
ADHDEMEDICALISEREN

'Het effect van de training 'Druk & Dwars' op de visie van pedagogisch medewerkers op ADHD en op hun perceptie van het aantal stoornissen op de groep'.

Voor- en achternaam: Mea Rinsema
Studentnummer: s3475379
Adres + Woonplaats: K. De vriezestraat 15, Groningen
Mailadres: Rinsemam@gmail.com
Thesisbegeleider: Dr. L. Batstra
Tweede beoordelaar: Dr. M. Lopez Lopez
Inleverdatum: 12-08-2022
Aantal woorden: (10951)

Rijkuniversiteit van Groningen
Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Samenvatting

In de afgelopen decennia blijkt er een toename in ADHD-classificaties en medicatie voorschriften onder kinderen. Dit is een verontrustende ontwikkeling aangezien de gebruikte medicatie veel bijwerkingen met zich meebrengt. De toename kan mede worden verklaard door de overheersende biomedische visie op ADHD. Een orthopedagogische visie op ADHD zou kunnen bijdragen aan het terugdringen van deze toename. Pedagogisch medewerkers hebben nauw contact met kinderen en kunnen invloed uitoefenen op hun gedrag. Ondanks de belangrijke rol in het opvoedklimaat van een kind, zijn pedagogisch medewerkers ondervertegenwoordigd in het wetenschappelijk onderzoek. Doelstelling: In dit onderzoek wordt getracht inzicht te krijgen in de visie van pedagogisch medewerkers op ADHD en het aantal gepercipieerde stoornissen op de groep. Tevens wordt getracht te onderzoeken of een training vanuit orthopedagogisch perspectief een transitie kan bewerkstelligen in deze twee variabelen. Methode: De steekproef bestond uit 65 participanten waarvan 40 in de experimentele groep en 25 in de controlegroep. De variabelen werden gemeten doormiddel van een mixed-method model. Het onderzoek bestond uit drie herhaalde metingen met vragenlijsten op verschillende momenten: voormeting, nameting en follow-up. Daarnaast werden interviews gehouden met 4 participanten uit de experimentele groep. Resultaten: Een significant effect is gevonden in de transitie in visie ($g = .614$). Geen effect is gevonden op het aantal stoornissen dat pedagogisch medewerkers op de groep zien. De geïnterviewden gaven aan geen visieverandering te ondervinden na de training. Nadere analyse laat echter zien dat kwantitatieve en kwalitatieve data elkaar lijkt te complementeren. Conclusie: De training is effectief in het bewerkstelligen van een verschuiving van overwegend biomedisch naar meer pedagogisch denken over ADHD en druk gedrag.

Abstract

In the last decades there has been an increase in ADHD-classifications and medication prescriptions among children. This development is rather alarming due to the many side-effects of medication. The increase can partially be explained through the contemporary dominant biomedical perspective on ADHD. A more orthopedagogical perspective on ADHD could possibly contribute to reducing the number of childhood psychiatric diagnoses and medical treatments. Pedagogical workers in daycare are in close contact with children and can influence their behavior. Despite the importance of pedagogical workers in the nurturing climate of a child, they seem to be underrepresented in scientific research. Objective: The present research studies the impact of a bi-weekly training of six meetings from orthopedagogical perspective on the view of pedagogical workers on ADHD and the number of disorders they perceive in their group. Method: The sample consisted of 65 participants, 40 in the experimental group and 25 in the control group, who completed questionnaires before (pretest), immediately after (posttest) and 6 weeks after (follow up) the training. In addition, four participants of the experimental group were being interviewed after completion of the training. Results: A significant effect was found concerning transition in vision ($g = .614$). No effect was found for perceived disorders. The interviewees firstly indicated they did not experience any change in their vision on ADHD. Further analysis showed more complimentary results with the quantitative data. Conclusion: The intervention seems effective in shifting views on ADHD from predominantly biomedical towards more pedagogical perspectives.

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Theoretisch kader	7
<i>ADHD en medicatie</i>	7
<i>Biomedische visie</i>	9
<i>Orthopedagogische visie</i>	10
<i>Demedicaliseren</i>	11
<i>Stepped care</i>	12
<i>Stepped diagnosis</i>	12
<i>Het belang van pedagogisch medewerkers</i>	13
Methode	14
<i>Design</i>	14
<i>Participanten</i>	14
<i>De training</i>	15
<i>Meetinstrumenten</i>	16
<i>Variabelen</i>	17
<i>Procedure</i>	17
<i>Analyse</i>	17
<i>Ethische aspecten</i>	21
Resultaten	21
<i>Visie van pedagogisch medewerkers voorafgaand aan de training</i>	21
<i>Het gepercipieerde aantal stoornissen op de groep bij pedagogisch medewerkers voorafgaand aan de training</i>	22
<i>Het effect van de training op de visie van pedagogisch medewerkers: kwantitatieve resultaten</i>	22
<i>Het effect van de training op de visie van pedagogisch medewerkers: kwalitatieve resultaten</i>	24
<i>Het effect van de training op het aantal gepercipieerde stoornissen: kwantitatieve analyse</i>	27
<i>Het effect van de training op het aantal gepercipieerde stoornissen: kwalitatieve resultaten</i>	29
Conclusie en Discussie	30
<i>Conclusie</i>	30
<i>Sterke en zwakke punten van het onderzoek</i>	30
<i>Discussie</i>	31
Implicaties voor wetenschap, beleid en praktijk	33
Literatuurlijst	35

Bijlagen	45
<i>Bijlage 1. Informatie formulier deelname onderzoek</i>	<i>45</i>
<i>Bijlage 2. Toestemmingsformulier deelname onderzoek</i>	<i>46</i>
<i>Bijlage 3. Vragenlijst voormeting</i>	<i>47</i>
<i>Bijlage 4. Vragenlijst nameting</i>	<i>55</i>
<i>Bijlage 5. Vragenlijst follow-up</i>	<i>62</i>
<i>Bijlage 6. Informatie formulier deelname onderzoek interview</i>	<i>69</i>
<i>Bijlage 7. Toestemmingsformulier deelname onderzoek interview</i>	<i>71</i>
<i>Bijlage 8. Inzicht in missende waarden en patronen</i>	<i>72</i>
<i>Bijlage 8b. Patroon weergave missende waarde</i>	<i>72</i>
<i>Bijlage 9. Cronbach's Alfa per meetmoment</i>	<i>74</i>
<i>Bijlage 10. Kolmogro-Smirnov en Shapiro-Wilk test</i>	<i>75</i>
<i>Bijlage 11. Normaliteit assumpties visie – histogrammen</i>	<i>75</i>
<i>Bijlage 12. Q-Q plots variabele visie</i>	<i>78</i>
<i>Bijlage 14. Kolmogro-Smirnov en Shapiro-Wilk test</i>	<i>84</i>
<i>Bijlage 15. Histogrammen aantal stoornissen voor elke groep</i>	<i>85</i>
<i>Bijlage 16. Q-Q plot aantal stoornissen voor elke groep</i>	<i>87</i>
<i>Bijlage 17. Boxplots aantal stoornissen voor elke groep</i>	<i>90</i>
<i>Bijlage 18. Codeboom</i>	<i>94</i>

Inleiding

Gekenmerkt door hyperactiviteit, impulsiviteit en aandachtttekort is Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) de meest voorkomende psychiatrische stoornis onder westerse schoolgaande kinderen (Americian Psychiatric association, 2013; Scahill & Schab-Stome. 2018). Op basis van epidemiologisch onderzoek wordt de prevalentie van kinderen die aan de criteria ADHD voldoen wereldwijd op 5,9% geschat (Banaschewski et al. 2021). In Nederland wordt deze prevalentie geschat tussen de 3-5% (Gezondheidsraad 2014; Rijksoverheid, 2021). De laatste jaren lijkt de prevalentie redelijk stabiel te zijn maar opvallend is dat er wereldwijd wel sprake is van een toename in ADHD-classificaties (Danielson et al. 2017; Gezondheidsraad, 2014). Dat betekent dat we druk en ongeconcentreerd gedrag steeds meer als ADHD zijn gaan labelen. De wereldwijde toename in ADHD-classificaties brengt vragen met zich mee met betrekking op de validiteit van de ADHD-diagnostiek en risico's op overdiagnose (Timimi & Leo, 2009; Parens & Johnston, 2011; Merten et al. 2017; Batstra & Frances 2012).

Naast een toename in classificaties is er ook een toename in medicatiegebruik. De beschikbaarheid en het gebruik van ADHD-medicatie nemen wereldwijd toe (Polanczyk et al. 2014; Raman et al. 2018). Dit lijkt met name zo te zijn bij kinderen (Danielson et al., 2018; Beau-Lejdstrom et al., 2018). Ook in Nederland is er sprake van een recepttoename. In tien jaar tijd bedroeg dit een verviervoudiging tot 4,5% in 2013 (Gezondheidsraad, 2014aa). Dit is verontrustend aangezien ADHD-medicatie verschillende bijwerkingen met zich mee kan brengen zoals gewichtsafname, groeivertraging en cardiovasculaire problematiek (Rapport & Moffitt, 2002; Yoo et al., 2020; Becker, Froehlich & Epstein, 2016; Jackson, 2016). Gebleken is dat het percentage kinderen dat met ADHD-medicatie wordt behandeld bijna even hoog is als de geschatte prevalentie van ADHD. Dit indiceert dat kinderen met lichte of milde symptomen – tegen de richtlijnen in - ook receptvoorschriften krijgen en worden blootgesteld aan de bijwerkingen van medicatiegebruik (Luman & de Zeeuw. 2015).

