

THEMA: ADHD EN AUTISME

- ADHD, een ontwikkelingsstoornis
- Autisme spectrum stoornissen AD(H)D: De diagnostiek
- Diagnostiek van Autisme Spectrum Stoornissen (ASS)
- Alle dagen heel druk. geen ADHD, wel druk gedrag
- ADHD en diëten
- Fysiotherapeutische mogelijkheden bij ADHD
- Medicijnen bij Autisme en ADHD
- Interview met ervaringsdeskundige
- Weet u dat
- Lezersvraag

juni 2012

Merenwijk
Gezondheidscentrum

SPREKUREN EN TELEFOONNUMMERS
GEZONDHEIDSCENTRUM MERENWIJK, ROSMOLEN 2, 2317 SJ LEIDEN

HUISARTSEN

Tel.nr. praktijk: 5218661
Spoedlijn: ma. t/m vr. tussen 8.00 -17.00 uur
5211042

Waarneemregeling: buiten de normale openingstijden van het gezondheidscentrum (op werkdagen van 8.00-17.00 uur) geldt een waarneemregeling. U wordt dringend verzocht tijdens de waarneming alleen voor spoedgevallen te bellen **0900 5138039**, u wordt dan verbonden met de Spoedposten Zuid Holland Noord.

Spreekuur volgens afspraak: dagelijks kunnen er afspraken gemaakt worden via de afsprakenlijn tussen 8 en 11 uur en tussen 14 en 16 uur. Dat betreft afspraken bij de huisartsen, bij de assistenten en visites voor dezelfde dag.

Herhaalrecepten kunnen 24 uur per dag worden aangevraagd.

PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGEN

Tel.nr.: 523 06 42. Tel. spreekuur op ma. t/m vr. van 12.00-12.30 uur.

FYSIOTHERAPEUTEN

Tel.nr. praktijk: 5212286
Spreekuur volgens afspraak.
De assistente is dagelijks te bereiken tussen 8.00-12.30 uur en 13.00-16.00 uur.
Woensdag van 8.30-12.30 uur.

MAATSCHAPPELIJK WERK (Kwadraad)

Dagelijks inloopspreekuur van 9.00-10.00 uur op het hoofdkantoor Haagweg 47, tel.nr. 088-900 42 00.

ACTIVITE

Hoofdkantoor tel.nr.: 5161415.

DIËTISTEN

Spreekuur in het gezondheidscentrum iedere maandag en donderdag van 8.30-17.00 uur.
Afspraken via tel.nr.: 5161318.

OPVOEDBUREAU

Voor vragen over opvoeding.
Afspraken of info: tel.nr. 088-308 30 80.

ZORNET LEIDEN

Tel.nr.: 5240960

LOGOPEDISTEN

Tel.nr. 5232139

GGD JEUGDARTS

Tel.nr.: 5212540

VERLOSKUNDIGEN

Praktijk S.Demir, tel.nr.: 5898078

PSYCHOLOGEN

Spreekuur volgens afspraak, na verwijzing door arts. Tel.: 5894438

DIRECTIE

Tel.nr.: 5227184

ALGEMEEN FAXNUMMER

5234922

INHOUDSOPGAVE

Ten geleide.....	2
Afscheid	3
Even voorstellen.....	4

THEMA: ADHD EN AUTISME

ADHD, een ontwikkelingsstoornis	5
Autisme spectrum stoornissenAD(H)D: De diagnostiek	10
Diagnostiek van Autisme Spectrum Stoornissen (ASS).....	14
Alle dagen heel druk. Geen ADHD, wel druk gedrag	15
ADHD en diëten.....	19
Fysiotherapeutische mogelijkheden bij ADHD	20
Medicijnen bij Autisme en ADHD.....	22
Interview met ervaringsdeskundige.....	25
Bij ons thuis	33
Lezersvraag	37
Weet u dat.....	38

TEN GELEIDE

Hier voor u ligt het tweede nummer van Beter Weten van 2012. De zomervakantie staat weer voor de deur en de eindexamens zijn alweer achter de rug. Tijd om onze benen te strekken en de stranden en terrassen op te zoeken. Hopelijk werkt het weer mee en wordt deze zomer niet zo regenachtig als de zomer van 2011!

Op 21 maart vond de jaarlijkse audit plaats in het kader van het HKZ-certificaat 'multidisciplinaire eerstelijns samenwerkingsverbanden'. Een auditor van Lloyds bracht een bezoek aan ons centrum en constateerde dat ons kwaliteitssysteem goed wordt bijgehouden en dat verbeteringen hebben plaats gevonden. Het certificaat blijft dus behouden!

Zoals u waarschijnlijk al weet is huisarts Graupner sinds begin april werkzaam in ons gezondheidscentrum. Hij deelt een praktijk samen met huisarts Muis en zijn werkdagen zijn de maandag en de donderdag. Tijdens de vakanties van de andere artsen zal hij ook voor hen waarnemen. Verderop in deze Beter Weten stelt hij zich aan u voor.

Het thema van deze Beter Weten is 'AD(H)D en autisme'.

Waarschijnlijk zeggen deze namen u wel iets. Wellicht heeft u er zelfs in uw nabije omgeving mee te maken. In deze Beter Weten vindt u o.a. een artikel van de jeugdarts met daarin achtergrondinformatie over ADHD en autisme

spectrum stoornissen, de orthopedagoog informeert u over de bijbehorende diagnostiek. U vindt informatie over fysiotherapie bij ADHD, medicijngebruik bij ontwikkelingsstoornissen en nog veel meer. Natuurlijk ontbreekt 'Bij ons thuis' van columniste Julia niet!

Deze uitgave is alweer nummer 99 van Beter Weten! In november van dit jaar zal de 100e editie verschijnen. Dit zal een bijzonder exemplaar worden. Houd dus uw brievenbus in de gaten! Over brievenbussen gesproken....de 'Beter Weten' wordt drie keer per jaar (in maart, juni en november) huis-aan-huis verspreid in de Merenwijk, in Nieuw Leyden én sinds deze 99e editie óók in de nieuwbouwwijk Groenoord. Indien er een ja/nee- of nee/nee-sticker op uw brievenbus zit, mag de Beter Weten vanwege de regelgeving van de Reclame Code Commissie niet bij u bezorgd worden. U kunt de Beter Weten wel ophalen bij het gezondheidscentrum of lezen op de website (www.gezondheidscentrum-merenwijk.nl). Mocht er géén sticker op uw brievenbus zitten en u ontvangt de Beter Weten desondanks niet geeft u dat dan s.v.p. aan ons door: info@gc-merenwijk.nl. Wij melden dit dan bij de verspreider.

Sinds vorig jaar geeft ons gezondheidscentrum een digitale nieuwsbrief uit. U kunt zich hiervoor aanmelden op onze website (www.gezondheidscentrum-merenwijk.nl). Meerdere keren per jaar zal deze nieuwsbrief verschijnen en na

aanmelding ontvangt u deze per email. Wist u dat u op onze website ook oude nummers van 'Beter Weten' kunt vinden?

De illustraties zijn wederom verzorgd door Hannie van der Giessen. Ik wens u veel leesplezier toe met deze Beter Weten!

Chantal ter Haar, bureaucoördinator.

AFSCHIED

Hanneke van Hove, centrum-assistente fysiotherapie



Na ruim 10 jaar met veel plezier te hebben gewerkt als centrumassistent voor de afdeling fysiotherapie, heb ik tóch besloten in 2012 aan een nieuwe fase in mijn leven te beginnen. Een fase waarbij geen vast dienstverband meer past. Meer vrije tijd is reuze belangrijk als je regelmatig in Frankrijk

vertoeft op een schitterende plek (Auvergne).

Inmiddels is de afscheidsborrel in het Gezondheidscentrum - gevolgd door een onvergetelijke avond met de fysiotherapeuten - alweer enige tijd achter de rug.

Het herinneringsboek met persoonlijke boodschappen/ideeën en wensen van de diverse collega's blijft me verrassen, een geweldig aandenken.

Nu wil ik op deze plek in "Beter Weten" nog een keer afscheid nemen.

Een aantal van u heeft wellicht de afgelopen 10 jaar de hulp van een van de fysiotherapeuten nodig gehad. Voor mij was het heel inspirerend om te zien hoe men met de adviezen en het plan van aanpak van de behandelend therapeut zelf aan de slag ging.

Ook de vaste bezoekers van de medische fitnessruimte brachten regelmatig aan de balie verslag uit van hun voordeelingen en andere zaken die hen bezighielden.

Naast mijn interessante administratieve taken heb ik deze contacten als heel waardevol ervaren, dank voor uw vertrouwen!

Ik weet zeker dat mijn collega Marion dit op dezelfde wijze ervaart en ben ervan overtuigd dat dit ook voor de nieuwe assistente Sandy zal gaan gelden.

Voor u allen: een gezonde toekomst toegewenst, waarin u hopelijk zo min mogelijk gebruik hoeft te maken van ons prima geoutilleerde gezondheidscentrum!

Au revoir!

EVEN VOORSTELLEN

Sandy Leemans, centrumassistente fysiotherapie

Mijn naam is Sandy Leemans en ik ben sinds 1 maart 2012 werkzaam als centrumassistente fysiotherapie. Ik heb jarenlang met veel plezier gewerkt in de financiële dienstverlening, en nu ben ik een andere uitdaging aangegaan en werk ik op dinsdag en vrijdag in het gezondheidscentrum. Ook werk ik daarnaast nog steeds twee halve dagen per week bij een financieel dienstverlener.



Ik woon met mijn man en twee kinderen in Leiderdorp. Wij wonen daar erg naar ons zin. Door de week ben ik naast mijn werk druk met het rijden van de kinderen naar de diverse sporten, zwemles en korfbal. Elke zaterdag is het hele gezin druk als sporter en/of vrijwilliger op de korfbalvereniging. Verder vind ik het heerlijk om lekker te wandelen in het bos of op het strand. Na nu inmiddels twee maanden gewerkt te hebben als centrumassistente, kan ik alleen maar zeggen dat het werk mij goed bevalt en dat ik het erg naar mijn zin heb. Tot ziens in het gezondheidscentrum.

Jens Graupner, huisarts

Sinds april van dit jaar ben ik als huisarts werkzaam in de duopraktijk met huisarts

Muis in Gezondheidscentrum Merenwijk.

Mijn wieg stond in Duisland. In Wolfsburg, de stad waar de Volkswagen gemaakt wordt.

Ik heb geneeskunde gestudeerd in Keulen en daarna nog een aantal jaren gewerkt op een Interne afdeling in een ziekenhuis in de buurt van Keulen.

Daarna ben ik naar het buitenland gegaan voor Artsen Zonder Grenzen. Ik heb projecten gedaan in Noord- en Zuid-Soedan, Iran en Nigeria. In Nigeria leerde ik mijn Leidse vrouw kennen; zij is de reden dat ik mijn Heimat verruild heb voor Nederland. Na aankomst in Nederland, in 2004, heb ik een paar jaar in ziekenhuizen gewerkt op een algemeen interne- en een kinderafdeling. Daarna ben ik op 45-jarige leeftijd alsnog de huisartsopleiding gaan doen. Ik heb in Leiden gestudeerd en daarna een paar jaar gewerkt als waarnemer en huisarts in loondienst. Vorig jaar hebben we een mooi huis gekocht in Vreewijk en nu ben ik eindelijk zo ver dat ik me ook qua werk echt wil vestigen in deze mooie stad.



Ik ben een fervent fietser en helemaal blij met de fietscultuur in Nederland. Ik vind het geweldig zoals het verkeer hier is ingesteld op fietsers. Ik ben dan ook zeker van plan de doktersvisites binnen de Merenwijk zoveel mogelijk met de fiets te gaan afleggen. Daarnaast ben ik van plan een echte Leidenaar te worden. Ik heb bij BplusC een cursus gedaan over de geschiedenis van Leiden en ik weet al van alles over het Leids ontzet.

Riekje Barelds, logopediste

Mijn naam is Riekje Barelds en ik ben 23 jaar. Sinds oktober 2011 werk ik als logopediste in het gezondheidscentrum. Ik werk hier elke maandag en dinsdag. Verder ben ik elke donderdag en vrijdag werkzaam aan de Lammenschans. Voordat ik hier kwam werken heb ik de opleiding logopedie gevolgd aan de Hogeschool Rotterdam. Ik wilde na 4 jaar studeren graag eens aan het werkende leven proeven en zo ben ik uiteindelijk bij Logopedie Leiden terecht gekomen. Ik doe mijn werk hier nog steeds met heel erg veel plezier!



Omdat ik in Rotterdam heb gestudeerd en ik de stad goed ken, blijf ik daar voorlopig ook nog even wonen. Ik reis dus elke dag met de trein heen en weer naar Leiden.

Sinds kort zijn wij als logopedisten naar de overkant verhuisd aan de Papiermolen. Zodoende ben ik iets minder vaak te vinden in het gezondheidscentrum. Wel komen we regelmatig nog lunchen in het gezondheidscentrum. Als je verder nog vragen aan me hebt kan je die dan natuurlijk altijd stellen!

