geschat op 3,5% (Merikangas, Nakamura, & Kessler, 2009). Daarnaast uit ADHD zich vaak externaliserend en kan dit gedrag ook leiden tot problemen voor de betrokkenen van het kind met ADHD (Harpin, 2005). Als ADHD herkend wordt, kan eerder hulp geboden worden.

### **ADHD**

Uit recentelijk Nederlands onderzoek blijkt dat ADHD bij ongeveer 72% van de kinderen en adolescenten wordt herkend (Burke, Begeer, Koot, & De Wilde, 2016). Kinderen met ADHD hebben een grote kans om problemen te ontwikkelen op korte en lange termijn, zoals schoolproblemen, sociale problemen, middelen misbruik, oppositioneel gedrag en een slecht zelfbeeld (De Boo & Prins, 2007; Galéra, Melchior, Chastang, Bouvard, & Fombonne, 2009; Harpin, 2005). Om te zorgen dat deze effecten geminimaliseerd worden, is het belangrijk dat de symptomen bij kinderen met ADHD vroegtijdig worden herkend (Biederman et al., 2006). Om dit te bewerkstelligen is het belangrijk om te weten welke factoren de herkenning van ADHD beïnvloeden. Uit onderzoek van Burke et al. (2016) blijkt dat de leeftijd van kinderen bijvoorbeeld invloed heeft op de herkenning van ADHD door gezondheidsprofessionals. Zo wordt ADHD beter herkend bij adolescenten dan bij kinderen. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat hoe meer symptomen van ADHD een kind laat zien, hoe beter het herkend wordt. Verder blijkt dat geslacht de herkenning van ADHD beïnvloedt.

Uit bevolkingsonderzoek van De Graaf, Van Dorsselaer en Ten Have (2010) voor het Nederlands Jeugd Instituut blijkt dat twee tot drie keer zoveel jongens als meisjes gediagnosticeerd zijn met ADHD. Andere onderzoeken laten zien dat ADHD minder geïdentificeerd wordt bij meisjes dan bij jongens, zelfs als zij dezelfde symptomen laten zien (Froehlich et al., 2007), dat leraren de symptomen bij meisjes met ADHD minder goed

## HERKENNING VAN ADHD BIJ JONGENS EN MEISJES

herkennen, dat slechts de helft wordt doorverwezen naar gezondheidsprofessionals (Groenewald, Emond, & Sayal, 2009) en dat meisjes met ADHD te weinig herkend, onderzocht en behandeld worden (Quinn, 2005). Deze bevindingen kunnen de daadwerkelijke prevalentie reflecteren, maar aan de andere kant kan de hogere prevalentie van ADHD bij jongens wijzen op het feit dat de stoornis bij meisjes minder goed herkend wordt. Dit kan komen, doordat meisjes minder externaliserend gedrag laten zien dan jongens en meer internaliserend probleemgedrag (Gaub & Carlson, 1997; Spencer, Biederman, & Mick, 2014; Quinn, 2005), waardoor het moeilijker wordt om de stoornis ADHD te herkennen. Zo worden bij meisjes met ADHD voornamelijk symptomen gezien als: vergeetachtigheid, moeite met organiseren en plannen, een laag zelfbeeld, angst en moedeloosheid (Quinn, 2005). Dit zijn minder direct zichtbare gedragingen dan de verstorende gedragingen die vaker bij jongens worden gezien, zoals gedragsproblemen, hyperactiviteit en agressiviteit (Gaub & Carlson, 1997; Hartung, Milich, Lynam, & Martin, 2002). Hyperactiviteit bij meisjes manifesteert zich voornamelijk als emotionele reacties en veel praten in tegenstelling tot fysieke onrust en overbeweeglijkheid bij jongens (Quinn, 2005).

Als ADHD minder goed herkend wordt bij meisjes, heeft dit nadelige gevolgen voor deze doelgroep (Biederman et al., 2005). Zo zijn meisjes met ADHD een risicogroep voor middelen misbruik en impulsief en ongeremd seksueel gedrag (Quinn, 2005).

### **Gezondheidsprofessionals**

Een andere factor die mogelijk invloed heeft op de herkenning van ADHD is het type gezondheidsprofessional die het kind ziet. Toen de nieuwe Wet Maatschappelijk Ondersteuning (WMO) zijn intrede deed in 2015, is de 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijnszorg verschoven naar 'generalistische' en 'specialistische' zorg. De generalistische zorg is toegankelijk zonder verwijzing en heeft de functie van poortwachter, bijvoorbeeld de huisarts of jeugdarts. De specialistische zorg is daarentegen alleen toegankelijk met een verwijzing vanuit de generalistische zorg, bijvoorbeeld een psychiater of psycholoog (Janssens, 2015). Het is van groot belang dat zowel generalisten als specialisten psychische problemen herkennen. Als generalisten problemen niet herkennen, worden kinderen niet doorverwezen en als specialisten problemen niet herkennen, krijgen kinderen niet de hulp die zij nodig hebben. Dit kan zoals eerder beschreven bij kinderen met ADHD, leiden tot verschillende problemen (De Boo & Prins, 2007; Galera et al., 2009; Hawkins-Walsh, 2001).