De toenames in psychiatrische classificaties en medicamenteuze behandelingen houden onder andere verband met een overheersend biomedisch perspectief op gedragsproblematiek (Visser et. al., 2014). Volgens de biomedische visie vloeit ADHD voort uit een erfelijke en chronische hersendisfunctie (Buitelaar & Paternotte, 2013), welke concentratieproblemen en hyperactiviteit veroorzaakt (Biederman & Faraone, 2005) en het best kan worden behandeld met medicatie (Valera et al. 2007; Bralten et al. 2016; Zalsman & Shilton, 2016).

De orthopedagogische visie is het hiermee oneens. ADHD wordt niet gezien als een hersendisfunctie maar als een sociaal en maatschappelijk construct dat een naam geeft aan specifieke gedrags- en/of opvoedingsproblematiek (Foget et al. 2017; Harding 2017). Vanuit

deze visie wordt er met name nadruk gelegd op de context waarin het normafwijkend gedrag zich uit of ontwikkelt (Knorth, 2017). In lijn met het advies van de American Academy of Pediatrics (2019) stelt de orthopedagogische visie dat niet medicamenteuze, maar gedragstherapie in de vorm van opvoedondersteuning de eerstelijnsbehandeling zou moeten zijn bij de behandeling van ADHD-achtig gedrag (Batstra et al., 2014a). Batstra en collega's (2014b) pleiten om deze eerste stappen in de behandeling zonder kindgebonden psychiatrisch label uit te voeren, zodat kinderen waar mogelijk een classificatie bespaard blijft. Zij noemen deze aanpak stepped-diagnosis.

Als het gaat om opvoeding en opvoedondersteuning wordt er vaak als eerst aan ouders gedacht, maar leraren spelen hier ook een belangrijke rol in (Jerome et al., 2009; Hosan & Hoglund, 2017; Ladd et al; 2017). Leraren staan in direct contact met kinderen en zijn naast ouders vaak de eersten die indiceren dat een kind mogelijk ADHD kan hebben (McMahon 2012; Bied et al 2017; Metzger & Hamilton 2021; Brault et. al 2021). Ondanks deze indicatie voelen leraren zich vaak nog te onzeker om met deze gedragsproblematiek om te gaan (Pijl, 2010). Dit heeft mogelijk te maken met hun overwegend biomedische visie op ADHD (Visser et al., 2014; Wienen, 2019). Immers, als een leerkracht het gedrag toeschrijft aan een chronisch hersendefect, dan zal hij of zij waarschijnlijk minder effect van het eigen handelen verwachten (Te Meerman, et al., 2017).

Dat leraren dit perspectief hebben is niet verrassend aangezien de biomedische visie hedendaags de overhand heeft in de maatschappij. Zowel in de media (Baeyens et al., 2017; Ponnou & Gonon, 2017), in kinderboeken (Batstra et al., 2020) als in studieboeken (Te Meerman, 2019) overheerst de biomedische visie en schrijft men reïficerend over ADHD. De gevolgen hiervan zijn bijvoorbeeld een verkeerd begrip van de oorzaken, een focus op de tekorten van het kind als in de vorm van een handicap en niet weten welke positieve invloeden een leraar kan hebben op het drukke en dwarse gedrag (Moore et al., 2017; Te Meerman et al., 2017). In het kader van demedicalisatie blijkt dat de visie bij leraren wel beïnvloedbaar is van een overwegend biomedische visie naar een meer orthopedagogische visie doormiddel van de juiste voorlichting (De Zoete, 2020).

In tegenstelling tot onderzoek naar de doelgroep leraren is er weinig kennis en wetenschap beschikbaar over pedagogisch medewerkers terwijl ook pedagogisch medewerkers in nauw contact staan met kinderen, en dus een belangrijke rol kunnen hebben in het uitoefenen van invloed op gedrag. Zo gingen er in 2019 ongeveer 892.000 kinderen in Nederland naar een vorm van kinderopvang in een kindercentrum (CBS, 2020). Naar schatting wordt dit aantal met

het jaar groter. Gemiddeld gezien gaat een kind op de kinderopvang per jaar 571 uur naar de kinderopvang.

In het kader van de gevaren van overdiagnostiek vanuit een overwegend biomedische visie en gebrek aan onderzoek naar pedagogisch medewerkers is doel van dit onderzoek inzicht te krijgen in de visie op en perceptie van stoornissen van pedagogisch medewerkers op ADHD. Daarnaast is het doel te onderzoeken of er sprake is van een transitie in visie (d.w.z. van meer biomedisch naar meer orthopedagogisch) doormiddel van training en kennisverstrekking gegeven vanuit orthopedagogisch perspectief. Wanneer kan worden aangenomen dat de training effectief is in het bewerkstelligen van een transitie in visie kan dit mogelijk bijdragen aan het versterken van de kwaliteit van de pedagogische opvoedomgeving van kinderen die o.a. aansluit op het demedicaliseren van druk en ongeconcentreerd gedrag. Bovenstaand betoog resulteert in de volgende vier onderzoeksvragen: 1) *'Hoe kijken pedagogisch medewerkers voorafgaand aan de training tegen ADHD aan? 2) Hoeveel stoornissen zien de pedagogisch medewerkers op de groep? 3) 'Wat is het effect van de training op de visie van de pedagogisch medewerkers op ADHD?'* En 4) *'Wat is het effect van de training op het aantal gepercipieerde stoornissen door de pedagogisch medewerkers?'*

Op basis van de literatuur en de theoretische onderlegging van de training wordt er verwacht dat de pedagogisch medewerkers voorafgaand aan de training een overwegend biomedische visie op ADHD hebben, maar dat deze visie na de training meer verschoven is naar een meer orthopedagogisch perspectief. Aansluitend wordt verwacht dat de pedagogisch medewerkers na de training mogelijk ook minder stoornissen zien op hun groep.

Theoretisch kader

Dit theoretisch kader zal grondiger ingaan op de discutabele aannames binnen de dominante biomedische visie op ADHD en druk gedrag. Daarnaast zal worden ingegaan op de orthopedagogische visie en wordt een beeld geschetst van de stepped-care en stepped-diagnosis benadering als poging tot demedicalisatie. Afsluitend zal de essentiële rol van pedagogisch medewerkers aan bod komen.

ADHD en medicatie

Wie een classificatie ADHD heeft, maakt in een groot deel van de gevallen ook gebruik van medicatie. Stimulerende middelen bij de behandeling van gedragsproblemen in de kindertijd worden nu ongeveer 75 jaar gebruikt (Bradley, 1937). Medicatie die vandaag de dag veelal wordt voorgeschreven bij ADHD zijn methylfenidaat en amfetamine. Deze middelen hebben

als doel de concentratie te verhogen, de hyperactiviteit te onderdrukken en impulsen te beheersen. In de vorige eeuw zijn er al meerdere onderzoeken naar de effectiviteit van deze medicatievormen gedaan, waaruit blijkt dat er effectiviteit bestaat in het onder controle houden van ADHD (Garland, 1998; Spencer et al., 1996). In 1997 toonde Gillberg et al. al aan dat sprake was van aanhoudende positieve effecten bij medicatiegebruik voor zo'n 15 maand na de start van de eerste behandeling. Later werd ook aangetoond dat de positieve effecten zich kunnen uitbreiden tot 3 jaar na de start van behandeling (Murray et al., 2008; Craig et al., 2015).

De voormalig beschreven effecten lijken op nog langere termijn echter af te zwakken. Langetermijn medicatiegebruik lijkt het ADHD-gedrag niet meer te verminderen (Swanson et al., 2017). Dit zou kunnen doordat kinderen met de jaren dat ze ouder worden ook minder ADHD-gerelateerde symptomen hebben of doordat de medicatie incorrect wordt afgestemd (Jensen et al., 2007; Riddle et al., 2013; Vogt & Lunde 2018). Het voortzetten van medicatiegebruik op de lange termijn, tot zelfs in de adolescentie, leidt niet enkel tot een effectvermindering. Ook is door een omvangrijk Amerikaans onderzoek (Swanson et al., 2017) aangetoond dat bij lange termijn gebruik van ADHD-medicatie, significante groeivertraging op kan treden. Daarnaast wordt ADHD-medicatie geassocieerd met een verhoogde hartslag en bloeddruk, deze verhogingen geven een verhoogd risico op hart- en vaatproblemen op latere leeftijd (Torres-Acosta et al. 2020). Om voort te borduren op de risico's kan zich op korte termijn een scala aan bijwerkingen voor doen zoals langdurige slapeloosheid (Stein et al., 2003; Crescenzo; 2013), verminderd hongergevoel, hoofdpijn, gewichtsafname en buikpijn (Pan et al., 2021; Cortese et al. 2015; Ahmed et al. 2017; Holmskov et. al 2017).

Verbeterde schoolprestaties is in het algemeen een doel waarop wordt gericht bij het behandelen van kinderen met ADHD-gedrag. Medicatievoorschriften zijn hedendaags de meest gebruikte vorm om dit doel te tackelen (Wright et al., 2015). Dit kan samenhangen met het gegeven dat studies door de jaren heen beweren dat medicatiegebruik de schoolprestaties daadwerkelijk verbetert (Abikoff et al., 2004; Hechtman et al., 2004; Scheffler et al., 2009; Zoega et al., 2012; Prasad et al., 2013). Wat opvalt in een groot aantal studies die significante effecten op schoolprestaties door ADHD-medicatie beschrijven, is dat ze geen onderscheid maken in prestatievormen en verschillende vakken. Er wordt vaak gefocust op een meetinstrument waarbij het aantal correcte antwoorden wordt gemeten. Dit indiceert dat men louter het prestatie-aspect productiviteit meet en niet het aspect nauwkeurigheid (Kortekaas-Rijlaarsdam et al., 2018). In de grondige systematische review en meta-analyse van Kortekaas-Rijlaarsdam et al., (2018) waar prestatievorm en vakken wel werden onderscheiden in verschillende vormen, kwam naar voren dat er slechts kleine tot medium-grootte effecten te

zien zijn bij wiskundige vaardigheden of in het productiviteitsaspect. Er werd geen effect aangetoond omtrent de prestatienauwkeurigheid. Zogezegd betekent een vooruitgang in productiviteit door medicatiegebruik niet dat het kind ook daadwerkelijk kwalitatief betere schoolprestaties levert en betere cijfers zal halen. Naast dat Molina et al., in 2009 de effecten op schoolprestaties door medicatiegebruik al weerlegden, bevestigt deze studie nogmaals dat het effect hooguit minimaal is.