ADHD, EEN ONTWIKKELINGSSTOORNIS

Door Rig Mutschler, jeugdarts

Jeroen is een vrolijke kleuter van 5. Hij heeft veel vriendjes, hij houdt van buitenspelen en hij kan genieten van zijn Wii. Hij is ook een wildebras. Laatst is hij uit een klimrek gevallen toen hij een vriendje aan zag komen en vergat te kijken hoe hij zich moest vastpakken. Zijn moeder houdt hem goed in de gaten als hij buiten speelt, want hij vergeet ook wel eens de afspraken: niet de hoek om of met een vriendje mee naar huis zonder dat Mama het weet. Hij is wel eens een half uur zoek geweest. Met zijn broertje en zijn vriendjes maakt hij veel lawaai en racet hij door het huis alsof ze op een voetbalveld zijn. Jeroen vindt zijn lego leuk, maar na een minuut of tien spelen ziet hij iets anders. 's Ochtends doet hij



een half uur over aankleden omdat hij afgeleid wordt door de TV of andere dingen. Op school vindt hij het moeilijk een werkje af te maken als hij het niet leuk vindt. De buurvrouw zegt: hij heeft vast ADHD. Heeft de buurvrouw gelijk? ADHD (aandachtstoornis met hyperactiviteit) betekent dat een kind, meer dan normaal voor zijn leeftijd, afgeleid is (te korte aandacht, slechte concentratie), impulsief is (niet nadenkt voor hij iets doet) en druk is (overbeweeglijk, veel praten). Het lijkt of het altijd een chaos is in het hoofdje van een ADHDer. Daardoor wordt zijn omgeving gek van hem, maar voor hem zelf is het ook heel naar. Ook als hij zijn best voor iets wil doen lukt het hem niet. Hij wordt er gespannen van, krijgt vaak op zijn kop en zijn schoolprestaties blijven achter. ADHD is een ontwikkelingsstoornis. De hersenen van een ADHDer zijn niet 'wakker' genoeg om zich te kunnen concentreren, te kunnen plannen of op de rem te kunnen staan als het nodig is. Hoe dat precies komt is niet bekend. ADHD komt, net als bijna alle andere ontwikkelingsstoornissen, vaker voor bij jongens dan bij meisjes. Het gaat niet over, ook niet als ze volwassen zijn. Sommigen leren er wel beter mee omgaan als ze ouder worden, zodat er niet meer zo veel van te merken is. Slimme kinderen vinden ook eerder manieren om met hun 'handicap' om te gaan en krijgen daardoor soms helemaal geen diagnose omdat er nooit naar

gezocht wordt: ze redden het zelf. Omdat we de oorzaak van ADHD niet precies kennen is een diagnose ook moeilijk. Er bestaat geen testje voor ADHD. Het is niet te 'meten'. De diagnose kan dan ook alleen gesteld worden door specialisten: een kinderpsychiater of een gespecialiseerd psycholoog of orthopedagoog. Die combineert heel veel gegevens en kan dan tot de conclusie komen: "ADHD".

Oorzaak van ADHD

We weten dat ADHD erfelijk is. Als je vader ADHD heeft is jouw kans om ADHD te hebben veel groter dan van een ander kind. Een ééneiige tweeling heeft precies hetzelfde erfelijke materiaal en als de ene helft van de tweeling ADHD heeft is de kans groot dat zijn broertje het ook heeft, maar dat is lang niet altijd zo. De omgeving is ook belangrijk. Kinderen hebben minder kans op ADHD als hun leventje en de mensen om hun heen voorspelbaar zijn. Als je ouders consequent én liefdevol zijn, kun je makkelijker je leventje ordenen. Kinderen die huiselijk geweld hebben meegemaakt (ouders die slaan of vaak tegen elkaar schreeuwen) hebben juist een veel grotere kans op ADHD. Als je pech hebt heb je het allebei: als je vader ADHD heeft, heb jij meer kans die aanleg te hebben en je hebt óók meer kans, dat je vader zijn eigen leven niet goed op de rails krijgt en dingen doet die hij helemaal niet wil. Je doet vaak dingen die je helemaal niet zo bedoeld had, krijgt thuis en op school

op je kop en daar word je dan boos en verdrietig van. Zo ontstaan de beruchte 'grote mond' en 'expres stout' gedrag van een ADHDer. Als je toch niet gewaardeerd wordt: "láát dan ook maar! Waarom zou ik mijn best doen?" Iedereen begrijpt dat zo'n kind dan wél grenzen moet krijgen, maar eerder hulp nodig heeft dan straf.

Jeroen komt bij de jeugdarts

We komen weer terug bij Jeroen. De buurvrouw heeft gezegd dat hij misschien wel ADHD heeft. De juf moppert bij moeder dat hij zijn werk vaak niet af heeft en moeder zelf wordt soms wel heel moe van hem, vooral omdat ze nog twee kleinere kinderen heeft. Moeder maakt zich een beetje zorgen over Jeroen en juf raadt haar aan eens een afspraak te maken met de jeugdarts van de GGD. Als ik het verhaal over Jeroen hierboven lees denk ik dat Jeroen een levendig ventje is, wat drukker en ongeconcentreerder dan zijn leeftijdsgenootjes, maar niet extreem. Hij is pas vijf. Vooral jongens vinden het dan nog moeilijk hun gedachten bij één ding te houden. Kinderen kunnen als ze samen zijn erg druk worden: de één maakt de ander dol. Ze denken op die leeftijd ook nog lang niet altijd na voor ze iets doen. Als je veel dingen leuk vindt is aankleden tussen je speelgoed of met de TV aan heel moeilijk. Als jeugdarts ga ik dan eerst eens met



moeder én juf puzzelen over de omstandigheden waarbij Jeroen dingen wel of niet kan. Zit er een stijgende lijn in? Kan Jeroen zich al beter concentreren dan vorig jaar? Let hij al beter op zijn veiligheid op straat dan eerst? Natuurlijk kijk ik Jeroen ook na: zijn ogen en oren goed? Hoe is zijn motoriek? Ik laat hem wat taakjes uitvoeren en kijk hoe hij dat aanpakt.

Daarna ga ik met moeder en juf bedenken hoe we hem kunnen helpen. Bijvoorbeeld 's ochtends geen TV aan om het hem makkelijker te maken zichzelf vlot aan te kleden of het aankleden in stapjes opbouwen. Dat is geen straf en moeder moet ook niet boos worden als het hem nog steeds

niet lukt, maar wel consequent te zijn. Ook op school zijn er veel manieren om een kind te stimuleren aan het werk te blijven. Wat is al gedaan op school en wat was het effect?

Het is dan belangrijk een moment af te spreken, bijvoorbeeld na drie maanden, om te kijken of Jeroen zich beter aan de regels kan houden en of hij een blij ventje blijft.

Als het na die paar maanden niet goed gaat moeten we verder kijken, want dan wordt Jeroens ontwikkeling misschien echt belemmerd. Een vragenlijst over ADHD kan dan een hulpmiddel zijn om het allemaal nog wat beter in kaart te brengen. Dan beslis ik samen met de

ouders over een verwijzing naar de GGZ (geestelijke gezondheidszorg, psychiatrie) of psycholoog. Als een kind ouder is, is de diagnose makkelijker te stellen. Liever niet vóór groep 3, maar laat het nooit zo ver komen dat een kind al ongelukkig is als hij aan een diagnose toe komt.

Andere ontwikkelingsstoornissen

Bij andere ontwikkelingsstoornissen zijn er vaak soortgelijke problemen rond de diagnose: je kunt er geen bloed voor prikken of er een metertje langs leggen. Ook bij diagnoses zoals 'autisme spectrum stoornis' en ODD (oppositieel opstandige stoornis) moet je veel puzzelen voor je tot een diagnose komt. Hetzelfde geldt voor leerproblemen zoals dyslexie en NLD (non-verbale leerproblemen). De verschillende problemen komen bovendien vrij vaak tegelijkertijd voor: een kind krijgt dan meerdere diagnoses.

AUTISME SPECTRUM STOORNISSEN

Door Rig Mutschler, jeugdarts

Onder de term autisme spectrum stoornissen (ASS) vallen onder andere autisme, PDD-NOS (een minder duidelijke variant van autisme) en syndroom van Asperger. Vroeger dacht men dat autisten bijna altijd zwakbegaafd waren en dat ze geen contact konden maken. Tegenwoordig weten we

dat dat niet klopt. Mensen met het syndroom van Asperger zijn autisten met een normale (of hoge) intelligentie en een goede ontwikkeling van de taal. Veel autisten kijken je wel aan en vinden contact belangrijk. Ze weten alleen niet hoe dat moet.

Belangrijke kenmerken van autisme:

- Anders waarnemen: licht, geluid of aanraking kan veel sterker of juist minder sterk aanvoelen. Dit zorgt ervoor dat men makkelijk bang wordt of dingen juist niet merkt.
- Niet kunnen ordenen. Geen verschil aanbrengen tussen belangrijke en onbelangrijke zaken. Dit heeft tot gevolg dat veel details opgemerkt en onthouden worden en de kern van de zaak niet begrepen wordt. Ook dat kan angst geven: het leven wordt onoverzichtelijk en onvoorspelbaar.
- Niet begrijpen/ aanvoelen wat een ander denkt en voelt. Daardoor verkeerd reageren in het sociale verkeer of zich terugtrekken.

Gevolgen daarvan in het dagelijks leven kunnen zijn:

- Vertraagde spraak/taalontwikkeling en soms vreemd spraakgebruik: monotoon, staccato etc.
- Veel angsten, vooral in onbekende situaties. Daardoor ontstaat soms paniek en agressie.
- Rigiditeit, vasthouden aan het bekende, eindeloos hetzelfde spel spelen, gefascineerd zijn door steeds dezelfde beweging.

- Sociale codes niet begrijpen: te veel afstand houden of juist bij een onbekende op schoot gaan zitten. De situatie niet begrijpen en daardoor de verkeerde dingen zeggen.
- Als toerist in de klas zitten: niet begrijpen dat een groepsopdracht ook voor hen bedoeld is en dus niet met een werkje beginnen.

Net als bij ADHD kan men bij autisme betere omstandigheden creëren.

Voorspelbaarheid is nog belangrijker dan bij ADHDers en kan veel angst wegnemen en ruimte maken voor ontwikkelen en leren.

Speciale cursussen sociale vaardigheden kunnen helpen bij het begrip, maar leiden meestal niet tot geheel 'normale' contacten. Een goed voorbeeld is de man die op een cursus had geleerd een compliment te geven. Hij had de vorm goed begrepen: "Wat heb je een mooie aan. Het past zo mooi bij je ...". Hij zei: "Wat heb je een mooi rood jasje aan. Het past zo mooi bij je tandvlees". Vaak zal deze man wel een goed voorbeeld kiezen, maar missers als deze zijn niet helemaal te voorkomen.

Een autisme spectrum stoornis (ASS) is meestal ingrijpender dan een stoornis als ADHD. Om een kind goed te kunnen begeleiden is het meestal verstandig de diagnose niet uit te



stellen. Als een kind een aantal kenmerken van autisme heeft (lang niet altijd allemaal!) én zijn ontwikkeling stagneert, is het goed advies te vragen bij de jeugdarts (voor kinderen onder de vier de jeugdarts van het consultatiebureau) of de huisarts of diagnostiek nodig is. Een kinderpsychiater kan de diagnose stellen.

Samenwerking tussen ouders en school

Als er iets niet lekker loopt op school met het kind is het natuurlijk belangrijk dat ouders en school goed samenwerken om er achter te komen wat er aan de hand is en de omstandigheden voor het kind zo goed mogelijk te maken. De ouders zijn 'specialist' in hun kind. Ze kennen hem beter dan wie ook. De leerkracht heeft veel ervaring met kinderen van zijn leeftijd en kan goed beoordelen of gedrag gebruikelijk is voor de leeftijd. Er kan overlegd worden over wat thuis goed werkt voor het kind om te kijken of dat ook in de groep te gebruiken is en omgekeerd. Men kan ook plannen afstemmen tussen school en thuis, zodat thuis en op school in dezelfde richting wordt gewerkt. Toch gaat die samenwerking niet altijd even gemakkelijk. De communicatie gaat soms mis, vooral als de leerkracht als eerste het probleem aan de orde stelt.

Het is het beste als de ouders een beeld hebben over hoe het op school gaat en dat niet alleen bij de tienminutengesprekken doen. De leerkracht kan

natuurlijk niet bij het halen en brengen alle ouders te woord staan, maar af en toe vragen kan wel en als men iets hoort waar men zich over verbaast - van het kind, een vriendje of een andere ouder- dan is het zaak bij de leerkracht na te vragen wat er aan de hand is. Dan word de ouder niet overvallen als de leerkracht een afspraak wil maken om over een probleem te praten. Bijna alle ouders vinden (terecht) dat hun kind goed is zoals het is en ze willen dat het opgroeit tot een gelukkig mens met kansen in het leven. Het gaat over het liefste, belangrijkste wat ze hebben en een probleem past niet in die droom. Sommige leerkrachten zijn bang dat de ouders de boodschap daardoor niet zullen begrijpen en gaan in een gesprek vooral praten over wat niet goed gaat. Dan lijkt het of ze het kind veroordelen of afwijzen en dat is geen goed uitgangspunt voor een gesprek. Er dreigt dan een discussie of er 'wel of niet iets aan de hand is' in plaats van samen puzzelen hoe het kind het beste geholpen kan worden.

Verdriet als er iets mis is met je kind

Ook voor een heel reële ouder is het moeilijk te accepteren dat er misschien iets is met zijn kind dat echt consequenties kan hebben voor zijn leven, zoals ADHD en zeker ASS. Dat geeft verdriet en bij verdriet hoort verwerking, zelfs rouw en daar heeft iedereen tijd voor nodig. Net als na het verlies van een dierbare is er eerst ongeloof, daarna boosheid (dan maar liever op de juf dan

op het kind!) en dan pas echt verdriet. De leerkracht kan een verdrietige ouder goed begrijpen, maar heeft soms moeite met een ouder die boos is of het probleem ontkent, omdat zij zich bezorgd maakt om haar leerling. De samenwerking tussen school en ouders is zo belangrijk voor het kind, dat de communicatie snel verbeterd moet worden, eventueel met hulp van iemand anders van de school, zoals de duo-leerkracht, de intern begeleider of de directeur.

AD(H)D: DE DIAGNOSTIEK

*Door Ans van den Ende,
orthopedagoog*

Inleiding

De diagnose AD(H)D (populair gezegd: Alle Dagen Heel Druk) wordt steeds vaker gesteld. In elke groep van de basisschool zit wel een kind met AD(H)D of een vermoeden van AD(H)D.