Er is echter niet eerder gekeken of generalisten en specialisten verschillen in hun vaardigheid wat betreft de herkenning van ADHD bij kinderen. Dit is vreemd, aangezien de nieuwe WMO al wel zijn intrede heeft gedaan, maar nog niet bekend is of generalisten over

## HERKENNING VAN ADHD BIJ JONGENS EN MEISJES

voldoende vaardigheden beschikken wat betreft het herkennen en doorsturen van kinderen met psychische problemen. Wel is het zo dat generalisten en specialisten verschillende opleidingen hebben gevolgd en verschillen in de psychische problemen die zij veel zien in de praktijk. Dit kan de herkenning van deze problemen beïnvloeden. Zo zijn specialisten, zoals psychologen opgeleid om psychische problemen aan te pakken en zijn generalisten, zoals jeugdartsen opgeleid om veel bredere gezondheidsproblemen aan te pakken (Kluft & Van der Haterd, 2012; NVO, 2013). Verder zien specialisten zoals pedagogen veel leer- en gedragsproblemen (NVO, 2013). Daarentegen zien generalisten zoals social workers veel bredere problematiek, sinds zij steeds meer verantwoordelijkheid krijgen in de gezondheidszorg (Aviram, 2002). Zij worden echter niet betrokken in het diagnostische proces. Deze verschillen in opleiding en ervaring bij gezondheidsprofessionals, kunnen resulteren in verschillende vaardigheden wat betreft herkenning van ADHD bij kinderen.

Wat wel bekend is over de verschillen in herkenning tussen gezondheidsprofessionals, is dat depressie en angst niet goed herkend worden door jeugdartsen (Tylee & Walters, 2007). Daarnaast blijkt dat jeugdartsen één op de vijf kinderen met gedragsproblemen herkennen en een fractie hiervan doorverwezen wordt voor diagnostisch onderzoek (Simonian, 2006). Daarentegen blijkt uit Engels onderzoek dat bij 500 kinderen die in psychiatrische zorg waren, psychiaters acht ADHD-diagnoses gemist hebben van de gehele populatie (Foreman & Ford, 2008). Concluderend kan gezegd worden dat als generalisten, zoals jeugdartsen, de symptomen van verschillende psychische problemen niet herkennen, kinderen ook niet worden doorverwezen naar specialisten, zoals psychiaters. Hierdoor duurt het diagnostisch proces langer, duurt het langer voordat het kind behandeld wordt en worden onnodige kosten gemaakt (Burke et al., 2016; Hawkins-Walsh, 2001).

### **Huidig onderzoek**

Als er specifiek gekeken wordt naar het verschil in de herkenning van ADHD tussen generalisten en specialisten is hier nog geen onderzoek naar gedaan. Het doel van dit onderzoek is dan ook om duidelijkheid te krijgen over de herkenning van ADHD door generalisten en specialisten, waarbij gekeken wordt naar de verschillen in herkenning bij geslacht. De onderzoeksvraag luidt als volgt: *'Is er een verschil tussen generalisten en specialisten in de herkenning van jongens en meisjes met ADHD'*.

Om deze vraag te onderzoeken zijn de volgende hypothesen geformuleerd: (1) Er is een verschil tussen de herkenning van ADHD tussen generalisten en specialisten. Specialisten herkennen ADHD beter dan generalisten. Deze hypothese komt niet expliciet in de literatuur naar voren, maar is aannemelijk vanuit de literatuur (Foreman & Ford, 2008; Simonian,

## HERKENNING VAN ADHD BIJ JONGENS EN MEISJES

2006). (2) Er is een verschil in de herkenning van ADHD wat betreft geslacht. Jongens met ADHD worden beter herkend dan meisjes met ADHD (Froehlich et al., 2007; Quinn, 2005; Groenewald, Emond & Sayal, 2009). (3) Specialisten herkennen ADHD bij meisjes beter dan generalisten.

### **Methode**

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van beschikbare gegevens afkomstig van het project Beoordeling van Psychische Problemen bij Schoolkinderen (BePPS). In het BePPS onderzoek zijn invloeden van het kind (ethniciteit, leeftijd, geslacht en SES) en gezondheidsprofessionals (typ, ervaring, leeftijd, ethniciteit, geslacht) op de herkenning van psychische problemen experimenteel onderzocht. Dit waren verschillende psychische problemen, zoals ADHD, gegeneraliseerde angststoornis (GAS), autismespectrumstoornis (ASS), gedragsstoornis en depressie. (Burke et al., 2016). Huidig onderzoek gebruikt alle data betreffende ADHD van het BePPs onderzoek.

### **Participanten**

Aan dit onderzoek participeerde 431 Nederlandse jeugdgezondheidsprofessionals (89% vrouwen), die verantwoordelijk zijn voor het diagnostisch onderzoek, diagnosticeren, verwijzen en/of behandelen van kinderen en adolescenten in de gezondheidszorg: 127 psychologen (29,5%), 90 pedagogen (20,9%) en 18 psychiaters (4,2%), 52 social workers (12,1%), 89 jeugdartsen (20,6%) en 33 leraren (7,7%). De overige 22 participanten (5,1%) zijn geen klinische gezondheidsprofessionals. Alle gezondheidsprofessionals hebben aangegeven of zij in de generalistische zorg, specialistische zorg of niet-klinische zorg werken. Hieruit zijn drie groepen samengesteld, de specialisten, de generalisten en niet van toepassing. In Tabel 1 staan de demografische gegevens voor de groepen afzonderlijk samengevat.