Zelfs als het effect wel zou worden aangenomen zal moeten worden afgevraagd of dit opweegt tegen alle bijkomende risico's van medicijngebruik en het feit dat op lange termijn het ADHD-gedrag niet vermindert. Door de geschetste voorbeelden is het de vraag of medicatiegebruik in kinderen niet meer kwaad dan goed doet.

Biomedische visie

De relatief hoge consumptie van ADHD-middelen kan in verband worden gebracht met de biomedische visie op ADHD. De biomedische visie richt zich op het biologische aspect van gedrag en ontwikkeling. Volgens de biomedische visie is ADHD een aanwijsbare, erfelijke, chronische hersendysfunctie die hyperactief, ongecontroleerd en impulsief gedrag veroorzaakt (Barkley, 2006; Zalsman & Shilton 2016). Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat de biomedische visie hedendaags de overhand heeft in de westerse cultuur. Zo blijkt bijvoorbeeld dat er veel voorlichtingsmaterialen beschikbaar zijn die een eenzijdige biomedische visie presenteren, zoals academische studieboeken (Te Meerman, 2019), kinderboeken (Batstra et al., 2020) en kranten (Gonon & Ponnou, 2017). Ook komen bepaalde biomedisch onderlegde wetenschappelijke artikelen meer aan het licht dan anderen doordat tijdschriften eerder geneigd zijn positieve bevindingen te publiceren dan artikelen over onderzoeken waar niets uitkomt (Glasziou & Chalmers, 2017). Veelal blijkt dan achteraf dat de spectaculaire positieve bevindingen veel minder daverend en krachtig zijn dan dat ze in eerste instantie leken.

Volgens verschillende wetenschappers (Biederman & Faraone, 2005; Fliers, Franke & Buitelaar, 2005) is ADHD voor 80% te verklaren door genen. De hoge erfelijkheid percentages worden met name gebaseerd op tweelingstudies (Batstra, 2017). Eeneiige tweelingen delen 100% dezelfde genen en twee-eiige tweelingen 50% dezelfde genen. Omdat eeneiige tweelingen vaker allebei aan de criteria voor ADHD voldoen dan twee-eiige tweelingen, trekt men de conclusie dat ADHD in de genen zit. Deze studies houden echter geen rekening met het feit dat eeneiige tweelingen door hun omgeving vaker hetzelfde behandeld worden als twee-eiige tweelingen, en bovendien vaak ook meer naar elkaar toetrekken. Dat kan er ook toe leiden

dat ze vaker hetzelfde gedrag vertonen dan dat twee-eiige tweelingen dat doen. Tweelingstudies kunnen de invloed van genen dus moeilijk onderscheiden van de invloed de van omgeving. (Taylor & Songuabarke, 2008; Furman, 2008; Te Meerman et al., 2017).

Moleculaire genetische studies kunnen context en de invloed van genen wel scheiden. Deze veel nauwkeurigere studies laten zien dat genen minder dan 10% van de variantie verklaren (Franke, Neale & Faraone, 2009; te Meerman et al., 2017). De bijdrage van genen aan het ADHD-gedrag is dus klein, en de veelgehoorde 80% uit tweelingstudies is een grove overschatting.

Volgens de van Dale (2019) heeft iemand met een chronische aandoening langdurig en aanhoudend last van dezelfde aandoening. In de DSM-5 (2013) en veel andere bronnen (Riddle et al., 2013; Turgay et al., 2011; Chacko et al., 2010) staat dat ADHD een chronische stoornis is. De grootschalige Multimodal Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (MTA) studie, laat echter het tegendeel zien (Molina et al, 2009). Na een follow-up van acht jaar bleek namelijk nog maar 30% van de ruim zeshonderd participanten aan de criteria van ADHD te voldoen.

Een laatste hier te bespreken biomedische aanname is dat ADHD een aanwijsbaar hersendefect zou zijn. Kinderen met ADHD zouden een kleiner hersenvolume en minder dopamine in het brein hebben (Hoogman et al., 2017; Faraone et al., 2015). Gevonden verschillen zijn echter enkel aangetoond op groepsniveau en gelden voor verreweg de meeste individuele kinderen niet (Te Meerman et al., 2017 & Bastra et al., 2017).

Ondanks gebrek aan solide bewijs dat ADHD een biomedische basis heeft blijft deze visie de hedendaags de sociale consensus (Erlandsson & Punzi 2016; Erlandsson & Punzi, 2017; Visser et al., 2014). Dat is jammer, want er is ook een goed beargumenteerde alternatieve zienswijze.

Orthopedagogische visie

De orthopedagogische visie focust zich op culturele aspecten, waarin een belangrijk uitgangspunt is dat druk en ongecontroleerd gedrag niet als een stoornis behandeld moet worden maar meer als een differentiatie op de norm (Timimi, 2017).

Bij de orthopedagogische visie wordt ADHD gereduceerd tot een begrip dat druk en ongecontroleerd gedrag beschrijft. Problematisch hyperactief, impulsief en ongecontroleerd gedrag wordt niet enkel toegewezen tot het kind in kwestie maar er is ook veel oog voor de context waarin dit gedrag ontstaat of als een probleem ervaren wordt (Batstra, 2017; Knorth, 2017). ADHD is hierin een overkoepelende benaming voor een reeks gedragskenmerken

(Batstra, 2017). Kinderen zijn een creatie van en reageren op hun sociale omgeving en juist deze omgeving kan invloed uitoefenen. Gedragsproblemen kunnen zo veroorzaakt, versterkt of in stand gehouden worden binnen een opvoedingssysteem (Ruijsenaars, van den Bergh & Drenth, 2012). Dit betekent ook dat door de juiste benaderingen en omgangsvormen het drukke en impulsieve gedrag, positief beïnvloed kan worden (Gezondheidsraad, 2014).

Met een focus gericht op context heeft de orthopedagogische visie de voorkeur op niet-medicamenteuze behandelingsvormen. Hierin wordt niet enkel behandeling geboden voor het kind in kwestie maar ook voor de omgeving in het algemeen, bijvoorbeeld ouders, leraren en pedagogisch medewerkers in de kinderopvang.

Demedicaliseren

Een poging tot het verschuiven van de overheersende medicamenteuze behandelingsvormen bij ADHD naar een niet medicamenteuze behandelingsvorm is een voorbeeld van demedicaliseren. Maar demedicaliseren is breder dan alleen het minder inzetten van medicatie. Om het begrip demedicaliseren te verklaren zal eerst het begrip medicaliseren moeten worden toegelicht.

Medicaliseren betekent ‘medisch maken’. Het omschrijft het definiëren van een probleem in medische termen, meestal als een ziekte of een stoornis, waarbij het ook wordt onderzocht en behandeld met medische onderlegging (Conrad, 2005). Het is een proces dat gecreëerd is door culturele en sociale condities en kan worden vergroot door zowel ontwikkelingen binnen als buiten de geneeskunde (Conrad, 2005; Rose, 2007). Medicaliseren omvat vaak nieuwe diagnoses gebaseerd op een verbreed begrip van situaties waarin mensen voordelen ervaren van medische betrokkenheid. Dit resulteert in het verbreden van medische grenzen; steeds meer gedragingen en emoties worden tot stoornis verklaard (van Wijk et al., 2016).

Medicaliseren is niet per definitie een negatieve ontwikkeling, in bepaalde gevallen kan worden bediscussieerd dat het ook een voordeel kan hebben. Ongeacht mogelijke positieve perspectieven in medicalisering moet in acht genomen worden dat niet alles wat als sociaal en cultureel ongepast wordt ervaren ook daadwerkelijk binnen het label van medische grenzen moet vallen.

Demedicaliseren is de tegenhanger van het begrip medicaliseren (Halfmann, 2012). Kort gezegd beduidt het begrip dat het ervaren probleem zich niet definieert tot medische verklaringen. Demedicaliseren is een reactie op het socioculturele proces van medicaliseren waarin niet elk probleem hoeft te worden verwerkt in medische termen en behandelingen. Het is een tegenreactie op een diagnostisch inflatieproces. In geval van ADHD verwijst

demedicaliseren dus niet alleen naar het minder inzetten van medicatie, maar ook naar het minder snel labelen van druk en ongeconcentreerd gedrag als psychiatrische stoornis (Halfmann, 2012).

Stepped care

Een mogelijkheid om demedicalisatie op gang te brengen is het volgen van stepped care. Stepped care is een onderdeel van hulp in de gezondheidszorg waarin behandelingen worden aangeboden met verschillende intensiteiten. Centraal staat hier dat de eerstelijnsbehandeling de minst invasieve is van alle beschikbare soorten behandelwijzen en ook significant effectief is in het creëren van een verbeterde gezondheid (Bower & Gilbody, 2005). De meer intensieve behandelingen worden op die manier vrijgehouden voor diegenen die geen baat hebben bij de eerstelijns behandelingsoptie. Kort gezegd, als een behandeling niet het gewenste resultaat behaalt zou er een ‘stapje hoger’ moeten worden gegaan betreffende de behandelingsoptie. In geval van psychische problematiek zou een behandeling met medische onderlegging worden bewaard als laatste optie voor de zwaardere gevallen waarbij andere behandelmethodes niet effectief bleken te zijn (Batstra et al., 2014).