Regelmatig zijn er geluiden vanuit de samenleving, maar ook vanuit het veld, dat de diagnose te gemakkelijk gesteld zou worden.

Ouders zouden het opvoeden verleerd hebben, de samenleving is te druk en onoverzichtelijk geworden, scholen eisen steeds meer van kinderen op leergebied, de ruimte om te spelen wordt steeds kleiner (letterlijk en figuurlijk) en op gebied van voeding kan het ook wel wat beter en gezonder. Al deze factoren kunnen het gedrag van

kinderen zeker beïnvloeden in negatieve zin. Toch zijn er ook een heleboel kinderen die het wel lukt zich in dezelfde omstandigheden vrij probleemloos te ontwikkelen.

Een kritisch geluid vanuit het veld komt o.a. van Jo Hermanns (Hoogleraar Opvoedkunde aan de Universiteit van Amsterdam): 'We psychopathologiseren en pedagogiseren'. Hij bedoelt daarmee dat we opvoedingsproblemen te veel zouden vertalen in handicaps, stoornissen e.d. We diagnosticeren teveel en behandelen teveel. In feite zit de uitdaging niet in de diagnose, maar in het opvoeden van dit drukke, impulsieve of opstandige kind.

Het is duidelijk dat we onderscheid moeten maken tussen kinderen bij wie de gedragsproblemen meer te maken hebben met externe factoren en de kinderen bij wie meer aan de hand is. Over die laatste groep gaat het hier.

De echte AD(H)D-er heeft moeite met het reguleren van zijn gedrag, het goed organiseren en plannen van zijn werk, het onderscheiden van relevante en niet-relevante prikkels, afremmen van reacties enz. De basis is neurobiologisch (het remsysteem in de hersenen werkt niet goed), maar de gevolgen zijn merkbaar op alle gebieden van het functioneren: cognitief, sociaal, emotioneel en pedagogisch.



In de praktijk is het vaststellen van AD(H)D niet eenvoudig. AD(H)D is niet zoals mazelen of waterpokken herkenbaar aan duidelijke symptomen.

Er zijn geen objectieve tests en de diagnose berust vooral op subjectieve beoordeling van het gedrag. De diagnose mag pas gesteld worden als de symptomen zo ernstig zijn dat ze niet meer passen bij leeftijd en ontwikkelingsniveau van het kind.

Kinderen zijn op hun ontdekkingstocht door de wereld vaak met van alles in de weer. Op hun omgeving kunnen zij dan onrustig en chaotisch overkomen zonder dat er sprake is van AD(H)D.

Versijnselen als zwakke concentratie, overbeweeglijkheid en impulsiviteit passen ook bij peuters en kleuters en nemen af op de basisschool. Voor de leeftijd van 6 jaar moet men terughoudend zijn met het stellen van de diagnose AD(H)D.

Er is wel onderzoek gedaan naar AD(H)D symptomen bij peuters en kleuters.

Hieruit komt naar voren dat als de symptomen dermate ernstig zijn dat ze afwijken van wat gangbaar is voor deze leeftijdsgroep, deze kinderen een groot risico lopen om op latere leeftijd de diagnose AD(H)D te krijgen.

Voordeel van een tijdige onderkenning van de gedragsproblemen is dat de mogelijkheid om ze te beïnvloeden groter is.

Wanneer is er sprake van ADHD?

In het algemeen wordt aangenomen dat er sprake is van AD(H)D wanneer de drie gedragsaspecten: aandachtstekort, impulsiviteit en hyperactiviteit langere tijd aanwezig zijn en zowel thuis als op school voorkomen. Het gaat om een probleem met een hardnekkig en pervasief (het beïnvloedt alle ontwikkelingsgebieden) karakter.

Kinderen met de diagnose AD(H)D kunnen onderling sterk verschillen, er zijn meer en minder ernstige vormen.

Aandachtstekort

- Het kind heeft moeite aandacht te houden bij taken, maar ook bij spel en sociale interacties.
- Moeite met het organiseren en plannen van werk, vergeet vaak dingen.

NB deze symptomen horen vooral bij het subtype ADD (alle dagen dromerig), het dromerige, onoplettende type.

Hyperactiviteit

- Het kind vertoont een hoge mate van motorische onrust, kan niet stil zitten, friemelt, wiebelt, zit overal aan, is altijd in de weer.

Impulsiviteit

- Het kind reageert direct op prikkels, kan niet op zijn beurt wachten, doet voordat hij denkt waardoor hij vaak in de problemen komt.

Het gecombineerde type.

Als bij het kind zowel sprake is van een aandachtstekortprobleem als van hyperactiviteit en impulsiviteit spreken we van *ADHD, het gecombineerde type.*

Diagnostiek

De *uiteindelijke diagnose* wordt gesteld

aan de hand van gesprekken met ouders, school, het kind, observaties tijdens werken, praten en spelen, vragenlijsten en tests.

Diagnostiek is een onderdeel van de hulpverlening aan kinderen en moet gericht zijn op advisering en behandeling. Een diagnostische vraag kan onderkendend zijn: om wat voor probleem of stoornis gaat het, of verklarend: waarom is dit probleem er en wat houdt het in stand.

De *diagnostiek* moet antwoord geven op de volgende vragen:

- is er al dan niet sprake van ADHD
 - in welke situaties doen de problemen zich voor
 - is er sprake van comorbiditeit, bv angst, depressie, pdd, ticstoornis, leerstoornis, oppositioneel opstandig gedrag.
- NB bij ruim 70% van de kinderen is sprake van een bijbehorende problematiek.
- zijn er alternatieve verklaringen voor het gedrag
 - wat is de invloed van het gedrag op het gezin, het schoolfunctioneren, het sociaal functioneren en het zelfbeeld van het kind

Onderdelen van het diagnostisch proces zijn:

- ontwikkelingsanamnese om een beeld te krijgen van de ontwikkeling in brede zin en de plaats van het probleemgedrag daarin; ontwikkelingsmijlpalen, sociale ontwikkeling met evt. risicofactoren zoals life events, stressoren.

- familieanamnese: spelen erfelijke factoren een rol
- gezinssituatie: hoe functioneert het gezin, hoe zijn de onderlinge relaties, communicatiepatronen, opvoedingsstijl; hoe zwaar is het gezin belast door de kindproblemen.
- medisch: uitsluiten van somatische problemen die het gedrag kunnen verklaren.
- vragenlijsten ouders
- vragenlijsten school, observatie, info over leervorderingen;

Onderzoek van het kind

- evt. intelligentieonderzoek/neuropsychologisch onderzoek naar de aandachtsregulatie en andere EF(executieve functies)
- persoonlijkheidsonderzoek - spel, tekeningen, projectiemateriaal e.d.

Begeleiding en behandeling

- psycho-educatie. Ouders en school wordt geleerd om probleemsituaties te herkennen en erop te anticiperen.
- medicatie, o.a. ritalin (kortwerkend, met gevaar van reboundeffect), concerta (werkt de hele dag).
- individuele gedragstherapie werkt onvoldoende op de lange termijn, maar wel in combinatie met ouderen leerkrachtbegeleiding. Ouders en leerkracht leren de omgeving te structureren, voorspelbaar te maken en eisen en verwachtingen aan te passen aan de mogelijkheden van het kind. Bekrachtigen van gewenst gedrag en aan ongewenst gedrag

direct consequenties verbinden Via ouders en leerkracht leert het kind om zijn gedrag beter te sturen.

De beste aanpak is een combinatie van bovengenoemde behandelingen.

Alternatieve behandelingen:

- dieet, met name met bepaalde eliminatiedieten zijn soms goede resultaten te boeken.
- voedingssupplementen; de werking hiervan is onvoldoende bewezen
- neurofeedback: het beïnvloeden van de hersenactiviteit via EEG en computer.

Prognose:

AD(H)D is een chronische aandoening die ook in de volwassenheid doorwerkt. Bij een derde van de mensen verdwijnen de symptomen bijna geheel, bij een derde verminderen ze, maar blijven wel hinderlijk en bij een derde blijft de diagnose van kracht.

Bijkomende negatieve factoren zoals een lage intelligentie, gezinsproblemen, agressie op jonge leeftijd, comorbiditeit zijn voorspellers voor het voortbestaan van de problematiek.

Impulsiviteit en aandachtsproblemen gaan de grootste handicap vormen, de hyperactiviteit neemt meestal af.

Positieve kanten

NB. Er zijn ook positieve kanten aan het hebben van AD(H)D. Deze kinderen zijn energiek, pittig en creatief. In sommige, m.n. creatieve beroepen kan het een voordeel zijn: denk bv aan cabaretiers.

DIAGNOSTIEK VAN AUTISME SPECTRUM STOORNISSEN (ASS)

*Door Ans van den Ende,
orthopedagoog*

Autisme is een ontwikkelingsstoornis die zich meestal openbaart in de eerste 3 levensjaren van een kind.

Er zijn verschillende vormen (zie voor uitwerking de bijdrage van de jeugdarts).

We onderscheiden

- klassiek autisme
- syndroom van Asperger
- PDD-NOS

Diagnostiek

ASS kan lastig te diagnosticeren zijn omdat bepaalde gedragingen ook het gevolg kunnen zijn van een ander probleem. Het kind reageert b.v. niet op anderen omdat hij slecht hoort, of de achterstand is toe te schrijven aan een algemene ontwikkelingsachterstand. Kinderen met een hechtingsstoornis of angststoornis vertonen ook kenmerken die passen bij autisme.

Onderdeel van de diagnose is :

- zeker weten dat er sprake is van het cluster van kernproblemen
- dat deze zich zowel op peuterspeelzaal, school als thuis voordoen
- inschatten van de ernst van de kernproblemen
- nagaan of er geen andere verklaringen zijn.

Het cluster van kernproblemen

Voor de diagnose moet sprake zijn van:

- kwalitatieve tekortkomingen in sociale interactie: d.w.z. dat het kind problemen heeft met de sociale omgang; moeite heeft met oogcontact, onvoldoende de verbale en non-verbale signalen begrijpt, zoals lichaamstaal, gebaren, gezichtsuitdrukking; moeite heeft met het begrijpen van de emoties van de ander.
- kwalitatieve tekortkomingen in communicatie: d.w.z. dat het kind een achterstand heeft in de taalontwikkeling, wat zich kan uiten in moeite hebben met het begrijpen van gesproken taal of onvermogen



een gesprek te beginnen of te onderhouden; eigenaardig of stereotiep taalgebruik; problemen met abstracte taal, letterlijk nemen van dingen; gebrek aan doen-alsof spel/ imitatiespel.

- repetitief en ongebruikelijk gedrag: d.w.z. dat het kind moeite heeft met veranderingen, sterk vasthoudt aan routines, dwanghandelingen kan hebben, zoals fladderen, sterke preoccupaties met bepaalde interesses: het kind weet dan b.v. alles van bepaalde automerken.

De diagnostiek maakt gebruik van uitvoerige anamnese, psychologisch onderzoek en gedragsobservaties op school en thuis. Naast de gedragsproblemen zijn er ook vaak leerproblemen vanwege de gestoorde informatieverwerking. De diagnostiek omvat daarom ook het vormen van een beeld van het cognitief functioneren in brede zin.

Begeleiding en behandeling

Psychoeducatie: inzicht geven in de stoornis en de gevolgen daarvan op het functioneren; ouderbegeleiding gericht op het versterken van de sociale ontwikkeling en verminderen van probleemgedrag. Structuur, een overzichtelijk leer- en leefklimaat zijn heel belangrijk.

Men heeft gezocht naar verklaringen van de specifieke sociale problemen. Voor de begeleiding en behandeling van deze kinderen is dat belangrijk. De bekendste verklaring is die van de

TOM (theorie of mind). D.w.z. dat het kind met ASS niet in staat is zich te verplaatsen in de gedachten en gevoelens van de ander.

Op grond van deze gedachte zijn groepstrainingen ontwikkeld om kinderen te helpen hier meer vat op te krijgen.

ALLE DAGEN HEEL DRUK Geen ADHD, wel druk gedrag.

Door Teuny Dibbits, Opvoedbureau Leiden.

U kent ze wel, misschien is uw kind er één van: kinderen die de hele dag alleen maar rennen, opgewonden praten, niet op hun stoel blijven zitten. Kinderen die de straat op vliegen zonder te kijken, nergens bang voor lijken te zijn, die niet horen wat je zegt, en die zich door alles wat er om hen heen gebeurt laten afleiden. Behalve als ze televisie kijken. De kwikzilveren, de eerst-doen-dan-denkers, de warhoofden. Over die kinderen en hun ouders gaat dit stukje. Ze hebben géén ADHD, maar wel één of meer van de kenmerken van ADHD, maar dan in een minder extreme vorm. Dat kan evengoed nog behoorlijk lastig zijn. Op het Opvoedspreekuur krijgen we er regelmatig vragen over van ouders. En die gaan niet alleen over peuters. “Onze dochter van negen presteert het om zich drie keer opnieuw naar boven te laten sturen, en dan nog zonder het gevraagde terug te komen

Wat moeten we daar nou mee?"

Accepteren

Ouders roepen wel eens: "Dat zou hij nu toch onderhand moeten kunnen!" Het gaat dan om gedrag dat veel leeftijdsgenoten al beheersen. Bij voorbeeld zichzelf aankleden bij een vijfjarige, er aan denken de gymspullen mee naar huis te nemen bij een tienjarige, of niet door iedereen heen praten bij een achtjarige.

Helaas helpt deze gedachte van hoe het zou moeten meestal niet, integendeel. Wat wel helpt begint met je kind te accepteren hoe het is. Niet de berusting van 'luistert niet, niks meer aan te doen'. Wel het onder ogen zien: die van ons zit een beetje anders in elkaar, die heeft zijn eigen benaderingswijze nodig. Wat je er overigens niet van zal weerhouden zo nu en dan wanhopig met je ogen te rollen.

Willen of kunnen?