### **Procedure**

Een advertentie, genaamd BePPS, werd gepubliceerd op branche websites en geplaatst in online nieuwsbrieven. Hierin werd geschetst waarom er interesse was naar de rol van gezondheidsprofessionals in de beoordeling van psychische problemen bij kinderen en adolescenten. De advertentie bevatte een link naar de online enquête. Hierin werd eerst een korte instructie gegeven. Ook werd uitgelegd dat de casussen niet alle informatie gaven die nodig zou zijn voor een diagnose, maar dat de onderzoekers vooral interesse hadden in de eerste indruk van de participanten. Vervolgens werd op de eerste pagina van de enquête om demografische gegevens van de participant gevraagd. In de pagina's die volgden werden casussen getoond met verschillende psychische stoornissen, waaronder twee ADHD casussen.

## HERKENNING VAN ADHD BIJ JONGENS EN MEISJES

In dit onderzoek werden enkel deze twee casussen gebruikt. Bij elke casus werden open vragen gesteld en werd gevraagd naar de spontane beoordeling na het lezen van de casus. Als deze open vragen werden ingevuld en zij door scrollden, konden de gegeven antwoorden niet meer veranderd worden. Tot slot werden vragen gesteld aan de participanten over hun functie en ervaring in het werkveld als gezondheidsprofessional (Burke et al., 2016).

Tabel 1

*Demografische gegevens en beschrijvende statistiek van generalisten en specialisten*

Karakteristieken	Generalisten		Specialisten		Niet van toepassing	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Totaal	208	48.30	184	42.70	39	9.00
Geslacht						
Man	22	5.2	19	4.5	2	0.5
Vrouw	184	43.2	162	38	37	8.7
Niet bekend/ontbreekt					5	1.2
Leeftijd						
18-24	5	1.2	5	1.2	-	0
25-39	60	14	91	21.2	8	1.9
40-59	115	26.7	81	18.8	26	6
60+	27	6.3	7	1.6	5	1.2
Niet bekend/ontbreekt					1	0.2
Ervaring						
0-5 jaar	41	9.5	56	13	9	2,1
5-10 jaar	41	9.5	40	9.3	11	2.6
10-15 jaar	36	8.4	34	7.9	4	0.9
15-20 jaar	31	7.2	19	4.4	3	0.7
20 + jaar	59	13.7	35	8.1	12	2.8
Etniciteit						
Nederlands	162,5	37,7	151,5	35,2	31,5	7,3
Niet-Nederlands	45,5	10,6	32,5	7,5	7,5	1,7

### Meetinstrumenten

**ADHD casussen.** Met behulp van gestandaardiseerde experimentele analoge ontwerpen werden casussen met passende symptomen van de stoornissen gecreëerd, waardoor herkenning mogelijk was. Alle variabelen (veel of weinig symptomen, leeftijd, geslacht, etniciteit en sociaal economische status [SES]) werden gevarieerd, maar systematisch in de casussen geplaatst. De combinatie van ADHD casus (1) x aantal symptomen (2) x etniciteit



## HERKENNING VAN ADHD BIJ JONGENS EN MEISJES

(5) x geslacht (2) x leeftijd (2) x SES (2) zorgde ervoor dat 80 ADHD casussen konden worden gecreëerd. In elke enquête werden twee ADHD casussen getoond, waardoor participanten niet allemaal dezelfde casussen beoordeelden. De casussen waren wel identiek wat betreft de samenstelling van mogelijk combinaties van variabelen (Burke et al., 2016). De ADHD casussen werden in verschillende stappen ontwikkeld. Ten eerste werden de ADHD symptomen beschreven aan de hand van DSM-IV criteria (American Psychological Association, 2000). Daarna werden psychologen en pedagogen (N = 5), die regelmatig met kinderen werken, gevraagd om advies wat betreft de symptomen en wanneer deze symptomen als leeftijdsadequaat werden gezien. Tot slot werd een pilot studie (N = 24) uitgevoerd met behulp van gezondheidsprofessionals. Zij bevestigden dat, ongeacht invloed van andere variabelen, de ADHD symptomen in de casussen herkenbaar waren. Na deze pilotstudie zijn geen veranderingen meer aangebracht in de casussen (Burke et al., 2016). Casussen inzetten wordt gezien als een sterk instrument om verschillende factoren te onderzoeken die invloed hebben op beoordelingen en beslissingen van klinische professionals (Evans et al., 2015). Voor voorbeelden van deze casussen wordt verwezen naar de bijlage 1.

**Geslacht kind.** In elke vragenlijst stond een ADHD casus waarin een meisje werd beschreven en een ADHD casus waarin een jongen werd beschreven. In de casussen werd echter niet expliciet benoemd om welk geslacht het ging, maar dit was te zien aan namen en woorden als zij, hij, haar en hem (Burke et al., 2016). Geslacht wordt als volgt gecodeerd: (0) jongen, (1) meisje.