Stepped diagnosis

Stepped diagnosis is een uitbreiding op stepped care. Hier is een classificatie niet een vereiste voor de eerste stappen in een behandeling en zou behandeling ook zonder classificatie toegankelijk moeten zijn voor kinderen die erom vragen en/of het nodig hebben (Batstra et al., 2014). Het doel van stepped diagnosis is het voorkomen van kindgebonden overclassificatie, zonder onderbehandeling te riskeren.

De eerste stap is het verzamelen van informatie over het kind vanuit meerdere bronnen, zoals school en familie. Zijn de problemen dusdanig urgent zou na deze stap direct overgaan moeten worden naar stap zes. Milde en matige gevallen gaan naar stap 2. Stap twee betreft het uitzoeken van mogelijke logische verklaringen voor het ervaren storende gedrag; het hoort bijvoorbeeld bij de ontwikkelingsfase of het is een reactie op een stresserend life-event. Stap drie is ‘watchful waiting’. Dit betreft het monitoren van het gedrag zonder diagnose of actieve behandelvorm. Mochten problemen blijven bestaan, wordt er overgegaan op stap vier; een minimale interventie waarin niet gesproken wordt over psychiatrische stoornissen maar in termen van rusteloosheid, gedrags- en/of concentratieproblemen. Blijkt een minimale interventie niet genoeg wordt er tijdens stap vijf een lichte begeleiding geboden in de vorm van het aanleren van ‘coping skills’. Wanneer alle stappen onvoldoende blijken raadt stap zes ten

laatste aan om het kind door te verwijzen naar een psychiater o.i.d. voor diagnostiek en behandeling (Thomas, Mitchel & Batstra, 2013).

Door gebruik van stepped diagnosis wordt classificerende diagnostiek uitgesteld en wordt de kans op valse negatieven en valse positieven verkleind (Batstra & Frances, 2012). Volgens Batstra et al. (2012) zijn er nog andere voordelen van een stepped diagnosis aanpak. Tijd en geld kan bijvoorbeeld worden bespaard op onnodige classificerende procedures. Daarnaast blijkt dat er redelijk veel mensen zijn die er bewust voor kiezen om geen professionele hulp te zoeken in het kader van het ontwijken van het krijgen van een label en de stigmatisering die erbij kan komen kijken (Ben-Zeev et al., 2010). Door het invoeren van stepped diagnosis kan de drempel voor deze gezinnen om professionele hulp te zoeken worden verlaagd (Batstra et al., 2012).

Het belang van pedagogisch medewerkers

Een behandelingsvorm vanuit orthopedagogische visie kan toegepast worden op ouders, maar ook andere contacten van het kind kunnen betrokken worden zoals leraren en pedagogisch medewerkers. Bijzonder is dat pedagogisch medewerkers een doelgroep is die hedendaags maar weinig in wetenschappelijke literatuur te vinden is, in vergelijking met leraren. Dit terwijl de kinderopvang actief bijdraagt aan de ontwikkeling van kinderen (NJI, 2021). Het Nederlands Jeugd Instituut haalde in 2011 al aan dat ook pedagogisch medewerkers in hun opleiding zouden moeten leren om met (moeilijk) kindergedrag om te gaan aangezien eerder al was aangetoond dat het aanleren van bepaalde vaardigheden aan pedagogisch medewerkers het welbevinden en de ontwikkeling van kinderen bevordert (Meij, Zevalkink & Hubbard, 1994; Rixsen-Walraven, 2006).

In 2018 is er een nieuwe wet ingevoerd. De wet Innovatie en Kwaliteit Kinderopvang (IKK). Deze wet is gericht op het invoeren van kwaliteitsmaatregelen om bij te dragen aan een goede start voor kinderen in het basisonderwijs en de samenleving. Er wordt van de pedagogisch medewerker verwacht dat hij/zij onder andere de juiste kennis en vaardigheden bezit om kwalitatief goede kinderopvang te verzorgen. Uit de Landelijk Kwaliteitsmonitor Kinderopvang (Slot et al., 2019) blijkt echter dat pedagogisch medewerkers nog laag scoren op educatieve kwaliteit. Het huidige onderzoek is dan ook een poging om kennis over deze doelgroep te verbreden en inzichten te creëren waarmee pedagogisch medewerkers hopelijk ondersteund kunnen worden ter aansluiting op het IKK.

Methode

Design

Dit quasi-experimentele onderzoek is onderdeel van het project Druk & Dwars dat focust op het verminderen van biomedische denkwijzen van ouders en professionals middels lezingen, voorlichtingen en trainingen op het gebied van ADHD en druk en dwars gedrag.

De doel- en vraagstellingen van dit onderzoek zullen worden onderzocht met behulp van een methodische triangulatie in de vorm van een mixed-method model. Door hier gebruik van te maken ontstaat een vollediger beeld van de effectmeting tijdens dit interventieonderzoek. Het kwantitatieve onderzoek is leidend voor het kwalitatieve aspect van het onderzoek. Er wordt onderzocht of de kwalitatieve data de kwantitatieve data kunnen verklaren, verdiepen of in een betere context kunnen plaatsen.

Participanten

De onderzoekspopulatie bestaat uit pedagogisch medewerkers werkzaam bij Stichting Kinderopvang Stad Groningen (SKSG). In het noorden van Nederland worden hier zo'n 7000 kinderen opgevangen door ongeveer 1000 pedagogisch medewerkers (SKSG, 2021). De participanten voor de experimentele groep zijn geworven doormiddel van een gemakssteekproef; aanmeldingen op een nieuwsbrief oproep die werd aangeboden bij de SKSG-locaties. In deze nieuwsbrief werden de pedagogisch medewerkers geïnformeerd over de mogelijkheid tot deelname aan de training en het onderzoek.

De pedagogisch medewerkers die zich aanmeldden voor de training en consent gaven voor deelname aan het onderzoek, via de informatie- en het toestemmingsformulier (bijlage 1 & 2) vormden de experimentele onderzoeksgroep. In één trainingsgroep konden maximaal 15 deelnemers meedoen. Inclusiecriteria voor de onderzoeksgroep zijn dat de cursist een pedagogisch medewerker van SKSG is en niet eerder aan een Druk & Dwars training heeft meegedaan. Pedagogisch medewerkers van de buitenschoolse opvang (BSO), het kinderdagverblijf (KDV) en gastouders werden geïnccludeerd. De experimentele groep deed geheel mee op basis van zelfselectie.

Bij aanvang van het onderzoek omvatte de totale steekproef 65 participanten, waarvan 40 participanten in de experimentele groep (61.5%) en 25 in de controlegroep (38.5%). Hiervan hebben 58 (89.2%) de voormeting, 46 (70.8%) de nameting en 37 (56.9%) de follow-up meting ingevuld. De experimentele groep is in drie groepen verdeeld. De participanten kwamen van 28 verschillende SKSG-locaties in de provincie Groningen. Hiervan waren 31 (47.7%) werkzaam in de BSO, 9 (13.8%) werkzaam in het KDV en 19 (29.2%) werkte in een andere vorm van opvang. 59 (90.9%) is werkzaam als pedagogisch medewerker en 6 (9.2%) zijn

ongespecificeerd. Het gemiddelde aantal werkjaren van een participant bedroeg 8 jaar met een minimum van 0 jaar en een maximum van 35 jaar. De gemiddelde leeftijd van de steekproef is 35 jaar met een minimum van 18 en een maximum van 61 jaar. Van de totale steekproef waren er 8 man (12.3%) en 51 (78.6%) vrouw, 6 (9.2%) zijn ongespecificeerd.

Er is geen sprake geweest van toewijzing op basis van randomisatie als het gaat om het wel of geen training volgen. De trainingen waren al gepland toen het onderzoek startte. Zo was er niet op voorhand een controlegroep gevormd. Dit is op creatieve wijze opgelost door iedere deelnemer te vragen om zelf aan een collega, die de training niet volgde, te vragen om de vragenlijst in te vullen. Voor de controlegroep gelden dezelfde inclusie en-exclusievoorwaarden als voor de onderzoeksgroep.

Vanuit de experimentele groep zijn interview participanten geworven. In de vragenlijst behorend bij de nameting werd de optie gesteld voor benadering voor het interview. In totaal waren er 12 (30.0%) aanmeldingen. Door non-respons of afzegging hebben er uiteindelijk 4 (10.0%) participanten deelgenomen.

De training

Doel van de training is de visie op ADHD van pedagogisch medewerkers proberen te veranderen doormiddel van het aanleren van nieuwe kennis, bewustwording en het systematisch(er) toepassen van kennis. Deze kennis kan ingezet worden bij alle kinderen, in het bijzonder de drukke en dwarse kinderen.

Een trainingsgroep bestaat uit tien tot vijftien pedagogisch medewerkers die geregistreerd zijn bij de SKSG. De trainingsgroep wordt geleid door twee trainers die intensief zijn opgeleid om de training en bijbehorende methodiek te geven. De training bestaat uit zes bijeenkomsten waarvan één follow up bijeenkomst die zes tot acht weken na de vijfde bijeenkomst gehouden wordt. Inhoudelijk is de training gericht op het verbinden van de theorie met de praktijk door te werken met ontwikkeldoelen en praktijkopdrachten. De training bestaat uit vijf onderdelen. Globaal focussen deze onderdelen zich op randvoorwaarden, preventie, reageren, kijken achter gedrag en reflectie. De trainees krijgen theoretische informatie over ADHD en druk gedrag, alsmede praktische handvatten voor het omgaan met druk en dwars gedrag op de groep. Na elke bijeenkomst zijn er tussentijdse opdrachten die aan de trainee worden meegegeven als 'huiswerkopdracht'. De opdrachten tackelen de besproken stof van de voorgaande bijeenkomst. Er wordt van de trainee verwacht dat ze de besproken stof en methodiek gaan toepassen in de praktijk van de kinderopvang, en de resultaten noteren en evalueren met een cursuspartner.