Wat me opvalt bij de gesprekken met ouders is dat alle kinderen het eigenlijk graag goed willen doen. Als het kind van vijf dan - eindelijk - zelf zijn blouse heeft aangetrokken en papa merkt op dat zelfs alle knopen op de goede plek zijn dichtgeknoopt, zien ouders vaak echte trots. Toch gaan ouders er soms (onbewust) van uit dat er sprake is van onwil.

"Als het maar iets is wat hij zelf graag wil, dan onthoudt hij het wel!"

Er worden in sommige gezinnen preken gehouden, beloningssystemen uitgedacht, straf uitgedeeld; helpt allemaal weinig tot niks. Waarom niet? Omdat deze manieren van aanpakken vooral van invloed zijn op de motivatie van het kind - het willen -, maar daar ontbreekt het vaak niet of niet alleen aan. Meestal is er vooral sprake van onvermogen. Het lukt sommige kinderen gewoon keer op keer niet eraan te denken op tijd naar de wc te gaan, of te wachten tot een ander is uitgepraat.

Positief benaderen

Bij kinderen bij wie daardoor regelmatig dingen fout gaan ligt een gevoel van falen voor de hand. Je moeder is niet blij als je telkens te laat naar de wc gaat en daardoor je broek vol plast. En als je zes

bent faal je op zo'n moment ook voor jezelf. Dat is niet fijn voor je zelfvertrouwen.

Bij deze kinderen is het dan ook extra van belang om op te merken en te benoemen wat wél goed gaat. Of dat de intentie goed was. Stelt u zich voor dat u op Vaderdag een kopje thee op bed krijgt dat half leeg is. De andere helft ligt op



de route van de keuken naar uw slaapkamer. Wát u verder ook gaat doen om uw kind te leren de thee veilig te zetten en te vervoeren, begin met blij verrast te zijn. “Precies mijn lievelingsthee!” Dat bemoedigt en geeft ruimte om vervolgens te kunnen leren hoe het volgende keer nog beter kan. Vaak hoor ik ouders juist over dat kind dat zovergeetachtig en druk is zeggen dat hij zo’n schat is, zo zorgzaam voor zijn broertje. Of dat hun dochter zulke originele ideeën heeft. Reden om veel van dit kind te genieten. En dat te laten merken.

Structuur

Meer nog dan andere kinderen profiteren de kwikzilveren van een omgeving die rust en duidelijkheid biedt. Regels: altijd eerst even vragen of je van tafel mag, altijd eerst even bellen voordat je uit school met iemand meegaat. Vaak geen gemakkelijke dingen om te leren, maar als het er dan met behulp van standvastige ouders inzit, dan levert het ook wat op. Afspraken over wanneer en hoe lang je televisie mag kijken. Rituelen die de overgang van de ene naar de andere situatie markeren – eerst even samen aan tafel wat drinken als je thuiskomt uit school, het liedje bij het naar bed gaan of aan begin en eind van een maaltijd. Elke week terugkerende taakjes in huis. Een vaste plek waar de spullen liggen of horen te liggen. Allemaal ankerpunten die kinderen grip geven op de wereld om hen heen en het voor hen makkelijker maken om om te gaan met de eisen die aan hen worden gesteld.

Helpen leren

Wat veel kinderen gaandeweg als vanzelf leren, kan deze kinderen moeite blijven kosten. Zoals een opdracht goed in zich opnemen en uitvoeren.

Het meisje van 9 vloog misschien al gelijk weg toen haar moeder zei dat ze even naar boven moest gaan om... de rest heeft ze niet gehoord. Of ze heeft het wel echt gehoord, maar vergat de opdracht halverwege de trap. De wereld is tenslotte vol interessante uitdagingen.

In hoeveel stappen kan ik boven komen? Het ‘taakbesef’ valt dan weg.

Vol goede bedoelingen, zonder zich van enig kwaad bewust te zijn komt ze weer naar beneden. Waar ze een steeds minder geduldige ouder treft.

Wat zo’n kind nodig heeft is ouders (en onderwijzers) die zich er voor inzetten te zoeken naar manieren om haar te helpen toch zo goed mogelijk te leren omgaan met opdrachten.

Een advies aan de ouders van dit meisje zou kunnen zijn: Denk goed na over de opdrachten die u haar wel of niet geeft.

Geef een opdracht op een geschikt moment, niet midden in haar tv-programma. Geef één opdracht tegelijk.

Een heldere, direct uitvoerbare opdracht die voor haar goed te doen is. Check of de opdracht echt binnenkomt.

Volg of ze de opdracht echt uitvoert. Begeleid haar zo nodig met woorden tijdens de uitvoering zodat ze zich goed kan blijven focussen.

Zo helpt u haar het goed te doen. Alle keren dat het haar lukt een opdracht goed uit te voeren zal haar luistervermogen en

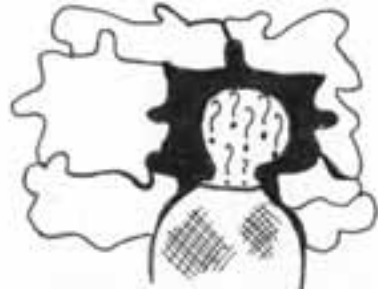
haar vermogen een taak in haar hoofd vast te houden versterken. En haar zelfvertrouwen.

Trainen

In sommige gezinnen zijn de dagelijkse dingen die moeten, zoals de spullen pakken die je op school nodig hebt of je klaar maken om naar bed te gaan, een bron van gedoe en frustratie.

Ouders laveren in die situaties vaak tussen het overnemen van taken en verantwoordelijkheden van het kind en het kind zijn zaakjes zelf laten opknappen. Met het gevaar van pampereen enerzijds en het kind overvragen en laten falen anderzijds.

Je wilt dat je kind verder komt. Soms kan het daarvoor nodig zijn dat ouders voor iets als bij voorbeeld het naar bed gaan een trainingsprojectje maken. Het kind zelf kan daar intensief bij betrokken worden. Samen nadenken over wat je allemaal moet doen vóórdat je gaat slapen. Daar plaatjes van maken en in de juiste volgorde ophangen in je kamer om je te helpen herinneren. Nadenken over wat helpt om je niet te laten afleiden en op tijd klaar te zijn. Het idee is dat de ouders aanvankelijk een grote rol op zich nemen in het goed laten lopen van de naar-bed-gaan-handelingen. Gaande de weken, als het lukt, trekken zij zich verder terug. Plaatjes, een(kook)wekkertje of een kleurenklok kunnen daarbij een mooie hulp zijn. Kinderen kunnen hiermee leren zichzelf te helpen. De training is klaar op het moment dat het kind zich bepaalde manieren van doen echt eigen



heeft gemaakt, naar bed gaan een vanzelfsprekend makkie is geworden. Daarna blijft het natuurlijk van belang dat papa en mama regelmatig laten merken dat ze het fijn vinden dat het kind al zo snel klaar is of zeggen dat hij zo lekker schoon ruikt.

Het allermooiste is misschien wel als de gewonnen tijd gebruikt wordt om samen de dag op een prettige manier af te sluiten.

Praten met andere ouders

Kinderen zijn verschillend. Sommige ouders van drukke kinderen zijn wel eens jaloers op ouders met rustige kinderen. Het kan fijn zijn om juist met ouders te praten die kinderen hebben die op de jouwe lijken. Dat kan bij voorbeeld in de cursus Drukke kinderen, bedoeld voor ouders met kinderen tussen de 4 en 12 jaar. De cursus wordt een paar keer per jaar op verschillende plekken in de regio gegeven.

Zie voor meer informatie:

www.cjgcursus.nl.

Of een persoonlijk gesprek

Heeft u vragen over het grootbrengen van uw kind(eren) en vindt u het prettig om daar eens over door te praten met een pedagoog?

Elke dinsdagmorgen houdt de pedagogisch adviseur van het Opvoedbureau van de GGD spreekuur in het Gezondheidscentrum. U kunt zich hiervoor aanmelden via de telefoon: 088-3083080. Of via de mail: cjgopvoedbureau@ggdhm.nl. Geef daarbij aan in welke wijk u woont. Meer informatie over het Opvoedbureau vindt u op de website van de GGD: www.ggdhm.nl. Zie onder het kopje 'Jeugd 0 – 19 jaar en klik op 'opvoedondersteuning'.

Ook bestaat de mogelijkheid uw vraag te stellen via de website van het Centrum voor Jeugd en Gezin Leiden: www.cjgleiden.nl.

ADHD EN DIËTEN

Door Caroline Roest, diëtist

Velen veronderstellen dat er bij kinderen een relatie bestaat tussen wat ze eten en hoe ze hun gedrag kunnen beheersen. Hoe de relatie precies in elkaar zit, is nog niet duidelijk.

Eliminatiedieet

Toch wordt het dieet van het ADHD Research Centrum in Eindhoven door de onderzoekers veelbelovend genoemd voor een geselecteerde groep kinderen met ADHD, al geven ze toe dat het niet duidelijk is welke kinderen dit zijn. Dit dieet ook wel het PVG-dieet (Pelsser Voeding Gedrag) genoemd, is een eliminatiedieet. In de eerste fase

worden veel voedingsmiddelen als verdacht beschouwd en uit de voeding verwijderd. De kinderen komen dan op een basisdieet te staan van rijst, kalkoen en peer met soms nog enkele toevoegingen. In de opbouwfase worden langzamerhand weer voedingsstoffen toegevoegd en wordt bekeken hoe het kind erop reageert.

Het is geen standaarddieet, zo vermeldt de website van het *ADHD Research Centrum* (<http://www.adhdenvoeding.nl/>) in Eindhoven dat voor dit dieet een protocol ontwikkelde. 'Het kan voor elk kind anders zijn en wordt voor elk kind apart samengesteld. Dankzij dit maatwerk kan voor elk kind zo goed mogelijk onderzocht worden wat de invloed is van voeding op het gedrag van het kind.' Het ADHD Research Centrum raadt ouders ten strengste af om zelf te gaan experimenteren met voeding en diëten. Daarvoor wordt de hele materie te complex genoemd.

Onderzoeksresultaten

Op 5 februari 2011 publiceerden het ADHD Research Centrum en UMC St Radboud de resultaten van hun onderzoek naar de effecten van het PVG-dieet in het wetenschappelijk tijdschrift *The Lancet*.

Van de vijftig jonge kinderen die vijf weken het basisdieet van rijst, peer, kalkoen en enkele groenten volgden, bleek bij 78 procent de gedragsproblemen te verdwijnen. Toen er bij dertig kinderen in de tweede fase weer 'riskante' voedingsmiddelen werden

toegevoegd kwamen de problemen bij 19 van de 30 kinderen weer terug. Hoeveel kinderen er langere tijd succesvol het dieet volgden staat niet in het artikel.

Onbekend is nog welk effect het schrappen van bepaalde voedingsmiddelen in de hersenen heeft, waardoor de gedragsproblemen zijn afgenomen. Het volgen van het dieet is vooral in de eerste fase een grote belasting voor het gezin. Verder onderzoek zou moeten leiden tot een kindvriendelijke manier om vast te stellen welke voedingsmiddelen vermeden moeten worden.

Bestaat een standaard voedingsadvies voor ADHD/autisme?

Nee, al duiken in de media regelmatig geruchten op dat het zinvol is om bij ADHD en autisme extra vitamines of bepaalde vetzuren te nuttigen. Daar is onvoldoende bewijs voor.

Het innemen van vitamines en mineralen in hoge doseringen is zelfs risicovol. Het Voedingscentrum raadt het gebruik van dergelijke vitaminepreparaten dan ook af.

Gebruik van een normale gezonde voeding (eventueel aangevuld met een multivitamine wanneer van bepaalde producten de aanbevelingen niet gehaald worden) voorkomt tekorten aan bepaalde vitamines en mineralen.

Het Voedingscentrum adviseert ouders van kinderen met gedragsproblemen om niet zelf te experimenteren met voeding. Overleg altijd met een arts.

FYSIOTHERAPEUTISCHE BEHANDELMOGELIJKHEDEN BIJ ADHD

Door Alexandra Spelt, fysiotherapeute

Kinderen leren spelenderwijs. Door te bewegen en te spelen ontwikkelen kinderen zich.

Wanneer een kind op de fiets of lopend naar school gaat, ervaart het de ruimte om zich heen.

Het kind hoort een auto of bus aankomen en kijkt dan bijvoorbeeld om.

Vervolgens wordt het geconfronteerd met de snelheid waarmee het voertuig aankomt.

Het kind leert zich aanpassen aan zijn omgeving en met zijn of haar lichaam daarnaar te handelen.

Als een kind alleen maar in de auto zit op de achterbank met z'n ogen gericht op de hoofdsteun voor zich of naar een schermje van tv, mobiel of nintendo zal het nooit goed kennis maken met de ruimte om hem heen. Een bekend voorbeeld is:

Niet opletten en dan je hoofd stoten tegen een paal levert een lelijke buil op je hoofd op.

Bij sommige kinderen kan de ontwikkeling echter vertraagd, bedreigd of afwijkend zijn

Dit kan mede door te weinig motorische ervaring plaatsvinden.

Deze bewegingsproblemen kunnen veel invloed hebben op het welbevinden van

het kind en het functioneren in een groep. Soms kan het zelfs tot pestgedrag leiden, omdat het kind elke keer weer als stoorzender wordt gezien. Een kind kan zelfs in een sociaal isolement komen. Ook dit kan de verdere ontwikkeling weer beïnvloeden.

Juist deze kinderen hebben meer oefening nodig om bepaalde vaardigheden onder de knie te krijgen.

Een kenmerk van kinderen met ADHD is motorische onhandigheid, wat zich uit in houterige grove motoriek. Denk daarbij bijvoorbeeld aan stampend hinkelen en onvoldoende balans. Verder zie je ook vaak een slechte, krampachtige pengreep en schrijfproblemen en andere problemen met de fijne motoriek. Knutselwerkjes op school zijn niet echt favoriet.