**Type professional.** Participanten werd gevraagd om te kiezen uit een lijst met beroepen, waaronder hun baan geschaard kon worden. Gekozen kon worden uit: psycholoog, psychiater, jeugdarts, pedagoog, leraar/ intern begeleider en anders. Als gekozen werd voor anders, werd gevraagd om welk beroep dit ging. Aan de hand hiervan is de nieuwe categorie ‘social worker’ toegevoegd. Dit resulteerde in een totaal van zeven categorieën type gezondheidsprofessionals (Burke et al., 2016). Daarna is door de gezondheidsprofessionals een onderverdeling gemaakt in generalisten (jeugdarts, leraar/mentor en social worker) en specialisten (psychiater, psycholoog en pedagoog). Type professional is categorisch en werd als volgt gecodeerd: (1) generalisten, (2) specialisten, (3) niet van toepassing.

**Herkenning.** De gezondheidsprofessionals werden na het lezen van de casussen de volgende open vragen gesteld: ‘Kunt u kort aangeven of bovenstaande situatie volgens u reden tot bezorgdheid geeft en, zo ja, wat zou er met dat kind aan de hand kunnen zijn?’. Antwoorden werden vervolgens gecodeerd: (1) de stoornis ADHD is herkend of (0) de ADHD stoornis wordt niet herkend. Reacties werden gecodeerd als herkend, als participanten

## HERKENNING VAN ADHD BIJ JONGENS EN MEISJES

de naam ADHD onder de casus noteerden of een stoornis die onder dezelfde onderverdeling staat gecategoriseerd als ADHD, zoals ADD (Burke et al., 2016). Dit werd gezien als herkend, omdat stoornissen gecategoriseerd onder dezelfde onderverdeling gemeenschappelijke kenmerken bezitten (American Psychological Association, 2000).

Twintig procent van de participant responses (afhankelijke variabele) werd willekeurig geselecteerd en gecodeerd door een tweede onafhankelijke beoordelaar. Een betrouwbaarheidsanalyse werd uitgevoerd, middels Cohen's Kappa ( $\kappa$ ), om te bepalen of er overeenstemming is tussen twee verschillende beoordelaars. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was hoog  $\kappa = .98$  ( $p < .001$ ). Dit betekent dat er een zeer hoge overeenkomst is tussen de uitkomsten van dezelfde metingen, uitgevoerd door meerdere beoordelaars.

### **Statistische Analyse**

De onderzoeksvraag in dit onderzoek 'Is er een verschil tussen generalisten en specialisten in de herkenning van jongens en meisjes met ADHD?' kan beantwoord worden door middel van een binaire logistische regressie analyse. Met deze analyse kan worden onderzocht of er samenhang bestaat tussen herkenning van ADHD (afhankelijke variabele) en type professional en geslacht van het kind (onafhankelijke variabelen). Er wordt gebruik gemaakt van deze analyse, omdat de afhankelijke variabele dichotoom van aard is. De onafhankelijke variabelen zijn van nominaal meetniveau. Bij deze toets hoeft niet worden voldaan aan onderliggende assumpties, omdat het is een non-parametrische toets is (Field, 2013). Om de opgestelde hypothesen te toetsen kan door middel van een binaire logistische regressie analyse een constant model worden opgesteld, met alleen een constante zonder voorspellers en een model waarin alle voorspellers zijn toegevoegd (type professional, geslacht kind en het interactie effect tussen deze twee onafhankelijke variabelen). Type professional als voorspeller toetst hypothese 1 (generalist, specialist, niet van toepassing). Geslacht van het kind als voorspeller toetst hypothese 2 (jongen, meisje). Ook wordt het mogelijke interactie effect onderzocht tussen deze twee onafhankelijke variabelen, door middel van moderatie analyse. Op deze manier kan hypothese 3 worden getoetst. Er is gekozen voor de forced entry methode, omdat vanuit literatuuronderzoek aannemelijk is dat beide onafhankelijke variabelen een significante invloed hebben op de herkenning van ADHD (Field, 2013).

### **Resultaten**

Om te toetsen of het model inclusief voorspellers een betere fit heeft dan het model zonder voorspellers wordt gekeken naar het chi-square blok. Deze waarde is het verschil

## HERKENNING VAN ADHD BIJ JONGENS EN MEISJES

tussen de chi-square van beide modellen. Deze verandering in de chi-square is significant,  $\chi^2(5) = 20,552, p < .001$ . Dit betekent dat het toevoegen van de voorspellers effect heeft op de fit van het model en dat het model inclusief voorspellers beter bij de data past.

Ongeacht type professional werd ADHD in 71,5% van de ADHD casussen herkend. Generalisten herkenden 67,3% en specialisten herkenden 78,8% van de ADHD casussen. Om de hypothese 'Er is een verschil tussen de herkenning van ADHD tussen generalisten en specialisten' te toetsen is de variabele 'type professional' toegevoegd aan het standaardmodel. Er bestaat een samenhang tussen de herkenning van ADHD en type professional,  $\chi^2(2) = 8.63, p < .05$ . De kans dat specialisten ADHD herkennen is significant groter dan dat generalisten ADHD herkennen,  $\chi^2(1) = 3.89, p < .05$  (zie tabel 2).