Meetinstrumenten

De gebruikte vragenlijst is samengesteld door onderzoekers werkzaam bij het project 'Druk & Dwars' en wordt op drie meetmomenten afgenomen (bijlage 3, 4 & 5). De voormeting, nameting en follow-up meting. De vragenlijst bestaat tijdens de voormeting uit een pakket met drie onderdelen. Een informatiebrief, een toestemmingsformulier voor het verwerken van persoonlijke gegevens en de vragenlijst. Voor het huidige onderzoek worden alleen de vragen over visie op ADHD en de vraag over het aantal gepercipieerde stoornissen gebruikt. De acht stellingen gericht op de visie op ADHD kunnen worden beantwoord doormiddel van een vierpunts Likertschaal (1= helemaal eens, 2= deels eens, 3 = deels oneens & 4= helemaal oneens). Er is gekozen voor een optie met vier antwoordmogelijkheden om een duidelijke visie naar voren te laten komen. De stellingen zijn biomedisch onderlegd. Cumulatief kan er een maximale score behaald worden van 32 en een minimale score van 8. Hoe hoger de score op de Likertschaal, hoe waarschijnlijker de participant een orthopedagogische visie heeft op ADHD. Hoe lager de score, hoe waarschijnlijker dat de participant een biomedische visie heeft op ADHD. De acht stellingen kwamen in elke vragenlijst aan bod (voormeting – nameting – follow-up). Hiermee werd de mate van verandering in de visie, door de tijd, op ADHD geschetst. Doormiddel van Cronbach's Alpha is berekend in hoeverre de stellingen hetzelfde meten (bijlage 10). De voormeting, (acht items, $\alpha = .635$), de nameting (acht items, $\alpha = .887$) en follow-up meting (acht items, $\alpha = .859$) kunnen als betrouwbaar worden geacht (Bland & Altman, 1997).

Alle kwantitatieve data zijn verzameld op basis van vragenlijsten die fysiek worden uitgedeeld aan de deelnemers en hun zelf uitgekozen controles. De controles kregen exact dezelfde vragenlijsten in dezelfde weken als de trainees.

Het interview is een semigestructureerd diepte-interview. Doel is meer informatie te verkrijgen dan enkel kwantitatieve data kunnen geven. Voorafgaand is een interview leidraad samengesteld met de belangrijkste gesprekspunten. Deze is gebaseerd op de vragenlijsten zodat de data met elkaar vergeleken kan worden. In het interview werd gevraagd naar de visie op ADHD en druk & dwars gedrag, de ervaringen met de training en het aantal gepercipieerde stoornissen op de groep. De verwerking van het interview verliep middels een inductieve thematische analyse. Na de gevonden thema's en bijbehorende codes is een lege kopie gemaakt van het databestand en het codeboek in Atlas.ti. Deze is verstuurd naar een medestudent die vervolgens ter controle de transcripten heeft gecodeerd met bijbehorend codeboek. Naderhand is de mate van overeenstemming tussen onderzoekers berekend op de gecodeerde transcripten,

doormiddel van Cohen's Kappa in Atlas.ti. Hieruit blijkt dat de betrouwbaarheid van de data ligt op .762. Dit maakt dat de betrouwbaarheid acceptabel is (McHugh, 2012; Stemler; 2004). De tijdsduur van het interview bedroeg zo'n 45 tot 60 minuten.

Variabelen

De visie op ADHD van de pedagogisch medewerkers vóór de training aan (voormeting) wordt vergeleken met hun visie op ADHD na 5 weken training volgen (nameting) en een korte tijd na het afronden van de training, 4 tot 6 weken (follow-up). De onafhankelijke variabele betreft het wel of niet volgen van de training en de afhankelijke variabele betreft de visie op ADHD en daarnaast het aantal stoornissen dat op de groep wordt gezien.

Procedure

De trainingen zijn verzorgd door de organisatie Druk en Dwars, een groepsbijeenkomst duurde per keer drie uur. Voor het meten van de effecten hebben de trainers de experimentele groep tijdens de voor, na en follow-up meting de fysieke vragenlijst gegeven. Er is gekozen om een follow-up meting toe te voegen om te kunnen onderzoeken of het mogelijke effect op de visie en het aantal gepercipieerde stoornissen voor een langere tijd blijft bestaan. Het invullen van een vragenlijst bedroeg zo'n 10 minuten per meting. De vragenlijsten werden zelfstandig ingevuld en de respondenten werden gevraagd niet te overleggen. Door omstandigheden is voor groep 2 gekozen om de follow-up meting online af te nemen. Dit geldt ook voor wanneer er in groep 3 en 4 sprake was van ziekte.

De interviews zijn afgenomen na de nameting. De respondenten die tijdens de nameting hun gegevens achterlieten voor deelname zijn benaderd via e-mail of telefoon. Bij geen reactie is na een week nog een herinnering verstuurd. Via de mail werd een informatie- evenals toestemmingsformulier verstuurd (bijlage 6 & 7).

Analyse

De resultaten zijn deels verzameld middels fysieke vragenlijsten en deels middels het onlineprogramma Qualtrics. De vragenlijsten zijn verwerkt en geanalyseerd in het programma Statistical Package for the Social Sciences versie 28.0 (SPSS). De kwalitatieve data zijn verwerkt in het programma Atlas.ti Qualitative Data Analysis. Er volgt een beschrijving van de gebruikte analysetechnieken.

De eerste en tweede deelvraag, "*Hoe kijken pedagogisch medewerkers voorafgaand aan de training tegen ADHD?*" en: "*Hoeveel stoornissen zien ze op hun groep voorafgaand aan de training?*" zijn kwantitatief geanalyseerd. Gemiddelde scores van de totaalgroep

pedagogisch medewerkers op de voormeting zijn berekend en worden weergegeven in een visuele schaal. Het gemiddelde aantal gepercipieerde stoornissen op de groep is ook berekend en wordt beschrijvend weergegeven.

Voor de derde deelvraag *‘Wat is het effect van de training op de visie van de pedagogisch medewerkers werkend in de SKSG-omgeving?’* en de vierde deelvraag *‘Wat is het effect van de training op het aantal gepercipieerde stoornissen door de pedagogisch medewerkers werkend in de SKSG-omgeving?’* is gebruikt gemaakt van zowel een kwantitatieve als kwalitatieve analysemethode. Het kwantitatieve deel van deelvragen zou in eerste instantie doormiddel van een mixed ANOVA worden beantwoord. Echter bleek na werving dat het databestand voor 28.2% uit missende data bestond (bijlage 9a). Ter controle voor een mogelijke multiple imputation werd het patroon van de missende data getoetst. Hieruit is bij benadering gebleken dat er een systematisch patroon bestond (bijlage 9b & c). Ter beperking van bias is overgegaan op beschrijvende statistiek en ongepaarde t-toetsen. De gemiddelde totaalscores op de voormetingen van zowel de experimentele – als controlegroep zijn berekend en worden weergegeven met beschrijvende statistiek. Een ongepaarde t-toets is vervolgens uitgevoerd om groepsgemiddelden met elkaar te kunnen vergelijken. Voorafgaand aan de ongepaarde t-toets is gecontroleerd op bijbehorende assumpties. Aan de assumpties meetniveau (interval) en onafhankelijkheid tussen groepen is voldaan. De assumptie van normaliteit is getoetst middels histogrammen, boxplots en Q-Q plots voor elke afzonderlijke groep (bijlage 11, 12 & 13). De Shapiro-Wilk test weergeeft voor de score op de voormeting visie experimentele groep: $W(19) = 814, p = .002$. Op basis van de figuren en de Shapiro-Wilk test bleek dat de voormeting normaliteit schendt ($W(19) = 814, p = .002$). In dit geval is overgegaan op een Mann-Whitney U toets voor de voormeting aangezien deze geen normale verdeling veronderstelt (Mann & Whitney, 1947). De Mann – Whitney U test is uitgevoerd om te toetsen of de gemiddelde totaalscores tussen de groepen op de voormeting significant van elkaar verschilden. Er was geen sprake van significante verschillen bij een significantieniveau van $\alpha = .05$ ($U = 358, z = -.497, p = .619$). Vervolgens zijn onafhankelijke t-toetsen uitgevoerd voor elke meting. De verwachting was dat de groepsgemiddelden na de training meer uit een zouden lopen. Deze verwachting veronderstelde dat er voor de experimentele groep een transitie zou plaatsvinden richting een meer orthopedagogische visie, waarin voor de controlegroep geldt dat deze rond een meer biomedische visie zou vallen gedurende elk meetmoment. Voorafgaand aan het uitvoeren van de ongepaarde t-toets is middels een boxplot (bijlage 13) getoetst op eventuele uitbijters. Er bleek sprake van een uitbijter. Op basis van tijdelijke verwijdering (Taylor, 2009) zijn de toetsen nogmaals uitgevoerd zonder de uitbijter.

Hier bleken geen significante verschillen te zijn op de algehele effecten waardoor de uitbijter is meegenomen in het onderzoek.