De fysiotherapeut richt zich op stoornissen en beperkingen in het houding- en bewegingsapparaat zowel van de bovenste als de onderste lichaamshelft. Door middel van oefeningen kan het kind vaardigheden worden aangeleerd zodat het gestimuleerd wordt in zelfcontrole. Het leren kennen van je eigen lichaam en benoemen is daar een onderdeel van. Veel kinderen weten soms niet eens waar hun enkel zit. Dan

wordt het wel heel lastig om ook nog eens je balans te behouden als die enkels niet stabiel zijn.

Balans is dan ook



een van de belangrijkste aandachtspunten bij het oefenen.

Daarnaast is het ook belangrijk om eerst in symmetrie goed te kunnen bewegen voordat je de linker en rechterlichaamshelft kan gaan coördineren.

Het kind leert controle te krijgen over zijn motorisch handelen. De oefeningen hebben een positief effect op de ervaren problemen bij de hyperactiviteit. De concentratie verbetert en de spanningsboog om ergens aandacht voor te behouden verbetert.

Er is nog niet zo heel veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar het effect van fysiotherapie binnen de behandeling van ADHD.

Wel is uit onderzoek gebleken, dat kinderen met een combinatie van ADHD en neurologische of motorische ontwikkelingsproblemen baat hebben bij het verbeteren van hun motoriek.

Er is dan sprake van een verminderde hyperactiviteit, verbeterde motoriek en verbeterde concentratie. En niet onbelangrijk, verbeterde sociale vaardigheden. Daarom wordt ook vaak het advies gegeven om kinderen aan

sport te laten doen. Het maakt niet uit wat, als ze maar iets doen wat ze leuk vinden en achter het beeldscherm vandaan komen.

Een sport die ze leuk vinden houden ze langer vol en ze verbeteren daar hun motoriek en sociale vaardigheden. Toch geweldig om na afloop met z'n allen aan een grote kan limonade te zitten met iets lekkers erbij!

MEDICIJNEN BIJ AUTISME EN ADHD

Dot Bruring, apotheker

Dit stukje gaat over medicijnen die artsen kunnen voorschrijven bij kinderen en jongeren met bepaalde contactstoornissen, namelijk autisme en verwante stoornissen. Medicijnen kunnen autisme niet genezen. Wel kunnen ze soms gedragsproblemen, die door autisme veroorzaakt worden, verminderen. Gedragsproblemen zoals slaapproblemen of agressief gedrag kunnen erg belastend zijn voor de persoon zelf, maar ook voor zijn omgeving: het gezin. Deze gedragsproblemen kunnen de ontwikkeling van het kind verstoren.

Wanneer medicijnen?

Naast de symptomen van autisme, zoals een andere interpretatie van sociaal verkeer, een gebrek aan inbeeldingsvermogen en stereotiep gedrag, kunnen gedragsproblemen ontstaan zoals

slaapproblemen, dwangmatig handelen, hyperactief zijn, zelfverwonding, teruggetrokken gedrag, concentratieproblemen, angst, eetproblemen, onvoorspelbare woede en agressie.

Soms is dit gedrag van korte duur of minder ernstig, soms duurt het lang en is het behoorlijk ernstig.

Medicijnen kunnen dan worden ingezet om deze problemen te verminderen, waardoor het kind beter in staat is om training of onderwijs te volgen. Maar zoals gezegd: medicijnen kunnen autisme niet genezen, het haalt de scherpe kantjes van ongewenst gedrag weg. Medicijnen hebben ook bijwerkingen. Het is dus altijd een afweging voor de ouders: weegt het effect van het medicijn op tegen de nadelen? Gelukkig komen bijwerkingen niet al te vaak voor.

Welke medicijnen?

Er zijn een aantal soorten medicijnen die soms uitgeprobeerd worden bij bovenstaande gedragsproblemen. Ze zijn meestal niet goed onderzocht bij autisme. Het is dan ook niet zeker of deze medicijnen effectief zijn. Verder is het mogelijk dat deze medicijnen anders werken bij autisten en dus ook andere bijwerkingen geven, dan in de bijsluiters staan. Met deze beperkingen in het achterhoofd zal de arts (meestal een in autisme gespecialiseerde arts) deze medicijnen op heel voorzichtige wijze voorschrijven: lage dosis, heel geleidelijk de dosis verhogen en regelmatige controles om te kijken hoe het gaat.

Medicijnen die wel eens uitgeprobeerd worden zijn:

- **Middelen tegen psychosen**, zoals haloperidol, risperidon, quetiapine. Deze middelen kunnen werkzaam zijn bij opwinding, onrust, agressief gedrag, ernstige tic's, stereotiep gedrag. Deze medicijnen grijpen in op lichaamseigen stoffjes in de hersenen die de "communicatie" tussen hersencellen verzorgen. Bijwerkingen die kunnen ontstaan zijn sufheid en slaperigheid, droge mond, toename van gewicht en verstopping. Soms zijn deze bijwerkingen in het begin erger en verdwijnen dan weer als het lichaam eraan gewend is. Bij langdurig gebruik kunnen er ernstige bewegingsstoornissen ontstaan, die lijken op de ziekte van Parkinson. Ook kunnen er spasmen van de gezicht, tong of nek ontstaan, waarbij er vreemde draaiingen van de tong of nekbewegingen ontstaan. Eventueel kunnen anti-Parkinson medicijnen worden toegepast om deze bijwerkingen op te heffen. Deze bewegingsstoornissen zijn een belangrijke beperking voor het langdurige gebruik van deze anti-psychotica.
- **Middelen tegen depressie**, zoals amitriptyline, clomipramine, fluoxetine. Deze middelen worden vooral toegepast bij dwanghandelingen en -gedachten, depressie, angstaanvallen, slaapklachten, agressief gedrag. Amitriptyline en imipramine worden ook toegepast bij bedplassen.

Ook deze medicijnen beïnvloeden stoffjes in de hersenen, zoals onder andere serotonine. Bijwerkingen kunnen zijn moeheid, duizeligheid, droge mond, hoofdpijn, misselijkheid. Deze bijwerkingen gaan meestal geleidelijk over als het lichaam eraan gewend is.

- **Middelen tegen epilepsie**. Naast hun werking tegen epileptische aanvallen hebben deze medicijnen soms een stabiliserend effect op de stemming. Ze kunnen dan helpen tegen extreme stemmingswisselingen. Duizeligheid, sufheid en hoofdpijn kunnen voorkomen.
- **Bètablokkers**. Dit zijn medicijnen die oorspronkelijk voor hart- en vaatziekten zijn ontwikkeld, maar bij autisme op een geheel andere wijze iets kunnen doen bij agressie, stress of angstaanvallen. Bekendste bijwerkingen zijn duizeligheid, vermoeidheid, prikkelbaarheid.
- **Clonidine**. Ook dit middel is oorspronkelijk ontwikkeld voor hoge bloeddruk, maar heeft een aantal andere werkingen. Clonidine helpt bij ADHD-achtige verschijnselen, zoals hyperactief gedrag, slaapproblemen, concentratieproblemen. Soms wordt het gebruikt bij overgevoeligheid voor prikkels van buitenaf, zoals geluid. Clonidine remt de prikkelbaarheid, waardoor het kind minder agressief is en beter contact kan leggen. Bijwerkingen zijn duizeligheid en sufheid. Helaas blijft het middel na verloop van tijd

minder goed te werken, waardoor het “oude” gedrag weer naar boven komt.

- **Methylfenidaat.** Dit is een bekend medicijn tegen ADHD (Ritalin) en kan soms ook effectief zijn bij hyperactief gedrag en concentratiestoornissen bij autisten. Maar artsen zijn er erg voorzichtig mee, omdat het ook een averechts effect kan hebben en dan juist hyperactief gedrag veroorzaakt. Ook dit medicijn moet dus voorzichtig in lage dosis worden uitgetest. Voor meer informatie zie hieronder bij medicijnen voor ADHD.
- **Melatonine.** Dit is een hormoon dat door de pijnappelklier in de hersenen wordt uitgescheiden en het dag-nachtritme regelt. Dit hormoon is vooral actief bij kinderen, naarmate men ouder wordt neemt de functie ervan af. Bij kinderen wordt de pijnappelklier actief als het donker wordt: er komt dan melatonine in de bloedbaan en dan wordt het kind moe en wil gaan slapen. Melatonine zit ook in hele kleine hoeveelheden in voedingsmiddelen (tomaten, bananen). Melatonine wordt vaak gebruikt bij autistische kinderen, die niet kunnen inslapen, soms ook als gevolg van medicijngebruik zoals Ritalin. Ze worden er minder suf van dan van de “gewone” slaapmiddelen zoals temazepam. Bovendien kunnen medicijnen als temazepam of diazepam een averechts effect hebben bij kinderen. Zij kunnen dan

juist erg actief worden in plaats van slaperig!

Medicijnen bij ADHD

De medicijnen die gebruikt worden bij ADHD zijn hulpmiddelen, de ADHD verdwijnt er niet door. Wel zullen de verschijnselen van ADHD minder extreem zijn, waardoor bijvoorbeeld gedragstherapie meer effect heeft.

Stimulerende middelen

Je zou het niet verwachten van een stimulerend middel, maar deze middelen hebben een positief effect op mensen die hyperactief zijn. Het helpt ze zich beter te concentreren, waardoor ze minder snel afgeleid zijn. Hierdoor gaat het op school beter. Maar ook volwassenen met ADHD merken dat ze beter in staat zijn te functioneren. De medicijnen waar het om gaat zijn methylfenidaat (Ritalin, Concerta, Equasym en Medikinet) en dexamfetamine.

Voor de methylfenidaat medicijnen is het belangrijk de juiste innametijden te weten. De gewone tabletten worden meestal 2 of 3 keer per dag ingenomen, waarbij de laatste niet na 16.00 uur 's middags moet worden genomen. Methylfenidaat heeft namelijk als bijwerking dat het inslapen bemoeilijkt. De tabletten met een verlengde werking (Concerta) of capsules met verlengde werking (Equasym XL, Medikinet CR) hoeven slechts een keer per dag te worden genomen en werken dan de hele dag door. Dat kan handig zijn voor

schoolgaande kinderen, dan hoeft er geen tablet mee naar school. Helaas zijn deze medicijnen met verlengde werking wel veel duurder dan de gewone tabletten. Vandaar dat er een bijbetaling op zit. Bepaalde zorgverzekeraars vergoeden soms de bijbetalingen hiervoor uit de aanvullende verzekering.

Een andere bekende bijwerking van stimulerende middelen is dat ze de eetlust verminderen. Het kind kan hierdoor gewicht verliezen en minder goed groeien. Goed opletten of het kind voldoende eet is dus belangrijk.

Atomoxetine

Atomoxetine is in de handel onder de naam Strattera. Hoe atomoxetine precies werkt bij ADHD is nog onduidelijk. Waarschijnlijk versterkt het de werking van noradrenaline, een boodschapperstof (neurotransmitter) in de hersenen. Noradrenaline speelt een rol bij het kunnen vasthouden van de aandacht en concentratie. De belangrijkste bijwerkingen zijn maag-darmklachten, zoals misselijkheid, en vermindering van eetlust. Als misselijkheid ontstaat helpt het soms de capsule met wat eten in te nemen.

Vragen over medicijnen?

Het is voorstelbaar dat de ouders of verzorgers van autistische kinderen veel vragen hebben over de behandeling van hun kind. De arts of specialist zal op veel vragen antwoord kunnen geven. Aarzel dus niet om alles wat u bemerkt

en waar u vragen over heeft, met de arts te bespreken. Ook kunt u de website raadplegen www.oudersvanautisten.nl. Vragen over medicijnen, over gebruik, bijwerkingen of bij problemen met het gebruik, kunt u ook stellen aan de apotheker. Wilt u zeker weten of de apotheker tijd voor u heeft, bel dan van tevoren voor een afspraak: 5211611 (Hulp der Menschheid) en 5211277 ('t Joppe).

INTERVIEW MET KARIN

Karin, partner van Ruud en moeder van 3 meiden, waarvan oudste dochter Marloes autisme heeft, PDD-nos. De middelste en jongste dochter, Suze en Iris, hebben dyslexie. Bij Iris is 1 jaar geleden ook nog ADD vastgesteld. Ruime ervaring dus.

Door Patty Leeman, centrumassistente

Ik ken Karin al lang. Onze gezinnen zien er wat leeftijd betreft hetzelfde uit, dus door de jaren heen komen we elkaar vaak tegen, in zwembaden, gymzalen, bij sportclubs, etc. Ik ken Marloes, die autistisch is, dus ook al lang. Karin is altijd erg open geweest over haar, en ik ben dus niet echt verrast (maar wel blij!) dat ze instemt met een interview over autisme. Het is een stabiele, nuchtere vrouw die zorgt voor het gezin; geen baan buitenshuis heeft. Geen baan buitenshuis was

haar voornemen toen het 1e kind zich aankondigde, achteraf gezien een keus waar ze nooit spijt van heeft gehad. Zo was er een duidelijke structuur in het gezin en had ze meer tijd om achter allerlei instanties aan te gaan, want je komt wel in een molen terecht hoor.

Je echtgenoot heeft (vermoedelijk, is nooit gediagnostiseerd weet ik) ook een aan autisme verwante stoornis. Syndroom van Asperger. Wist je dat al toen je hem leerde kennen, met hem trouwde?