In 52,2% van de ADHD casussen werden jongens met ADHD beschreven en in 47,8% werden meisjes met ADHD beschreven. De herkenning van ADHD bij jongens was 72,7%. De herkenning van ADHD bij meisjes was 70,2%. Om de hypothese 'Er is een verschil in de herkenning van ADHD wat betreft geslacht. Jongens met ADHD worden beter herkend dan meisjes met ADHD' te toetsen is de variabele 'geslacht' toegevoegd aan het model. Hieruit blijkt dat de herkenning van ADHD niet significant samenhangt met het geslacht van het kind,  $\chi^2(1) = 0.29, ns$ . Er lijkt een lichte afname van de kans dat een meisje met ADHD herkend wordt in vergelijking met jongens, deze afname is echter niet significant (zie tabel 2).

Tabel 2

*Multiple regressie coëfficiënten en bijhorende betrouwbaarheidsintervallen voor type professional en geschat*

	B (SE)	95% CI for odds ratio		
		Lower	Odds ratio	Upper
<b>Type professional</b>				
Specialist <sup>a</sup>	.45 (.29)*	1.00	1.57	2.45
Niet van toepassing (n.v.t.) <sup>a</sup>	-.54 (.36)	.29	.59	1.17
<b>Geslacht</b>				
Meisje <sup>b</sup>	-.22 (.21)	.53	.80	1.21
<b>Type professional x Geslacht</b>				
Specialist x meisje <sup>c</sup>	.28 (.33)	.69	1.33	2.54
n.v.t x meisje <sup>c</sup>	.35 (.51)	.53	1.41	3.81

Note. Referentie categorie: <sup>a</sup> generalist, <sup>b</sup> jongen, <sup>c</sup> generalist x jongen  
\* $p < .05$

Van alle herkende ADHD casussen werden 22,89% jongens met ADHD herkend door generalisten tegenover 22,56% meisjes met ADHD. Specialisten herkenden 26,46% jongens

## HERKENNING VAN ADHD BIJ JONGENS EN MEISJES

met ADHD tegenover 20,62% meisjes met ADHD. De overige 7,47% werd herkend door de groep 'niet van toepassing'. Om de hypothese '*specialisten herkennen ADHD bij meisjes beter dan generalisten*' te toetsen is een interactie-effect toegevoegd tussen 'type professional' en 'geslacht' aan het model. Er is geen significant interactie-effect gevonden voor deze variabelen. Als specifiek gekeken wordt naar de samenhang van het interactie-effect 'specialist x meisjes' en herkenning van ADHD, lijkt de kans dat ADHD herkend wordt toe te nemen, maar deze is echter niet significant,  $\chi^2(1) = .72$ , *ns*. Ook bij de groep 'niet van toepassing x meisjes' lijkt de kans dat ADHD herkend wordt te stijgen, maar ook dit effect is niet significant,  $\chi^2(1) = .47$ , *ns* (zie tabel 2).

### Discussie

Het doel van deze studie was het onderzoeken en vergelijken van het vermogen van gezondheidsprofessionals (generalisten en specialisten) om ADHD te herkennen. Daarnaast is gekeken of er verschil bestond in de herkenning van ADHD bij jongens en meisjes en of er een interactie-effect bestond tussen type professional en sekse. Resultaten lieten zien dat er een verschil bestaat in de herkenning van ADHD tussen gezondheidsprofessionals, specialisten herkenden ADHD beter dan generalisten. Er werd echter geen significant verschil gevonden in de herkenning van ADHD tussen jongens en meisjes. Ook werd geen significant interactie-effect gevonden tussen type professional en sekse.

Deze resultaten laten zien dat gezondheidsprofessionals variëren in hun vermogen om ADHD te herkennen bij kinderen en jeugdigen. Zoals verondersteld, herkenden specialisten ADHD beter dan generalisten. Gezien het feit dat specialisten hoogopgeleide professionals zijn die gespecialiseerd zijn in geestelijke gezondheidsproblemen, is het niet verwonderlijk dat hun vermogen om ADHD te herkennen de andere groep overtrof (Kluft & Van der Haterd, 2013; Wahass, 2005). Deze bevinding komt ook overeen met een onderzoek waaruit blijkt dat jeugdartsen (generalisten) slechts één op de vijf kinderen met gedragsproblemen herkennen en doorsturen naar specialisten (Simonian, 2006). Ook komt deze bevinding overeen met onderzoek waaruit blijkt dat psychiaters (specialisten) 492 van de 500 kinderen met ADHD herkenden (Foreman & Ford, 2008). De resultaten van dit onderzoek laten zien dat slechts, ongeveer 67,3% van de kinderen met ADHD symptomen worden doorgestuurd naar de specialistische zorg, aangezien dit percentage kinderen met ADHD symptomen herkend worden in de generalistische zorg. Als een kind met ADHD dus niet herkend wordt door generalisten, wordt het diagnostisch proces uitgesteld, waardoor het langer duurt voordat het kind behandeld kan worden en het kind mogelijk meer problemen ontwikkelt (Biederman et al., 2006). Hierdoor worden tevens onnodige kosten gemaakt door gezondheidsprofessionals

## HERKENNING VAN ADHD BIJ JONGENS EN MEISJES

en uiteindelijk door gemeenten en de Nederlandse regering. Dit alles werkt frustrerend voor zowel gezondheidsprofessionals als ouders en kinderen met psychische problematiek (Burke et al., 2016; Hawkins-Walsh, 2001).