Het kwantitatieve deel voor deelvraag vier, gericht op het aantal gepercipieerde stoornissen is op vergelijkbare wijze geanalyseerd als deelvraag drie. Allereerst zijn beschrijvende statistieken berekend voor beide groepen op alle meetmomenten. Na de beschrijvende statistieken is middels een ongepaarde t-toets onderzocht of de voormetingen significant van elkaar verschilden op de afhankelijke variabele ‘aantal gepercipieerde stoornissen op de groep’. Voorafgaand het uitvoeren van de ongepaarde t-toets is onderzocht of aan bijbehorende assumpties is voldaan. Aan de assumpties meetniveau (interval) en onafhankelijkheid tussen groepen is voldaan. De assumptie van normaliteit is getoetst en weergeeft dat alle metingen van de experimentele groep normaliteit schenden bij $\alpha = .05$, ($W(25) = .856, p = .002$; $W(25) = .910, p = .030$; $W(25) = .873, p = .005$). De histogrammen en QQ-plots laten ook geen gehele normale verdeling zien (bijlage 15 & 16). De metingen voor de controlegroep waren allen normaal verdeeld (bijlage 15 & 16). Door schending van assumpties is een Mann-Whitney U toets uitgevoerd om na te gaan of de scores op de voormeting tussen de groepen significant van elkaar verschilden. Hier bleek geen sprake te zijn van een significant verschil ($U = 259, z = -1.765, p = .078$). Aangezien alle experimentele groepen sprake was van schending van normaliteit is voor alle meetmomenten de Mann-Whitney U toets uitgevoerd als non-parametrische variant op de ongepaarde t-toetsen.

Er bleken 7 uitbijters op de voormeting van de experimentele groep en 1 op de nameting experimentele groep (bijlage 17) Op basis tijdelijke verwijdering zijn de toetsen nogmaals uitgevoerd zonder de uitbijters. Hier bleken bij benadering geen significante verschillen te zijn op de algehele effecten waardoor besloten is, met het gegeven dat de steekproef al klein is van zichzelf, de uitbijters mee te nemen in het onderzoek (Taylor, 2009).

Het kwalitatieve deel voor deelvragen 3 en 4 is verwerkt op basis van een thematische analyse aangezien deze manier bruikbaar is voor zowel kleine als grote steekproeven en de flexibiliteit bezit om te stoppen met werven wanneer het verzadigingspunt is bereikt (Clarke & Braun, 2013; Verhoeven 2020). Allereerst zijn demografische gegevens verzameld van de participanten. Na afname zijn de interviews getranscribeerd tot tekstverslagen. Hierna is de thematische analyse van start gegaan waar begonnen met een oriëntatie op de gegevens doormiddel van lezen en herlezen. Vervolgens is de data gefragmenteerd, de tekst werd opgedeeld in samenhangende delen. De fragmenten werden voor het beantwoorden van de deelvragen opgedeeld tot codes doormiddel van open coderen (Straus & Cobin, 1994). Door gebruik van axiaal coderen werden overkoepelende codes samengebracht onder een passende

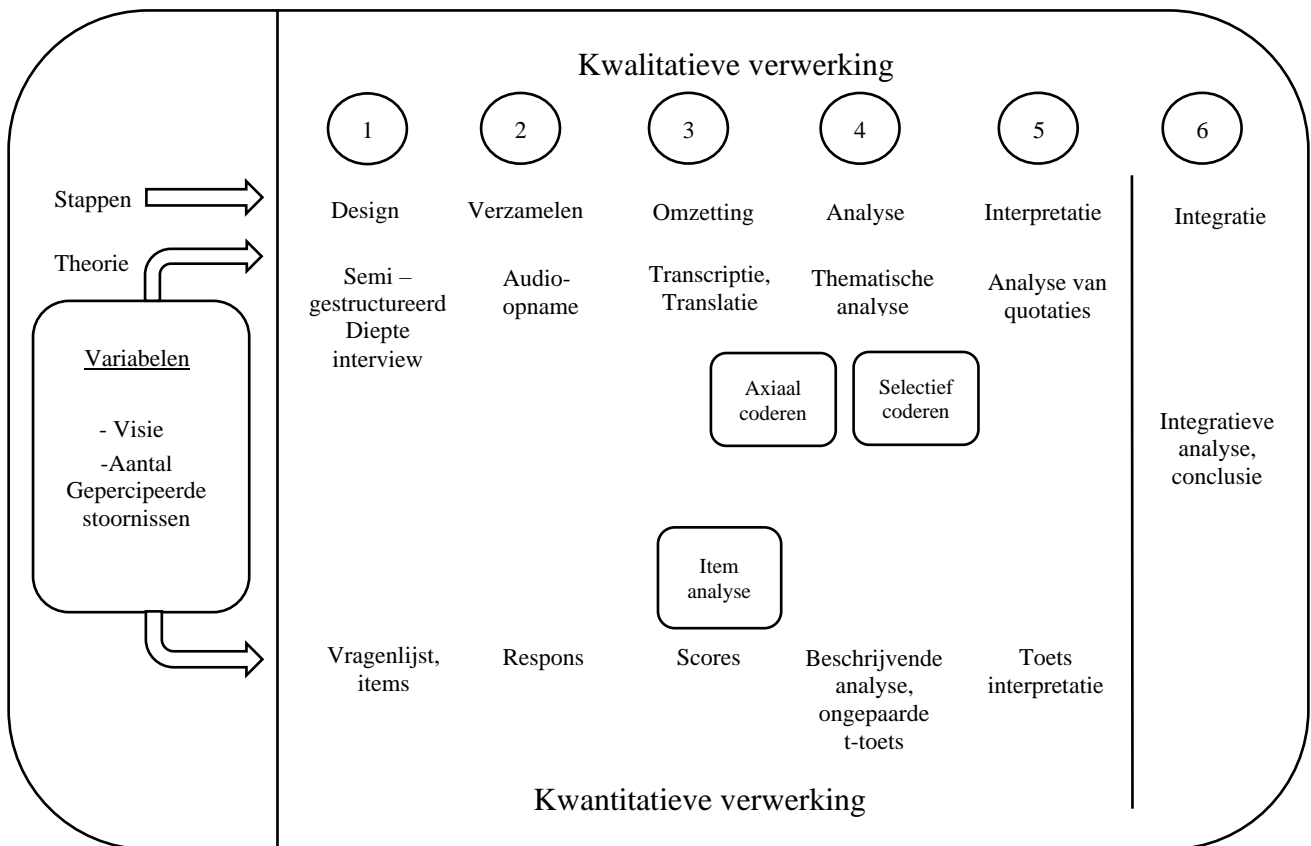
code. Na revisie en herordening zijn de samenhangende codes en codegroepen verwerkt tot netwerken. Deze netwerken weergeven verbanden tussen de codegroepen ter ondersteuning van theorievorming. Passende thematische benamingen zijn toegewezen aan de gevormde codegroepen. Doormiddel van selectief coderen werden passende thema's gevonden die geïntegreerd konden worden met de kwantitatieve data ter theorie- en conclusievorming.

Om de betrouwbaarheid van het codeerproces te vergroten is er sprake geweest van iteratie en is zijn de transcripten gecodeerd door een medestudent. De codes en thema's zijn gereviseerd en verfijnd tot er tot een consensus gekomen was tussen beide beoordelaars om de interbeoordelaars betrouwbaarheid te vergroten.

Ter samenvatting wordt het gebruikte mixed-method model schematisch weergegeven in figuur 1.

Figuur 1

Schematische weergave mixed-method model



Ethische aspecten

Dit onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie van de Rijksuniversiteit van Groningen. Voor het verwerken van (persoons)gegevens en geluidsopnames is ten alle tijden schriftelijke toestemming alsmede mondelinge toestemming gevraagd bij de respondent. De respondent werd middels een informatiebrief alle informatie aangeboden omtrent het onderzoek ter bevordering van transparantie. In deze brief werden zaken benadrukt zoals vertrouwelijkheid, vrijwillige deelname, pseudonimisering en recht op weigering of stopzetten deelname. Ook kwam ter sprake dat data ten alle tijden mocht worden opgevraagd en verzoek op verwijdering mocht worden geëist. Tenslotte zijn contactgegevens van alle betrokken onderzoekers aangeboden voor het geval er vragen bij de respondent waren. Bij instemming tot deelname aan het onderzoek werd altijd verzocht om een handtekening. De respondent heeft recht op een kopie van het ingevulde werk. Persoonsgegevens zijn in het onderzoek onherleidbaar en verwerking hiervan is in lijn met de Algemene verordening gegevensbescherming (2016). Alle data zijn opgeborgen in een veilige, gesloten omgeving van de universiteit van Groningen.

Resultaten

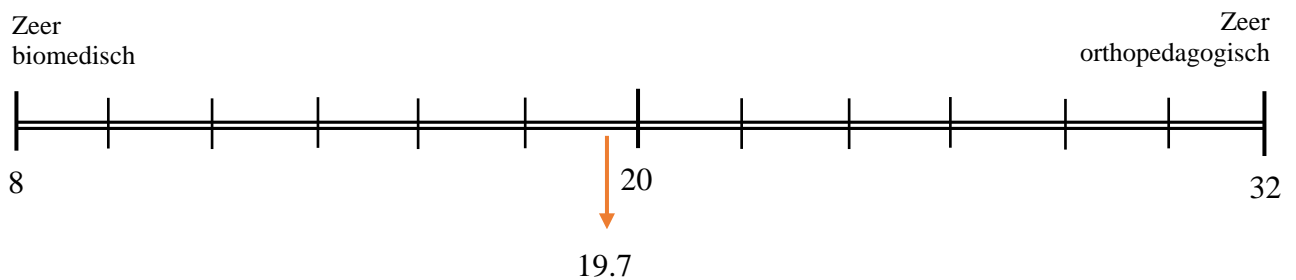
Om de onderzoeksvragen te beantwoorden worden in deze sectie de resultaten gepresenteerd op de kwantitatieve en kwalitatieve effectmeting. Als eerst zal de visie van pedagogisch medewerkers voorafgaand aan de training gepresenteerd worden. Vervolgens zal het effect van de training op de visie worden gepresenteerd middels uitgevoerde toetsen en daarna het effect volgens de kwalitatieve data. Tenslotte volgt de impact van de training op het aantal gepercipieerde stoornissen voor zowel de kwantitatieve als kwalitatieve resultaten

Visie van pedagogisch medewerkers voorafgaand aan de training

In figuur 2 wordt een visuele schaal weergegeven voor de gemiddelde gemeten visie van pedagogisch medewerkers op de voormeting. Op de bijbehorende stellingen (bijlage 3) is de minimale totaalscore van 8 en een maximale totaalscore 32 te behalen. Een lagere totaalscore representeert een overwegend biomedische visie, en een hogere totaalscore een overwegend orthopedagogische visie. De laagste totaalscore in de steekproef tijdens de voormeting bedroeg 12 en het hoogste 28. De gemiddelde totaalscore laat een iets meer overwegend biomedische visie zien ($N = 58$, $M = 19.41$, $SD = 3.63$).