Karin: Nee, pas nadat er bij Marloes een diagnose is gesteld vielen er wat hem betreft puzzelstukjes op zijn plaats. Bij Ruud in de familie komt autisme meer voor. Bij zijn zus, oom, nicht. Helemaal vreemd was het dus niet. Ruud heeft door zijn hoge intelligentie veel kunnen compenseren. Het viel niet echt op. In tegenstelling tot Marloes die graag mensen om zich heen heeft, vrienden wil hebben, heeft Ruud daar geen behoefte aan. We hebben eigenlijk geen gezamenlijke vrienden. Ik heb wel veel vriendinnen. Daar spreek ik door de week regelmatig mee af. Het weekend is voor hem, het gezin, de sport. Een prima combinatie zo, waar wij ons beiden goed bij voelen. Verjaardagen, familie weekenden, ik doe hem daar echt geen plezier mee. Ik ga daar dus meestal alleen heen. In het begin vond ik dat wel eens moeilijk, maar aan de andere kant zat ik daar ook niet lekker als ik wist dat hij het niet naar zijn zin had, het enkel en alleen voor mij deed. Zo kom je gaandeweg steeds vaker tot

compromissen. Accepteren hoe het is. En dat voelt goed, we zijn eigenlijk steeds verder naar elkaar toegegroeid.

En dan, je krijgt samen een kindje, hebt verwachtingen, wanneer dacht je, er klopt iets niet?

Karin: Marloes is onze oudste, dus een referentiekader heb je niet. Wat wel opviel was dat ze al jong geen knuffelkind was. Dat heb ik echt moeten "afdwingen", aanleren. Op de peuterspeelzaal, waar Marloes voor het eerst met veel kinderen in aanraking kwam, liep het niet goed. Ze had het niet naar haar zin, maakte geen contact met andere kindjes. Op de laatste dag dat Marloes daar zat (!) gaven de leidsters aan dat dat de eerste dag was dat ze het naar haar zin leek te hebben.

Met die gedachte in je achterhoofd bracht je haar voor het eerst naar de basisschool. Lastig lijkt me ?

Karin: Ja, zeker. Ik besloot om Marloes zonder "label", dus blanco naar de basisschool te laten gaan. Eens kijken of ze het daar wel snel naar haar zin zou hebben. Gelukkig trof ze een hele goede, ervaren kleuterjuf, die ons al na 2 weken bij zich riep om over haar te komen praten. Marloes bleek op school, uit onmacht normaal contact te kunnen maken, te schoppen en slaan.

Dat lijkt me voor ouders heel moeilijk.

Karin: Ja, maar ook een gevoel van hè hè. Op haar 5e werd er begonnen met een traject, onderzoeken, gesprekken,

op Curium. Ruim een jaar later werd de diagnose autisme, PDD-NOS gesteld. De onderzoeken gingen nog langer door, oudergesprekken volgden. Hoe om te gaan met een kind met autisme. De eerste keer ging Ruud ook nog mee, daarna heb ik de therapie alleen gevolgd. Weet je, ik ben thuis ook degene die alles regelt, alles organiseert. In de eerste jaren deed ik dat zonder Ruud daarbij te betrekken. Op een gegeven moment ben ik dat anders gaan doen. Ook al regel en beslis ik, even mijn verhaal kwijt, overleggen met hem had ik ook nodig. Ruud was het niet altijd met mij eens, besprak dat ook met me, maar stond uiteindelijk altijd achter me. Dat maakte me wel sterker.

En dan. De diagnose is gesteld, hoe verder?

Karin: Je krijgt een PGB (persoonsgebonden budget) voor thuis. Ik had dat liever op school willen inzetten. Daar kwam de extra zorg namelijk pas heel laat op gang. Maar dat mocht niet. mmm. In groep 6, 7, Marloes was toen 11 jaar oud, kreeg ze een zogenaamd "rugzakje". Geld. Hiermee kon extra begeleiding worden ingeroepen via Centrum Autisme. Ondertussen ontwikkelde ze zich wel goed. Het was geen lastig kind. Slaan en schoppen kwam niet meer voor. De kleuterjuf had de kinderen van de klas geleerd hoe met haar om te gaan. Zo kwam ze niet meer aan dat gedrag toe. Hoe graag ze ook wilde, vriendinnetjes had ze niet. Wel werd ze soms voor partijtjes gevraagd. Leuk!

Dan komt het vervolg onderwijs in zicht. Waar ging Marloes naar toe?

Karin: Marloes kwam terecht op College St. Paul in Mariahoeve, Den Haag. Dat is een VMBO school met LWOO (leerweg ondersteunend onderwijs) Het was wel even wennen voor haar. Verder weg, en een klas met alleen maar jongens. En, alleen maar kinderen met "iets". (A(D)HD, autisme, dyslexie). Op deze school was regelmatig een psycholoog aanwezig, waar Marloes ook wel eens gebruik van maakte. Ze moest "opboksen" tegen alleen maar jongens en had het gevoel dat ze door hen gepest werd. Hieruit ontstond wel eens een opstootje. Marloes kon verbaal niet tegen ze op, maar groot en sterk als ze is, gebruikte ze haar fysieke kracht. Ze ging helaas snel te ver, had geen rem. Op een andere school zou je hier waarschijnlijk om geschorst worden, maar omdat er hier veel kinderen met een probleem/handicap op school zaten werd er met zo'n opstootje anders omgegaan, anders naar gekeken. Het werd absoluut niet getolereerd en het moest altijd uitgepraat worden! Wat wij erg gewaardeerd hebben was dat de school ervoor heeft gezorgd dat Marloes op het brugklas-kamp in een leuke groep met meiden geplaatst is, waar ze nu nog steeds contact mee heeft. Na dit kamp hebben ze haar in de pauzes geholpen, gestimuleerd zich wederom bij deze meiden aan te sluiten. Ze zaten dan wel in een andere klas, maar de pauzes waren hierdoor wel gezelliger voor haar. Wat

leerresultaten betreft: Marloes behaalde haar diploma, zelfs zonder LWOO aantekening!

Maar dan ?

Karin: Na het VMBO -T diploma wilde ze naar het grafisch lyceum. Helaas werd ze daar afgewezen. Reden: met niveau 4 zou ze leiding moeten kunnen geven. Volgens hen zou dat niet samen gaan met autisme... We wisten niet meer welke opleiding wel leuk en geschikt zou zijn voor A. Op een ouderavond hadden we eens gehoord over De Steiger, in Dordrecht. (voor max. 1 ½ jaar) Hier heeft ze een dagbehandlingstraject gevolgd om meer te leren over autisme. Door onder andere speltherapieën en sociale vaardigheidstrainingen kreeg ze meer zicht en dus meer vat op haar autisme. Het reizen naar Dordrecht was overigens al een hele onderneming. Gelukkig is Marloes heel leerbaar. Ze leert vooral door dingen te zien, dus doe ik dingen vaak voor. Ik ben eerst 3 keer met haar samen naar Dordrecht gereisd om te oefenen. Kijk, als alles goed gaat is het geen probleem. Maar als er een trein uitvalt, vanaf een ander spoor vertrekt, kortom, als het anders dan anders gaat, wordt het moeilijk. Dat heb ik met haar "getraind". Onverwachte situaties, dan wordt het lastig. Leve de mobieltjes, wat is dat handig op zo'n moment! Helaas is ze vervroegd gestopt met dit traject. Het liep niet, Marloes was te druk, zat midden in haar pubertijd, accepteerde geen opmerkingen, wat tot wrijving

leidde. Men vond het daar moeilijk om mee om te gaan.

Weer op zoek naar iets anders, lijkt me lastig hoor.

Karin: Ik ben opnieuw met haar in gesprek gegaan; wat zou jij nou heel graag willen? "Iets" met kleine kinderen. Dat begreep ik goed, daar kon ze heel leuk mee omgaan. Een nieuwe opleiding gestart. Een MBO opleiding. Het moeilijke was dat Marloes alles zelf moest gaan regelen. Ik mocht niets voor haar doen. Dat werkt gewoon niet. Extra begeleiding kwam maar niet van de grond. Op haar stageplek ging het maar matig, maar ik werd overal buiten gehouden, terwijl ik misschien met wat kleine aanwijzingen het contact had kunnen verbeteren. Op het laatste moment kwam er dan eindelijk ambulante begeleiding vanuit de rugzak die ze nog steeds had.. Die zei, zonder Marloes ooit gezien of gesproken te hebben: "een autist zal nooit leren zelfstandig te zijn, overzicht te hebben". Een klap in je gezicht. Vervolgens kreeg ze een negatief studieadvies, ze zou niet geschikt zijn voor deze opleiding. Dit negatieve studieadvies hebben we naast ons neergelegd, omdat wij vonden dat deze geheel onterecht was gegeven. Achteraf waren er meer problemen met deze "deskundige", maar daar hadden wij op dat moment natuurlijk niets aan. We gingen op zoek naar een nieuw stageadres, (waar ze wel goed begeleid werd, met inmiddels een nieuwe ambulante begeleidster) maar daar ging

het ook niet vanzelf. Te veel prikkels. Opnieuw in gesprek met haar: "Is dit wel echt iets voor jou? Zou jij ooit willen en kunnen wat van een leidster verwacht mag worden?". Gaan we voor een verlengde stage? Doe je het 2e leerjaar weer opnieuw? Allemaal vragen, met als uiteindelijk resultaat: stoppen met de opleiding. Weer.

Pfff, een moeizame weg, voor haar, maar ook voor jou, als moeder lijkt me ?

Karin: Klopt, maar je blijft knokken totdat ze op haar plek zit. Marloes krijgt vanaf haar 18e jaar een Wajong uitkering, speciaal voor jongeren met een handicap. Uiteindelijk is ze nu bij de C1000 aan het werk, voor 32 uur in de week. Ze bieden n.l. werkplekken voor mensen met een handicap aan. Ze begeleiden hen ook daarin.

Zijn ze dat verplicht of is dat hun visie?

Karin: Hun visie. Mooi. Ze is begonnen met vakken vullen. Heel overzichtelijk. Dit is jouw schap, dit moet jij bijhouden, aanvullen. Gaat dat goed, dan krijgt ze uitbreiding. Verder wil de C1000 dat medewerkers ook een opleiding volgen. Marloes gaat de MBO opleiding detailhandel volgen in Delft. Daar heb je speciaal een C1000 klas. Ik heb er wel vertrouwen in, al blijft het spannend. Marloes is nogal negatief denkend, verwacht meer, wil meer. Daar loopt zij nogal eens tegenop.

Heeft het autisme van Marloes invloed gehad op je twee andere dochters, Suze en

Iris?

Karin: Ik heb altijd geprobeerd ze alledrie dezelfde aandacht te geven dezelfde regels te stellen. Natuurlijk is dat wel eens moeilijk, maar is er in ieder gezin niet iets? Als Marloes zich anders gedroeg dan verwacht (extreem boze buien) vond vooral Iris dat wel eens moeilijk. Die is ook wat onzekerder. Nu ze ouder worden gaat dat eigenlijk steeds beter.

Ik heb Marloes gevolgd binnen de handbalclub, dat vind ik zo gaaf om te zien, die ontwikkeling!

Karin: Ja, wij ook. Haar zusjes waren al lid toen zij ook mee ging trainen, in een ouder team natuurlijk. Eerst alleen trainen, later ook wedstrijden spelen. Dat werd op een gegeven moment toch moeilijk. Handbal is een fysieke sport, en Marloes werd daardoor overprikkeld. Er is toen besloten haar in het doel te zetten, weg van de tegenstander en dus ook weg van de fysieke prikkels. DE oplossing, zo is gebleken. Heeft zij toch het plezier van de teamsport! En dat heeft ze zo nodig. Nu ze in de senioren-groep speelt (19 j en ouder) gaat het helemaal geweldig. Volwassenen nemen haar toch eerder zoals ze is. Daar zijn we heel blij mee. In de weekenden zijn we met het hele gezin op het veld te vinden. Dat bindt ons.

Tot slot, hoe zie jij de toekomst voor Marloes?

Karin: Ik denk dat zij zelfstandig zal kunnen gaan wonen. Maar, wonen

binnen een woongroep, met de contacten die daarbij horen, zou misschien beter voor haar zijn omdat we denken dat ze anders misschien vereenzaamt. En verder,..., wachten we wel af, wie weet wat er op haar pad komt.

In dit interview zijn gefingeerde namen gebruikt.

ADHD EN AUTISME, WETENSWAARDIGHEDEN

*Door Annette Dresselhuizen,
praktijkverpleegkundige*

Deze Beter Weten heeft als thema autisme en ADHD. We hebben dit onderwerp gekozen omdat je er regelmatig iets over hoort of leest. En omdat we toen deze Beter Weten in de maak ging het Wereldautismedag (2 april) bleek te zijn.

Wat is nou eigenlijk ADHD en wat is autisme en heeft het iets met elkaar te maken? Wat zijn de nieuwste inzichten over autisme?

Uit verschillende (semi-wetenschappelijke) tijdschriften heb ik wat wetenswaardigheden over autisme en ADHD voor u samengevat.

Wat is autisme?

Autisme kent diverse verschijningsvormen, die waarschijnlijk elk hun eigen genetische achtergrond hebben. Deskundigen spreken daarom ook wel van "de autismen". Er zijn heel veel

genen betrokken bij de aandoening en daarom is het tot nu toe niet mogelijk een diagnose te stellen met behulp van DNA-onderzoek. Andere eenduidige kenmerken/bio-markers, zoals afwijkend bloedbeeld of afwijkende hersenactiviteit, zijn ook nog niet vastgesteld. De diagnose wordt daarom nog steeds gesteld op grond van gedragskenmerken. In feite komt het erop neer dat we van autisme spreken als mensen problemen hebben met de sociale interactie. Ze maken bijvoorbeeld geen oogcontact, tonen weinig emotie en zijn weinig invoelend. Ze communiceren moeizaam of hebben een eigenaardig taalgebruik. Ze hebben stereotiep gedrag en kunnen helemaal opgaan in een onderwerp. Ze zijn vaak gehecht aan vaste gewoontes en kunnen obsessief gedrag vertonen. Het internationaal diagnostisch handboek voor de psychiatrie, de DSM-IV, hanteert officieel de term "autistische stoornis" en schaarde de aandoening onder de Pervasive Developmental Disorders (diep doordringende ontwikkelingsstoornis).