Het is belangrijk dat generalisten meer kinderen herkennen met ADHD, want zij zijn de poortwachters in de WMO. Door hen krijgen kinderen met ADHD symptomen toegang tot specialistische hulp. Om deze reden wordt aanbevolen om toekomstig onderzoek te doen naar de vaardigheden wat betreft herkenning bij generalisten en of de gevolgde opleiding van generalisten hier invloed op heeft. Op deze manier worden mogelijk verklaringen gevonden voor het feit dat generalisten minder kinderen met ADHD herkennen dan specialisten.

Verrassend genoeg werd er geen verschil gevonden in de herkenning van ADHD tussen meisjes en jongens, hoewel dit wel verwacht werd op basis van eerder onderzoek. Zo blijkt uit eerder onderzoek dat jongens met ADHD beter herkend worden dan meisjes (Froehlich et al., 2007; Groenewald et al., 2009; Quinn, 2005). Een verklaring voor deze verschillende uitkomsten is dat Groenewald en anderen (2009) spreken over leraren die meisjes met ADHD niet herkennen. In dit onderzoek zijn geen leraren als participanten meegenomen. Daarnaast is er in dit onderzoek gebruik gemaakt van casussen, wat andere uitkomsten kan geven dan onderzoek bij personen. Zo kan het zijn dat het doel van het onderzoek bekend was bij de respondenten, waardoor zij extra alert zijn geweest op alle informatie in de casussen (Burke et al., 2016). Verder bestaat de mogelijkheid dat de invloed van sekse, alleen door toevoeging van een meisjes of jongensnaam in de casussen, niet duidelijk de verschillen tussen jongens en meisjes met ADHD beschreef. De symptomen werden zo duidelijk beschreven vanuit de DSM-IV criteria dat kleine subjectieve invloeden zoals een jongens- of meisjesnaam geen verschil maakten. Ook blijkt dat meisjes met ADHD een groter risico vormen dan jongens op andere psychische problemen, waardoor deze bijkomende problemen wel herkend worden, maar de ADHD niet (Rucklidge & Tannock, 2001). In dit onderzoek werden alleen ADHD symptomen beschreven in de casussen, waardoor ADHD mogelijk beter herkend werd. In de praktijk zijn er vaak comorbide symptomen, wat de herkenning van ADHD bemoeilijkt (Rucklidge & Tannock, 2001).

Naast dat geen significant verschil werd gevonden in de herkenning tussen jongens en meisjes, werd ook geen interactie-effect gevonden tussen type professional en sekse. Verwacht werd dat specialisten meisjes met ADHD beter herkenden dan generalisten. Dit resultaat is verrassend, aangezien specialisten in het algemeen meer kinderen met ADHD herkennen dan generalisten. Verwacht werd daarom dat zij ook meer meisjes met ADHD zouden herkennen dan generalisten. Wellicht is het feit dat er geen significant interactie-effect

werd gevonden een bevestiging voor de bevinding dat sekse geen invloed heeft op de herkenning van ADHD.

### **Krachten en beperkingen**

Zoals eerder beschreven, maakt dit onderzoek gebruik van casussen om te onderzoeken wat het vermogen van gezondheidsprofessionals is om ADHD te herkennen en zijn jongens- en meisjesnamen toegevoegd aan de casussen om het geslacht weer te geven. Het is hierdoor niet duidelijk of de resultaten direct toepasbaar zijn in de praktijk, waar veel andere variabelen van toepassing zijn op de herkenning van ADHD, zoals meerdere psychische problemen. Deze bijkomende psychische problemen kunnen de herkenning van ADHD beïnvloeden. Een aanbeveling voor verder onderzoek is dan ook het toevoegen van bijkomende problemen van ADHD in de casussen, zodat het beter vergelijkbaar is met de klinische praktijk. Wanneer comorbide problematiek wordt toegevoegd aan de ADHD casussen wordt verwacht dat de herkenning van ADHD minder wordt. Door comorbide problematiek is het namelijk moeilijker om ADHD te herkennen (Rucklidge & Tannock, 2001).

Een beperking van dit onderzoek op het gebied van respondenten, is het feit dat 90% van de gezondheidsprofessionals die deelnamen aan dit onderzoek vrouwen zijn. Hierdoor zijn de resultaten niet volledig te generaliseren over de mannelijke gezondheidsprofessionals. Ook is onduidelijk of er een beroepsgroep professionals bestaat binnen de generalisten of specialisten die zorgt voor het verschil in herkenning tussen generalisten en specialisten. Een aanbeveling voor verder onderzoek is om de beroepsgroepen apart te onderzoeken, om te zien welke beroepsgroep ADHD goed herkent en welke beroepsgroep juist niet. Op deze manier kan gekeken worden welke beroepsgroep beter getraind moet worden om ADHD te herkennen.