Figuur 2

Gemiddelde visie van pedagogisch medewerkers op de voormeting



Het gepercipieerde aantal stoornissen op de groep bij pedagogisch medewerkers voorafgaand aan de training

De pedagogisch medewerkers rapporteren op de voormeting een gemiddeld aantal gepercipieerde stoornissen van 2.17 ($N = 57$, $SD = 1.81$). Het minimum is hierbij 0 en het maximaal aantal gerapporteerde (vermoedens van) stoornissen is 7.

Het effect van de training op de visie van pedagogisch medewerkers: kwantitatieve resultaten

In Tabel 1 zijn beschrijvende statistieken van de voormeting, nameting en de follow-up weergegeven voor de experimentele groep als de controlegroep.

Tabel 1

Beschrijvende statistieken van de voormeting, nameting en follow-up op visie op ADHD

	Tijd	N	<i>M</i>	SD	Min - Max
Experimenteel	Voormeting	37	19.65	3.521	13.00 – 28.00
	Nameting	29	25.00	5.056	12.00 – 32.00
	Follow-up	27	24.41	5.846	11.00 – 32.00
Controle	Voormeting	21	19.00	3.860	12.00 – 26.00
	Nameting	17	19.41	3.658	12.00 – 26.00
	Follow-up	11	20.00	4.670	9.00 – 26.00

De experimentele ($M = 19.65$, $SD = 3.521$) en controlegroep ($M = 19.00$, $SD = 3.658$) hebben een vergelijkbaar gemiddelde op de voormeting. In de voormeting was sprake van schending van assumpties. Daarom is voor de voormeting de Mann-Whitney U test opgenomen (tabel 2), deze weergeeft geen significante verschillen tussen de experimentele- en controlegroep op de

visie op ADHD ($U = 358$, $z = -.497$, $p = .619$). Dit betekent dat beide groepen bij aanvang van het onderzoek overeenkomend scoren op de visie.

Tijdens de nameting gaan de gemiddelde totaalscores op visie meer uiteenlopen. De experimentele groep weergeeft een gemiddelde totaalscore die sterk richting de orthopedagogische visie verschuift ($M = 25.00$, $SD = 5.056$). In tegenstelling tot de controlegroep die een nagenoeg onveranderde gemiddelde totaalscore laat zien ($M = 19.41$, $SD = 3.658$). Op de nameting kan worden aangenomen dat de varianties tussen de experimentele- en controlegroep gelijk zijn ($F = .563$, $p = .457$). De onafhankelijke t-toets (tabel 2) laat zien dat de gemiddelde totaalscores op de afhankelijke variabele tussen de experimentele- en controlegroep significant van elkaar verschillen op de nameting ($t(45) = 4.266$, $p < .001$). De experimentele groep scoort hierin 5.59 punten hoger op de gemiddelde visie dan de controlegroep, 95% CI [3.30, 9.15]. De bijbehorende effectgrootte is volgens Hedges's g 1.16. Dit weergeeft een groot effect (Hedges, 1981; Ellis, 2010). Dit betekent dat de experimentele groep daadwerkelijk een meer orthopedagogische visie heeft op de nameting dan de controlegroep.

De onafhankelijke t-toets laat tijdens de follow-up meting zien dat het significante verschil op de afhankelijke variabele wordt voortgezet. De gemiddelde totaalscore op de afhankelijke variabele blijft voor de experimentele groep meer orthopedagogisch van aard in de follow-up ($M = 24.41$, $SD = 5.846$). De controlegroep blijft in vergelijking meer biomedisch ($M = 20.00$, $SD = 4.670$). De experimentele groep scoort 4.41 punten hoger op de afhankelijke variabele dan de controlegroep, 95% CI [.273, 6.341]. De varianties tussen de groepen zijn substantieel ($F = 5.714$, $p = .022$). Dit verschil is significant ($t(30.41) = 1.694$, $p = .034$). Het bijbehorende effect is van gemiddelde grootte, $g = .614$ (Hedges, 1981; Ellis, 2010). Opvallend is de gemiddelde toename op de follow-up meting in de controlegroep van 19.41 naar 20.00. Deze toename in de controlegroep blijkt volgens een gepaarde t-toets echter niet significant ($t(9) = -.519$, $p = .616$).

Tabel 2

Ongepaarde t-toets en Mann-Whitney U test op visie op ADHD tussen experimentele- en controlegroep

	Levene's test for Equality of Variances								Mann-Whitney U
	F	Sig.	t	df	Lower	Upper	Two-sided	Sig.	
Voormeting	-	-	-	-	-	-	-	-	.619
Nameting	Equal variances assumed	.563	.457	4.266	45	3.299	9.146	<.001*	-
Follow-up	Equal variances not assumed	5.714	.022	1.694	30.41	.273	6.341	.034	-

Noot. Wanneer de gegevens niet worden gepresenteerd betekent dit dat bijbehorende toets niet is uitgevoerd. * Het gemiddelde verschil is significant bij $\alpha = .05$.

Het effect van de training op de visie van pedagogisch medewerkers: kwalitatieve resultaten

In de volgende resultaten wordt ingegaan op het kwalitatieve aspect van de variabele visie. In tabel 3 wordt een schema weergegeven waarin gevonden thema's worden gepresenteerd voor de afhankelijke variabele. In de tweede kolom volgt een beschrijving van de gevonden thema's waarnaast in de derde kolom een voorbeeld uitspraak wordt weergegeven die het thema typeert.

De vier participanten waren allen vrouw, waarvan drie op de buitenschoolse opvang (BSO) werkten en een op een kinderdagverblijf (KDV). De participanten hadden een leeftijd van 26, 29, 42 en 43 jaar. Twee van hen hebben als hoogst genoten opleiding het middelbaar beroepsonderwijs gevolgd (MBO), een van het hoger beroepsonderwijs (HBO) en een ander het wetenschappelijke onderwijs (WO). De werkervaring als pedagogisch medewerker varieerde van 3 tot 15 jaar.

Op het eerste gezicht lijken de interviews de resultaten uit het kwantitatieve onderzoek tegen te spreken: Alle geïnterviewde pedagogisch medewerkers zeggen dat de training geen effect heeft gehad op hun visie op ADHD, terwijl de vragenlijsten een significant effect tonen. Nadere analyse van de interviews brengt echter een aantal thema's aan het licht die de kwantitatieve resultaten eerder lijken te complementeren dan tegen te spreken.

Het eerste thema dat naar voren komt is dat de meeste pedagogisch medewerkers (3 van de 4) zich veelal niet bezighouden met labelen van kinderen. Alvorens de training lijkt er sprake te zijn van terughoudendheid als het gaat om psychiatrische classificaties. Zo geeft een van de respondenten aan dat zij wel iets wil doen met het storend gedrag van een kind, maar zonder er een stempel op te drukken. Een ander geeft aan dat zij druk gedrag niet snel als storend ervaart.

Ook lijkt er een afkeer tegen medicatiegebruik en classificaties bij kinderen te spelen bij twee van de pedagogisch medewerkers. *“Het is dus niet zo, slik maar een pilletje en ‘awh’ hij wordt rustig’. Ja... misschien voor even maar dat is dus niet de oplossing. Je moet kijken naar wat het beste is om te doen voor het kind en niet altijd maar die tabletjes euh... erin gooien.”* Ook benoemt een pedagogisch medewerker dat zij het schadelijk vindt dat een kind door volwassenen wordt opgelegd om medicatie te nemen. Daarnaast bekritiseert deze pedagogisch medewerker ouders in het overhaastig classificeren: *“Want het is een 4-jarige, niet dat er wat aan de hand is met dat kind. Hij is vier dat is er aan de hand!”*. De ander zegt over het classificeren het volgende: *“Niet alle kinderen die schreeuwen hebben een aandoening.”*

In het derde thema komt naar voren dat de pedagogisch medewerkers veelal oog hebben voor de invloed van de context op druk en dwars gedrag. Zo vertelt een van de pedagogisch medewerkers over een kind, dat veelal druk gedrag vertoonde, van jongst af aan in een traumatiserende omgeving met wapens opgroeide. *“... als jij zulke beschadigde dingen hebt gezien vind ik het niet raar dat jij niet rustig op je stoel kunt zitten.”* Een van hen normaliseert de opwindings die met een naderend schoolreisje gepaard kan gaan: *“Ja, spannend, druk, gek doen, euh.. Volgende week is het zo ver, nou we hebben al een week plezier ervan. Ja, je kan moeilijk zeggen joh doe even rustig joh. Dat schoolreisje gaat wel door. Ja, dat zit in het lichaam dat moet eruit.”*. Ook werd er door een pedagogisch medewerker gezegd dat zij na het volgen van de training minder stellig is op het benoemen van een stoornis en de context meer lijkt te betrekken wanneer ouders naar vermoedens op een stoornis vragen; *“Zovan, nee joh, er is vast wat anders aan de hand.”*

Wanneer over de training gesproken wordt, geven alle vier pedagogisch medewerkers aan twee veranderingen te hebben ondervonden. Het eerste veranderingsthema betreft een bewustwording om te observeren en vervolgens te achterhalen wat erachter druk of dwars gedrag speelt. *“Dat er meerdere dingen achter kunnen zitten dan je met het blote oog kan zien, ja, dat heb ik wel geleerd.”* En *“verder kijken dan je neus lang is”*. Het tweede veranderingsthema weerspiegelt een kennisvergroting die de pedagogisch medewerkers lijken te ervaren. Zo beschrijft een pedagogisch medewerkers meer achtergrondinformatie over de

misassociatie tussen genen en ADHD te hebben verkregen door de training. Hier was zij zich eerder niet van bewust. *“Het opent wel je ogen over ADHD, hoe het allemaal in elkaar steekt”*.