Een andere PDD-diagnose is het syndroom van Asperger. Mensen met Asperger hebben geen verstoorde taalontwikkeling en zijn wel geneigd contact met anderen te zoeken. Een derde in Nederland veel gestelde diagnose is PDD-NOS: Pervasive Developmental Disorder not otherwise specified, ook wel een verlegenheidsdiagnose genoemd: er is duidelijk "iets" met deze mensen, maar ze voldoen niet

helemaal aan de criteria voor Asperger of klassiek autisme. In 2013 wordt het diagnostisch handboek DSM-V in gebruik genomen en gaat de overkoepelende term Autisme Spectrum Stoornis (ASS) gehanteerd worden. Er zal vooral gekeken worden naar de ernst van de symptomen. Patienten scoren dan dus mild of ernstig op ASS. De diagnoses Asperger en PDD-NOS zullen verdwijnen. Aan de diagnostische criteria wordt zintuiglijke hypergevoeligheid toegevoegd.

Hoe keek men in de afgelopen 100 jaar naar autisme?

In het Psychologie magazine van april 2012 las ik dat de diagnose autisme nog geen 100 jaar oud is. De manier waarop we tegen de aandoening aankijken is echter al een paar keer ingrijpend veranderd. Rond 1943 plakte de kinderpsychiater Leo Kanner als eerste het etiket autisme op kinderen met nogal eenzelvige (autistisch is afgeleid van het Griekse woord voor zelf) trekken: de kinderen waren moeilijk in staat, ondanks een normale of hoge intelligentie, contact te maken met hun omgeving. Het was Kanner opgevallen dat de ouders van deze kinderen intellectueel sterker ontwikkeld leken dan emotioneel. Het staat inmiddels al vast dat 90% van de gevallen genetisch wordt bepaald. Er zit iets in de familie en die genetische aanleg wordt tijdens de zwangerschap geactiveerd door...?... En dat weten we nog niet goed. Er is al veel onderzoek gedaan naar de moge-

lijke invloed van alles en nog wat, bv suikerziekte, astma, schildklier-aandoeningen en andere auto-immuunziekten. Voor Kanner en tijdgenoten was een genetische overdracht geen vanzelfsprekendheid. Hij dacht dat de kinderen autistisch gemaakt waren. Bijvoorbeeld door de kille houding van hun ouders. Na de tweede wereldoorlog tot eind jaren zestig kreeg de zogenoemde "koelkastmoeder" de schuld. Later, in de jaren tachtig, dacht men dat autisme mogelijk door milieuvervuiling of door de hulpstoffen in kindervaccins of door overgevoeligheid voor gluten kwam. Al die theorieën zijn de afgelopen jaren ontkracht.

De kinderlongarts Barbara Stewart ontdekte bij 49 van haar patiënten wonderlijk symmetrische longen (de luchtpijp vertakte zich symmetrischer en met smallere zijtakken dan gebruikelijk). Bij nader onderzoek bleek dat bij al die 49 kinderen ook de diagnose autisme was gesteld. De laatste jaren blijkt steeds meer dat de ontwikkelingsstoornis autisme vaak samengaat met darmklachten, overgevoeligheid voor bepaalde voedingsmiddelen en problemen met het immuunstelsel. Het lijkt er dus steeds meer op dat autisme een aandoening is van het hele lichaam. Wetenschappers kunnen zich goed voorstellen dat er een verband is tussen hierboven genoemde verschijnselen en dat de bron ervan mogelijk ligt in de eerste weken van de zwangerschap. De kinderpsychiater Jan Buitelaar ontdekte dat het brein van kinderen met autisme

zich in de eerste weken afwijkend ontwikkelt. De verbindingen tussen de hersencellen (de synapsen) worden bij deze kinderen anders gevormd. Daardoor komen bepaalde hersencellen niet op de juiste plek terecht en krijgt de hersenschors uiteindelijk een andere opbouw. Het is natuurlijk heel goed denkbaar dat datgene wat maakt dat een brein zich anders ontwikkelt, ook elders in het embryo effect heeft. Zo wordt ons autismebeeld steeds verder gecompleteerd: van een ontwikkelingsstoornis naar een neurologische stoornis naar een aandoening die het hele lichaam raakt. Een aangeboren aandoening bovendien.

Komt autisme nu veel meer voor dan vroeger?

In mei 2011 kwamen Amerikaanse onderzoekers uit op een schatting dat 2,6% van de wereldbevolking een autistische aandoening heeft, dat is 1 op de 38 mensen. Autismekomt veel meer voor dan we dachten. Als je goed kijkt zie je overal kinderen en volwassenen die niet zijn gediagnosticeerd als autistisch; mensen die moeite hebben met bijvoorbeeld woordgrapjes of het oppikken van sociale signalen en die de wereld als een geheel van vaste regels ervaren (oversystematiseren). Vroeger kregen mensen met lichte symptomen veel minder snel de diagnose hoogfunctionerend autisme of Asperger dan vandaag de dag. Meestal hebben deze mensen geleerd hun autisme aardig te compenseren en werd hun autisme niet

herkend. Hilde Geurts, hoogleraar autisme aan de universiteit van Amsterdam heeft onderzoek naar autisme bij ouderen gedaan. Bijna alle volwassenen met autisme die zij ontmoet heeft hadden voordat hun diagnose gesteld werd met angststoornissen, depressie of burn-out te kampen gehad. Begrijpelijk, omdat deze mensen voortdurend in situaties belanden die ze niet goed begrijpen en stress geven. Tegenwoordig komen kinderen steeds jonger op bijvoorbeeld kinderdagverblijven en crèches, waarin ze met andere kinderen kunnen worden vergeleken. Autismewordt nu dus veel sneller opgemerkt. Als u het leuk vindt om te lezen en de wereld eens wil bezien door de ogen van een autistische jongen, dan is het boek van Mark Haddon *Het wonderbaarlijke voorval met de hond in de nacht* een echte aanrader. Ik had na het lezen van dit boek veel meer begrip voor autistische mensen.

ADHD en autisme spectrum stoornis: zelfde oorzaak?

(uit de *American Journal of Human Genetics*, juni 2006)

Hoeveel kinderen en jongeren hebben ADHD? '2 op de 100', zeggen Buitelaar (1994) en Van Eerden (1999). ADHD komt relatief veel voor: twee tot vijf procent van de kinderen tot een jaar of zestien. Op dit moment wordt de diagnose vaker bij jongens dan bij meisjes gesteld.

De ervaring van hulpverleners is dat ADHD en autisme veel vaker samen

voorkomen bij kinderen dan op grond van toeval verwacht kan worden. Dit verschijnsel noemt met co-morbiditeit. Wellicht ligt er dus eenzelfde oorzakelijke factor aan ten grondslag. Geen gekke gedachte. Onderzoekers hebben nu een gen ontdekt dat een sleutelrol speelt als het gaat om risico op ADHD. Ditzelfde genetisch gebied is in verband gebracht met de ontwikkelingsstoornis autisme, wat erop wijst dat de twee stoornissen misschien wel (voor een deel) dezelfde genetische wortels hebben.

De ontdekking is gebaseerd op de gegevens van 203 families waarvan minstens 2 kinderen ADHD hebben. Een specifiek gebied op chromosoom 16 draagt bij tot verhoogde gevoeligheid voor ADHD.

Het is belangrijk dat dit ontdekt is. Op de korte termijn hebben we er niet veel aan. Maar op de lange termijn helpt onderzoek naar de afwijkende vorm van genen hulpverleners om de biologische oorzaak beter te begrijpen. Dit draagt bij tot verbetering van de diagnose, behandeling en vroegtijdige interventie. ADHD en autisme zijn twee totaal verschillende stoornissen, maar ze hebben blijkbaar veel meer gemeen dan ooit gedacht.

De stand van zaken op dit moment: de oorzaak van ADHD is 70 tot 80% genetisch en voor de rest bepaald door omgevingsfactoren. Voor autisme geldt vrijwel hetzelfde.

Positieve kanten

Autisme

Autistische mensen zijn bijzondere mensen, die oog hebben voor details en eerlijk, realistisch, objectief en perfectionistisch zijn. Fantastische eigenschappen die gebruikt kunnen worden om het hier en nu te ontdekken, te ervaren en er deel van uit te maken.

ADHD

Helaas worden de positieve kanten van ADHD vaak onderbelicht, terwijl juist deze kanten waardevolle hulpbronnen kunnen zijn in het leren omgaan met AD(H)D.

Wij benutten zoveel mogelijk deze hulpbronnen om de door de zorgvragers gestelde doelen te kunnen behalen. Uiteraard is ook elk individu met AD(H)D uniek, maar velen zullen de volgende eigenschappen herkennen:

- * Creatief
- * Loyaal
- * Makkelijke praters
- * Vol met ideeën
- * Openhartig
- * Enthousiast
- * Groot gevoel voor humor
- * Goed in het vinden van nieuwe oplossingen
- * Improvisatietalent
- * Gezellig
- * Niet lang boos
- * Intuïtief
- * Hebben veel energie
- * Origineel

BIJ ONS THUIS

Door Julia

Ik kom ze overal tegen. Nu, en terugdenkend aan vroeger, toen ook al. Het begon al op de lagere school. De zogenaamde "stuitballen": kinderen

die niet op hun plaats konden blijven zitten, altijd in beweging waren, lieflijk maar ook met hun mond. Deze kinderen vielen iedere dag minsten 3 keer van hun stoel, omdat ze maar zaten te wippen. En de juf maar roepen: "een stoel heeft 4 poten !".

En hup, dan zat Jantje lief weer op de gang, waar hij, na 2 minuten, ook al weer onrustig werd. En, tot grote ergernis van de juf, het volgende uit ging halen. Koppeltje duikelen aan de kapstok,...., krak, nee, dat was niet zo slim juf, ..., achteraf gezien. Impulsief, eerst doen en dan nadenken, zo leek het wel. Maar goed, daar ben je ook kind voor, maar bij dit Jantje (naar later bleek een ADHD kind) was alles wel heel erg impulsief. Als klasgenoot vond ik dat altijd wel spannend, die impulsieve acties van Jantje. Gaf lekker wat reuring in de klas, hahaha, een dag niet gelachen is een dag niet geleefd. Maar het gaf ook spanning. De juf raakte beetje bij beetje over haar toeren want er zaten meer Jantjes in de klas. Tot ze aan het eind van haar Latijn was en "er even tussenuit ging". Wisten wij veel? Juf nummer 2. en 3, en 4. En ja hoor, de eerste meester werd ingezet, helaas niet voor lang. Wat een wisselingen van leerkrachten heb ik met mijn klas meegemaakt. In de 4e klas (nu groep 6) hebben wij er ongelogen 14 langs zien komen. Soms voor een paar weken, soms 3 dagen, als noodopvang. Je zult begrijpen dat de Jantjes er niet rustiger op werden. En, wat gedacht van de overige leerlingen....

Ik heb het nu over Jantjes, maar Marietjes hadden we ook. Op de middelbare school begonnen we met een behoorlijke achterstand in spelling en rekenen (gek hè?) wat met moeite ingehaald kon worden. Maar, vol goede moed, een nieuwe school, nieuwe kansen, nieuwe klasgenoten.

Daar trof ik een hele leuke enthousiaste meid met wie ik al snel bevriend raakte. Haar naam was Jacqueline, maar wat was zij een echt "Marietje". Wat een energie hing er altijd om die meid. En wat een drukte en kabaal. En wat een avonturen kon je met haar beleven. Het ene was nog niet klaar of het andere pad lag al weer open. En leren?? Dat kon ze wel! Ze haalde ook mooie cijfers, tenminste,...., als ze haar boeken niet kwijt was, als haar pen niet lekte, als ze niet door haar wekker was heen geslapen etc etc. In die tijd was iemand "gewoon druk", niets geen labeltje ADHD, ADD,, laat staan medicijnen die de onrust in het hoofd wat kunnen reguleren. Jacqueline heeft het wel gered. Een artistieke meid die van haar hobby haar beroep heeft kunnen maken.

Nu ik zelf kinderen heb en om mij heen kijk in hun klassen, in hun sport teams, in hun vriendenkring, herken ik vaak (niet altijd!!!) de Jantjes en Marietjes. Bij Joost in het team zat een echte Jan. Ze gingen op kamp, ik ging ook mee, als begeleidster. Jan was in zijn sas, lekker buiten, alle vrijheid, de wereld was van hem. Maar gaandeweg de middag kwam hij steeds vaker langs onze tent



gelopen, en het viel ons al snel op: stuiter de stuiter, hoger en hoger. .. Wat bleek: hij had voor het eerst wat geld mee gekregen om vrij te besteden. De ene coca cola na de andere werd gekocht en in hoog tempo opgedronken. Aha, dat verklaarde een hoop! Inleveren die centen en morgen weer terug! AD(H)D –ers van toen en nu. Wat een verschil. Ten eerste wordt het nu vaak eerder bemerkt, herkend en dus is er sneller een vervolg. Meer structuur waar wenselijk, een ander plekje in de klas, (niet meer achterin, “die drukke zetten we maar wat achteraf”), maar

voorin, lekker overzichtelijk. Medicatie indien nodig en gewenst. En thuis, ook zo veel mogelijk duidelijkheid. Lukt natuurlijk niet altijd en overal, want ik kom nog regelmatig ouders tegen die met de handen in het haar zitten, hoe ga ik om met mijn Jantje?? Echt, ik neem mijn petje af voor de opvoeders, begeleiders en leerkrachten die met zijn allen om de Jantjes heen staan om hen naar een rustiger vaarwater te begeleiden. Zodat ze straks, vol vertrouwen, die toch al zo drukke wereld in durven te stappen!
Chapeau!!