Een andere beperking is het feit dat huisartsen, generalisten en de grootste groep verwijzers naar de specialistische zorg, niet hebben geparticipeerd in dit onderzoek. Dit zorgt voor een mindere generaliseerbaarheid van dit onderzoek. De jeugdartsen die hebben geparticipeerd aan dit onderzoek zijn allen lid van Jeugdartsen Nederland en werkzaam op verschillende plekken, zoals consultatiebureaus en ziekenhuizen. Er wordt dan ook geadviseerd om in de toekomst huisartsen te laten participeren in een vergelijkend onderzoek, omdat zij veel kinderen zien en de grootste groep verwijzers zijn naar de specialistische zorg.

Naast de onduidelijkheid over de toepasbaarheid van deze resultaten, bestaan ook een aantal sterke punten voor het inzetten van deze casussen. Zo moeten gezondheidsprofessionals vaak beslissingen nemen over het verwijzen van patiënten op basis

## HERKENNING VAN ADHD BIJ JONGENS EN MEISJES

van korte beschrijvingen, zoals brieven en dossiers (McConaught, 2013). Het inzetten van casussen is dus niet volledig onbruikbaar, omdat dit ook korte beschrijvingen zijn. Daarnaast werden de casussen samengesteld in samenwerking met klinische psychologen en pedagogen, die werkzaam zijn in de klinische praktijk om de casussen te versterken (Burke et al., 2016). Bovendien wordt het inzetten van casussen gezien als een sterk instrument om verschillende factoren te onderzoeken die invloed hebben op beoordelingen en beslissingen van klinische professionals (Evans et al., 2015). Tevens een sterkte in dit onderzoek is de grote van de steekproef ( $N = 431$ ). De professionals komen daarbij uit verschillende delen van Nederland en de diversiteit tussen de professionals is groot. Dit maakt de steekproef meer representatief voor de populatie en vergroot de generaliseerbaarheid van de resultaten.

### **Conclusie**

In deze studie is voor het eerst het verschil tussen de groepen generalisten en specialisten onderzocht wat betreft de herkenning van ADHD. In de beantwoording van de onderzoeksvraag kan geconcludeerd worden dat er een verschil bestaat in de herkenning van de ADHD tussen generalisten en specialisten. Er is geen verschil gevonden tussen de herkenning van jongens en meisjes met ADHD. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat er in de praktijk een kloof bestaat tussen generalistische zorg en specialistische zorg, dat niet alle kinderen met ADHD herkend worden in de generalistische zorg en dus niet doorgestuurd worden naar de specialistische zorg. Verder onderzoek en mogelijk trainingen in de generalistische zorg worden dan ook aanbevolen.

**Literatuur**

- American Psychological Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4, text revision ed.)*. Washington, DC: Author.
- Aviram, U. (2002). The changing role of the social worker in the mental health system. *Social Work in Health Care, 35*, 617-634. doi:10.1300/J010v35n01\_15
- Biederman, J., Kwon, A., Aleardi, M., Chouinard, V. A., Marino, T., Cole, H., ... & Faraone, S. V. (2005). Absence of gender effects on Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Findings in nonreferred subjects. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1083-1089. doi:10.1176/appi.ajp.162.6.1083
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. E., Silva, J. M., ... & Faraone, S. V. (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: A controlled 10 year follow-up study. *Psychological Medicine, 36*, 167-179. doi:10.1017/S0033291705006410
- Boo, G. M. de, & Prins, P. J. M. (2007). Social incompetence in children with ADHD: Possible moderators and mediators in social-skills training. *Clinical Psychology Review, 27*, 78-97. doi:10.1016/j.cpr.2006.03.006
- Burke, D. A., Begeer, S., Koot, H. M., & Wilde, A. de. (2016). Influence of child factors on health-care professionals' recognition of common childhood mental-health problems. *Journal of Child and Family Studies, 25*, 3083-3096. doi:10.1007/s10826-016-0475-9
- Evans, S. C., Roberts, M. C., Keeley, J. W., Blossom, J. B., Amaro, C. M., Garcia, A. M., ... & Reed, G. M. (2015). Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: Validity utility, and application in ICD-11 field studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 15*, 160-170. doi:10.1016/j.ijchp.2014.12.001
- Field, A. P. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics (fourth edition)*. London: Sage publications.
- Foreman, D. M., & Ford, T. (2008). Assessing the diagnostic accuracy of the identification of hyperkinetic disorders following the introduction of government guidelines in England. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2*, 1. doi:10.1186/1753-2000-2-32
- Froehlich, T. E., Lanphear, B. P., Epstein, J. N., Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., & Kahn, R. S. (2007). Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of us children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 161*, 857-864. doi:10.1001/archpedi.161.9.857