**VERANDEREN VAN
EETPAASTRON EN LEEFSTIJL:
Het verschil tussen ZELF doen en
ALLEEN doen...**

*Door Caroline Roest en
Maaike Boere, diëtisten*

Kent u dat gevoel dat u iets heel graag wilt veranderen aan uzelf en dat u er ook wel op een bepaalde manier aan begint, maar dat het lijkt alsof u met dikke elastieken aan het oude patroon vastzit? U wordt als het ware zo weer in de oude situatie terug getrokken. Het is herkenbaar voor veel mensen die graag iets belangrijks werkelijk

willen veranderen bij zichzelf. En voordat u gaat denken dat u niet kunt doorzetten, wil ik u geruststellen: meer dan 95% van de mensen heeft een zetje nodig, en sommigen een iets groter zetje dan een ander. We horen dan wel eens een opmerking als “Ja, maar niemand kan het voor mij doen, ik zal het toch zelf moeten doen”. En ja, dat is waar. ... Maar besef wel: Het merendeel bereikt alleen werkelijke resultaten wanneer ze door anderen geholpen (of “gecoacht”) worden.

Het principe hierachter is heel simpel. Iedereen heeft andere dingen die hij/zij weet of kan. Met

uw basis-vaardigheden kunt u mogelijk een heel eind komen, maar wilt u meer bereiken, dan heeft u aanvullende informatie nodig. Vergelijk het eens met bijvoorbeeld een voetbalwedstrijd. Wilt u echt kunnen winnen tegen een goed team, dan zult u vaardigheden aan moeten leren, die er voor zorgen dat de tegenstander verslagen wordt. U heeft een trainer nodig met kennis van zaken, die andere inzichten en denkpatronen heeft dan u heeft.

Zo is het ook met het bereiken van uw persoonlijke succes. Als u het helemaal op eigen kracht had kunnen doen, dan was het u waarschijnlijk allang gelukt! Dus laat u ondersteunen door anderen: mensen met andere inzichten, kennis en kunde.

Dit kan iemand uit uw vriendenkring zijn, of uit uw familie. Maar het kan ook een professional zijn, bijvoorbeeld een mental coach. Het hoeft niet veel te kosten. Zorg in ieder geval dat het:

- iemand is die verstand van zaken heeft
- iemand is die u vertrouwt
- iemand is die u verrassende invalshoeken kan bezorgen

Wie zou u kunnen helpen om werkelijk succes te gaan halen? Neem eens één minuut de tijd om hierover na te denken en neem dan een beslissing over of u het moeilijk wilt doen en het alleen wilt doen. Of dat u voor een meer succesvolle weg kiest en u laat ondersteunen...

Want: u moet het wel ZELF doen, maar u hoeft het niet ALLEEN te doen!

De diëtist is de aangewezen persoon om u te coachen bij het veranderen van uw eetpatroon en leefstijl. Zo kan zij u helpen uw kwaliteit van leven te verhogen!

- Patiënten met diabetes mellitus, COPD en cardiovasculaire aandoeningen krijgen dieetadvisering en coaching vanuit de basisverzekering vergoed.
- Patiënten die niet onder bovenstaande diagnoses vallen krijgen mogelijk via hun aanvullende verzekering dieetadvisering vergoed.
- Patiënten met de diagnose overgewicht en ondervoeding, die verzekerd zijn bij Zorg en Zekerheid kunnen in 2012 alsnog een gedeeltelijke vergoeding krijgen voor dieetadvisering.
- Mocht één van de bovenstaande punten niet van toepassing zijn op de patiënt, dan komt de patiënt in het particuliere tarief van € 15,13 per kwartier.

Voor meer informatie over de mogelijkheden, neem geheel vrijblijvend contact op met de afdeling voedingsvoorlichting- en dieetadvisering van ActiVite telefoonnummer 071- 516 13 18 of kijk eens op de website www.welzijngezondheid.activite.nl

VERGOEDINGEN FYSIOTHERAPIE

Fysiotherapie Gezondheidscentrum Merenwijk valt het op dat er veel onduidelijkheid is over de vergoeding van fysiotherapie. Het lijkt erop dat mensen denken dat de eerste 20 behandelingen niet vergoed worden.

Voor de duidelijkheid: fysiotherapie behandelingen worden vergoed vanuit de aanvullende verzekering. Hoeveel behandelingen dat zijn is afhankelijk van het door u gekozen pakket. De eigen bijdrage is hier niet van toepassing.

Bij bepaalde chronische aandoeningen (de chronische lijst fysiotherapie) worden vanaf 2012 de eerste 20 behandelingen vergoed vanuit uw aanvullende verzekering. De eigen bijdrage is hier niet van toepassing. Daarna worden de behandelingen vergoed vanuit de basisverzekering en wordt de eigen bijdrage aangesproken. Dit is in 2012 verhoogd naar €220,-

Wie deze eigen bijdrage voor andere zorg al heeft 'opgebruikt', heeft die rekening dan al betaald.

LEZERSVRAAG

Hebt u een vraag over gezondheid en denkt u dat uw vraag ook voor andere lezers interessant is?

U kunt uw vragen stellen aan een van de medewerkers van het Gezondheidscentrum: b.v. aan de logopediste, de fysiotherapeute, de maatschappelijk werker, de artsen, enz.

Zet uw vraag op onderstaand formulier en stuur het in naar het Gezondheidscentrum Merenwijk. Het adres van het gezondheidscentrum staat aan de achterzijde. U kunt het formulier natuurlijk ook altijd zelf even afleveren bij de balie. U kunt het ook per e-mail versturen met de vermelding: Beter Weten Lezersvraag; info@gc-merenwijk.nl

Vraag: _____

Naam : _____

Wij beantwoorden geen vragen als de naam niet is ingevuld. Deze kunnen wij nodig hebben om contact met u op te nemen als de vraag ons niet helemaal duidelijk is.

Uw naam wordt niet vermeld in Beter Weten

De redactie van Beter Weten beoordeelt of de vraag interessant is voor meerdere lezers en geschikt is voor beantwoording door een van de medewerkers van het gezondheidscentrum.

WEET U DAT

Je druk drukker en drukst hebt
Dit geen vast gegeven is,
Wat is druk, wat is te druk,
Het ene drukke kind het andere niet is,
Mensen onder druk soms beter presteren,
Mensen onder te veel druk soms bezwijken,
Een druk onrustig hoofd hebben erg vermoeiend is,
Kinderen niet alleen druk kunnen zijn
Maar het ook heel druk kunnen hebben,
Er kinderen zijn die wel 3 sporten beoefenen,
Ze daarnaast nog muzikles volgen, een instrument bespelen,
Dat thuis natuurlijk dagelijks geoefend moet worden,
De toneelclub ook niet vergeten mag worden,
Ze op kamp gaan met de sportclub, én met de muziek groep én de toneelacademie,
Opa's en oma's ook wekelijks bezocht "moeten" worden,
School daardoor vaak in de verdrukking lijkt te komen, een sluitpost wordt,
Met vrienden chillen zeker zo belangrijk is,
Niets te doen hebben heerlijk kan zijn,
Je vervelen zelfs als broodnodig betiteld wordt,

AD(H)D al snel genoemd wordt als een kind druk doet,
Dit te pas en te onpas wordt gebruikt, ook (juist !) door leken,
Ik dit ten opzichte van die kinderen ongepast en niet eerlijk vind
Volwassenen ook AD(H)D kunnen hebben,
Er vaak allerlei puzzelstukjes op hun plaats vallen als ze daar achter komen,
Kinderen zich vaak onbegrepen voelen vóór de diagnose,



Er gelukkig steeds meer over bekend wordt,
Er daardoor sneller kundige hulpverlening op gezet kan worden,
Ook ouders hier erg bij gebaat zijn,
Ik me dat goed kan voorstellen.

Hulpverlening door het maatschappelijk werk gratis is,
U hiervoor een afspraak kunt maken via het hoofdkantoor van Kwadraad,
Het telefoonnummer van het hoofdkantoor sinds vorig jaar 088 - 900 42 00 is,
Er in ons centrum zowel vrouwelijke als mannelijke maatschappelijk werkers
werkzaam zijn.

Ik u een rustige, niet te warme, niet te koude,
Niet te natte niet te droge, niet te winderige zomer toewens



BERICHTEN VAN BUITEN

Deze rubriek is speciaal gereserveerd voor mededelingen en inhoudelijke bijdragen van hulpverleners die niet verbonden zijn aan het gezondheidscentrum, maar wel hun patiënten in de Merenwijk hebben.

– Overige huisartsen in de Merenwijk

A.M.A. v/d Meer-Medendorp,
C.E. v/d Meer en
J.H.E. Stakenburg, M.M. Toes-Bos,
Medisch Centrum 't Joppe
Zwartemeerlaan 44
tel.nr. praktijk: 521 5510
mw. A. Visser
Pluimgras 44
tel.nr. praktijk: 521 0890
P.H. v/d Meer
arts op haptonomische basis
Medisch Centrum 't Joppe
tel.nr. 521 2812

– Huisartsenlaboratorium:

Elke morgen van 8.30-10.30 uur in
Buurtcentrum "Op Eigen Wieken",
Valkenpad 5.

– Tandartsen:

N.Idris
Kiekendiefhorst 7, tel.nr. 750 4473
A.Jahanbakhshi
Buizerdhorst 103, tel.nr. 522 0164

– Ouder- en kindzorg

Consultatiebureau:

Bernhardkade 36
2316 RX Leiden
tel. Klantenservice, Voorlichting en
Preventie 0172 503 040

– Apotheken

Apotheek Tot Hulp der Menschheid

Rosmolen 13, tel.nr. 521 1611

Apotheek 't Joppe

Zwartemeerlaan 44, tel.nr. 521 1277

– Overige fysiotherapeuten in de Merenwijk

Fysiotherapie Praktijk Zwanenzijde

Mussenplaats 1, tel.nr.: 521 5568.
J.M.E. van Paridon-van den Berg
kinderfysiotherapeut,
P.M. Quint-van den Berg,
reumafysiotherapeut,
W.C. Nieuwenhuys, manueel therapeut,
K. Kruyt, fysiosportconsultant.
J. Visser, manueel therapeut,
J. Besemer-van der End,
kinderfysiotherapeut,
S. van der Meer, fysiotherapeut,
I. Tuinhof, bedrijfsfysiotherapeut,
J. Fitié, kinderfysiotherapeut i.o.,
R. van Italie, sportfysiotherapeut i.o.

– Overige voorzieningen

Oefentherapeut Mensendieck
mw. G. Liem
Medisch Centrum 't Joppe
tel.nr. 521 5529

Paramedische praktijk Mediskin

Rosmolen 36, tel.nr. 521 4061
Huidtherapie, oedeemtherapie, medische
hulpmiddelen.

Psychologe

mw. drs. M. Witkamp
Medisch Centrum 't Joppe
tel.nr. 523 1827 / 521 1893

Psychologe

mw. drs. F. van Hilten
Fregatwal 5
2317 GN Leiden
tel.nr. 568 0156
vanhiltenf@gmail.com

MEDEWERKERS GEZONDHEIDSCENTRUM MERENWIJK

Huisartsen

Mw. L. Fabriek	(h.a.)
Hr. R. van Leeuwen	(h.a.)
Mw. J.M. Muis	(h.a.)
Mw. I. Osinga	(h.a.)
Hr. J.A. Verhage	(h.a.)
Mw. M. van de Ven	(h.a.)
Mw. E. van der Burg	(ass.)
Mw. I. Daamen	(ass.)
Mw. J.H. van Dam	(ass.)
Mw. C.G. Elbers	(ass.)
Mw. P. M. Leeman	(ass.)
Mw. A.D. Maghielse	(ass.)
Mw. H. van den Oord	(ass.)
Mw. C. van den Tol	(ass.)
Mw. M.W.Th. Windhorst	(ass.)
Mw. S. Hooymans	(adm.)

Fysiotherapeuten

Mw. N. Brouwer	(fys.th.)
Mw. S. Bunnik	(fys.th.)
Mw. M. Kouwenhoven	(fys.th.)
Hr. O. Otto	(fys.th.)
Hr. J. van der Plaat	(fys.th.)
Mw. M. van der Plaat	(fys.th.)
Mw. W.A. Spelt	(fys.th.)
Mw. M. Geelhoed	(ass.)
Mw. S. Leemans	(ass.)

Maatschappelijk Werkers

Hr. F. Biesjot
Mw. A. van Dijkman
Mw. L. Goddijn
Mw. M. van der Poel

Pedagoge Opvoedbureau

Mw. T. Dibbits

Diëtisten

Mw. M. Boere
Mw. C. Roest-Koster

Praktijkverpleegkundigen

Mw. I. van der Lugt
Mw. A. Dresselhuizen

GGD-Jeugdgezondheidszorg

Mw. R. Mutschler	(arts)
Mw. A. van der Helm	(verpl.)
Mw. A. van Gelder	(ass.)

Verloskundigen

Mw. S. Demir
Mw. A. van Wijck

Logopedisten

Mw. T. van Driel
Mw. R. Barelds
Mw. L. Beenakker
Mw. S. Kok
Mw. M. Onderwater
Mw. L. Rademaker
Mw. L. Weststeijn

Psychologen

Hr. H. Velders
Mw. J. Steeneveld
Mw. M. Ernst
Mw. A. van der Ende
Hr. R. Gardien
Mw. N. Hondebrink

Directie

Hr. J. van der Plaat	(directeur)
Mw. C. ter Haar	(bur.coörd.)
Mw. W. Boerman	(secr.)
Hr. H. Hollander	(kwal.medew.)

Clëntenraad

Contactpersoon: mw. C. Hoekema
Te bereiken via gezondheidscentrum, tel.nr.
5227184

Raad van Toezicht Stichting

Gezondheidscentrum Merenwijk

Voorzitter: hr. F. van Oosten
Tel.nr. 5213728

BETER WETEN IS EEN UITGAVE VAN GEZONDHEIDSCENTRUM MERENWIJK

Redactie:

Mw. D. Bruring
Mw. A. Dresselhuizen
Mw. P. Leeman
Mw. M. van der Plaat
Mw. M. van de Ven
Mw. H. Bolk, eindredactie
Mw. C. ter Haar, coördinatie
Mw. H. van de Giessen, illustraties



Merenwijk
Gezondheidscentrum