- Galéra, C., Melchior, M., Chastang, J. F., Bouvard, M. P., & Fombonne, E. (2009). Childhood and adolescent hyperactivity-inattention symptoms and academic achievement 8 years later: The GAZEL youth study. *Psychological Medicine*, *39*, 1895-1906. doi:10.1017/S0033291709005510
- Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*, 1036-1045. doi:10.1097/00004583-199708000-00011
- Graaf, R. de, Have, M. ten, & Dorsselaer, S. van. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos instituut.
- Groenewald, C., Emond, A., & Sayal, K. (2009). Recognition and referral of girls with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: case vignette study. *Child: Care, health and development*, *35*, 767-772. doi:10.1111/j.1365-2214.2009.00984.x
- Harpin, V. A. (2005). The effects of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of disease in childhood*, *90*, 2-7. doi:10.1136/adc.2004.059006
- Hartung, C. M., Milich, R., Lynam, D. R., & Martin, C. A. (2002). Understanding the relations among gender, disinhibition, and disruptive behavior in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*, 659-664. doi:10.1037/0021-843X.111.4.659
- Hawkins-Walsh, E. (2001). Turning primary care providers' attention to child behavior: A review of the literature. *Journal of Pediatric Health Care*, *15*, 115-122. doi:10.1067/mps.2001.110273
- Janssens, J. M. A. M. (2015). Transitie en transformatie in de jeugdzorg. *Kind en Adolescent Praktijk*, *36*, 191-204. doi:10.1007/s12453-015-0103-2
- Kessler, R. C., Merikangas, K. R., Berglund, P., Eaton, W. W., Koretz, D. S., & Walters, E. E. (2003). Mild disorders should not be eliminated from the DSM-V. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 1117-1122. doi:10.1001/archpsyc.60.11.1117
- Kluft, M., & Haterd, J. van der. (2012). *GGZ agoog: Beroepscompetentieprofiel ["Mental-healthist": Occupational competence description]*. Utrecht: Movisie.
- McConaughy, S. H. (2013). *Clinical interviews for children and adolescents: Assessment to intervention*. Guilford Press.
- McLean, C. P., & Anderson, E. R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*, *29*, 496-505. doi:10.1016/j.cpr.2009.05.003

## HERKENNING VAN ADHD BIJ JONGENS EN MEISJES

- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in clinical neuroscience, 11*, 7-20.
- Nelson, G., Westhues, A., & MacLeod, J. (2003). A meta-analysis of longitudinal research on preschool prevention programs for children. *Prevention & Treatment, 6*, 31a.  
doi:10.1037/1522-3736.6.1.631a
- NVO. (2013). Bekwaamheden en bevoegdheden orthopedagogen [Pedagogues' expertise and qualifications]. Opgehaald op 24 december 2016 van:  
<https://www.nvo.nl/registratie/-nvo-richtlijnen-regelingen-en-formulieren.aspx>
- Rucklidge, J. J., & Tannock, R. (2001). Psychiatric, psychosocial, and cognitive functioning of female adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*, 530-540.
- Russell, G. C. J. (2011). Social and demographic factors that influence the diagnosis of autistic spectrum disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 46*, 1283–1293. doi:10.1007/s00127-010-0294-z
- Simonian, S. J. (2006). Screening and identification in pediatric primary care. *Behavior Modification, 30*, 114-131. doi:10.1177/0145445505283311
- Spencer, T. J., Biederman, J., & Mick, E. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Ambulatory pediatrics, 7*, 73-81.  
doi:10.1016/j.ambp.2006.07.006
- Tylee, A., & Walters, P. (2007). Underrecognition of anxiety and mood disorders in primary care: Does the problem exist and what can be done? *Journal of Clinical Psychiatry, 68*, 27-30.
- Quinn, P. O. (2005). Treating adolescent girls and women with ADHD: gender-specific issues. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 579-587. doi:10.1002/jclp.20121
- Wahass, S. H. (2005). The role of psychologists in health care delivery. *Journal of Family & Community Medicine, 12*, 63-70.

## Bijlagen

### Bijlage 1. Voorbeelden ADHD casussen

Etniciteit

Leeftijd

Sekse

Symptomen ADHD

SES

Vijf symptomen worden gezien als weinig symptomen en meer dan vijf symptomen worden gezien als veel symptomen.

Hardik is 8 jaar oud. Hij woont samen met zijn ouders Gita en Palash in Nijmegen. De ouders van Hardik zijn afkomstig uit India maar groeiden in Nijmegen op. De vader van Hardik werkt als vuilnisman en zijn moeder is caissière. Hardik zit nu in groep 4 van de basisschool en heeft het daar naar zijn zin. De juffrouw van Hardik heeft gemerkt dat hij op school heel druk gedrag vertoont. Hij kan niet lang stil zitten en lijkt vaak geen rem te hebben. Thuis is Hardik ook moeilijk aanstuurbaar. Volgens zijn moeder heeft hij te veel ongerichte energie die in huis voor onrust zorgt en zij weet niet meer hoe zij hem het best kan begeleiden.

Femke is 17 jaar oud. Zij woont samen met haar ouders Marianne en Pieter in Nijmegen. De vader van Femke werkt als accountant en haar moeder is dierenarts. Femke zit nu in de vijfde klas van de HAVO en behaalt goede resultaten. De mentor van Femke beschrijft haar als erg onrustig. Zij staat regelmatig op tijdens de les waardoor zowel Femke zelf als de andere leerlingen gestoord worden. Soms lijkt het drukke gedrag van Femke geen rem te hebben. Thuis is Femke ook moeilijk aanstuurbaar. Volgens haar moeder heeft zij te veel ongerichte energie die in huis voor veel onrust zorgt en zij weet niet meer hoe zij Femke het best kan begeleiden.