Ondanks dat alle pedagogisch medewerkers veelal orthopedagogische kennis en bewustwording te lijken ervaren door de training lijkt er bij twee van de pedagogisch medewerkers nog deels sprake te zijn van een biomedische onderlegging. Zij omschrijven ADHD nog als een stoornis die zich manifesteert in de genen en waar een kind mee geboren wordt. *“Iemand die letterlijk ADHD of ADD heeft die is gewoon van nature zo”*

Tabel 3

Schematische weergave gevonden thema's op de afhankelijke variabele visie met bijbehorende beschrijving en uitspraak.

Thema	Beschrijving	Voorbeeld uitspraak
Stoornisvrij denken	Pedagogisch medewerkers zijn niet bepaald bezig met stoornis labels en het benoemen ervan.	“Ja zoals ik ook al zei, ik ben sowieso niet snel van stempels erop zetten. Dus meer denken in oplossingen. Hoe je iedereen kunt helpen.”
Afkeer tegen classificaties en medicatie	Al voor de training lijkt er sprake van een afkeer tegen classificaties en medicijngebruik bij stoornissen.	“Het is dus niet zo, slik maar een pilletje en ‘awh’ hij wordt rustig’. Ja.. misschien voor even maar dat is dus niet de oplossing. Je moet kijken naar wat het beste is om te doen voor het kind en niet altijd maar die tabletjes euh erin gooien.”
Oog voor de context	Pedagogisch medewerkers hebben veel oog voor de invloed van de context op gedrag.	“Eigenlijk ja... ja... nou ja... euh goed... dus euh... dus druk en dwars gedrag hoort natuurlijk bij de situatie of bij de situatie die geweest is, of

		de geschiedenis van het kind.”
Bewuster observeren door de training	Pedagogisch medewerkers zijn bewuster gaan observeren om vervolgens te achterhalen wat er achter druk of dwars gedrag speelt.	“Ja ik ben wel op een andere manier naar sommige kinderen gaan kijken. En dat dan ook meer gaan observeren van he, je bent wel druk maar waar komt dat weg?”
Kennis vergroting door de training	Pedagogisch medewerkers ervaren een uitbreiding van hun kennis over ADHD	“Uhm... ja, ik denk dat mijn visie zeker wel veranderd is door de training he, met die hersens, ja weetje, daar sta je als pedagogisch medewerker niet heel erg bij stil. Je leest wel eens wat, maar je slaat niet alles op. Met zo een training word je er wel heel bewust van”.
Biomedisch perspectief.	Biomedische aspecten van ADHD worden nog aangenomen na het volgen van de training.	“Ja, ADHD daar ben je mee geboren zeg maar. Dat zit in je genen.”

Het effect van de training op het aantal gepercipieerde stoornissen: kwantitatieve analyse
Tijdens elke meting hebben de pedagogisch medewerkers aangegeven hoeveel vermoedens zij hebben van stoornissen op de groep. In Tabel 4 worden de beschrijvende statistieken weergegeven bijbehorend bij de meetmomenten.

Tabel 4

Beschrijvende statistieken van de voormeting, nameting en follow-up gepercipieerde stoornissen

	Tijd	N	<i>M</i>	SD	Min - Max
Experimenteel	Voormeting	38	2.53	1.856	0.00 – 7.00
	Nameting	30	2.43	2.012	0.00 – 8.00
	Follow-up	27	1.93	1.817	0.00 – 6.00
Controle	Voormeting	19	1.58	1.575	0.00 – 5.00
	Nameting	17	2.29	1.312	0.00 – 5.00
	Follow-up	11	2.18	1.951	0.00 – 5.00

Te zien is dat de experimentele groep op de voormeting ($M = 2.53$, $SD = 1.856$) gemiddeld meer vermoedens op stoornissen rapporteren dan op de controlegroep ($M = 1.58$, $SD = 1.575$). Het gemiddelde verschil bedraagt 0.95. De Mann-Whitney U toets indiceert echter, ondanks het relatief grote verschil, dat dit verschil in vermoedens niet significant is ($U = 358$, $z = -1.765$, $p = .078$). Waarmee aan te nemen is dat de groepen op de voormeting niet van elkaar verschillen. Het totaal aan vermoedens op stoornissen in de gehele steekproef ligt gemiddeld op 2.17.

Er is de lichte afname in vermoeden op stoornissen voor de controlegroep en een opvallende toename in de controlegroep tijdens de nameting ($M = 2.43$, $SD = 2.012$; $M = 2.29$, $SD = 1.312$). Het verschil tussen deze twee groepen komt uit op .14. De Mann-Whitney U toets (tabel 5) weergeeft dat er bij dit verschil geen sprake is van een significantie ($U = 243$, $z = -.599$, $p = .549$). De afname in het aantal stoornissen in de experimentele groep blijkt volgens de Wilcoxon signed rank test niet significant te zijn waardoor de gemiddelden op het aantal stoornissen niet verschilt ($z = -.823$, $p = .405$). Vervolgens is in de follow-up wederom een afname in stoornissen tijdens de follow-up meting te zien ($M = 1.93$, $SD = 1.817$). Deze afname is volgens de Wilcoxon signed rank test significant ($z = -2.063$, $p = .039$). Dit weergeeft een afname in het aantal gepercipieerde stoornissen in de experimentele groep. In de controlegroep is een lichte afname te zien in het aantal stoornissen tijdens de follow-up ($M = 2.18$, $SD = 1.991$). Het verschil van 0.25 tussen de groepen op de follow-up meting blijkt echter niet significant te zijn ($U = 115$, $z = -.697$, $p = .486$).

Tabel 5

Mann-Whitney U test, resultaten op verschillen tussen experimentele- en controlegroep voor gepercipieerde stoornissen

	N	Mann-Whitney U test	Z	Assymp. (2-tailed)	Sig.
Voormeting	57	259	-1.76	.078	
Nameting	48	243	-.599	.549	
Follow-up	37	115	-.697	.486	

Het effect van de training op het aantal gepercipieerde stoornissen: kwalitatieve resultaten

Het kwalitatieve aspect van de deelvraag betreffende de vraag over de impact van de training op het aantal gepercipieerde stoornissen wordt bij gebrek aan expliciete thema's en eenduidige respons beschreven in de volgende alinea.

Alle vier de pedagogisch medewerkers gaven onbetwistbaar aan dat hun perceptie op stoornissen niet is veranderd na het volgen van de training. De gegeven antwoorden bevestigen de kwantitatieve resultaten. Twee redenen zijn genoemd die de onveranderde perceptie onderbouwen. De eerste betreft dat twee van de pedagogisch medewerkers aangeven geen drukke of dwarse kinderen op de groep hebben waardoor er ook geen vermoeden op stoornissen was. *“Nee, want toen de training startte waren de drukke kinderen bij ons op de groep ook net allemaal doorgeschoven”*. En *“Nee, want ik heb eigenlijk helemaal niet zo 'n last van druk en dwarse kinderen”*. Bij gebrek aan een vermoeden op een stoornis lijkt geen sprake te zijn van verandering. Een enkeling geeft echter wel aan dat zij wel kan begrijpen dat wanneer er sprake van druk en dwars gedrag op de groep is, de training van invloed kan zijn op de perceptie van stoornissen. *“Maar ik denk wel zeker, als het speelt, dat je een andere kijk op de groep krijgt”*.

De tweede reden die weergeeft waarom er geen sprake lijkt te zijn van een verandering in het aantal gepercipieerde stoornissen betreft dat de twee andere pedagogisch medewerkers aangaven dat hun perceptie onveranderd is gebleven. Zo bleek dat bij hen bekend en duidelijk was welke kinderen een stoornis hebben en welke niet. Een van de pedagogisch medewerkers stelt: *“Nee dat niet. Want je kan van alle kinderen die bijvoorbeeld wel een stoornis zouden kunnen hebben, een vermoeden ervan, die kan je er wel uit plukken”*, waarin een ander dit weergeeft met: *“Nee, ik heb nog steeds dezelfde kinderen in beeld waarvan ik eerder ook al dacht, ja”*.

Conclusie en Discussie

Conclusie

Het doel van dit onderzoek was om inzichten te krijgen in de huidige visie van pedagogisch medewerkers op ADHD, het aantal gepercipieerde stoornissen op de groep en of de gegeven training effectief is in het bewerkstelligen van een transitie naar een meer overwegend orthopedagogische visie.

Het huidige onderzoek heeft laten zien dat in een groep van 65 pedagogisch medewerkers er een iets meer biomedische dan pedagogische visie was en dat er gemiddeld 2.17 gevallen van (vermoedens van) ADHD op de groep werden gezien. Een training van 5 bijeenkomsten vanuit orthopedagogisch perspectief over het omgaan met druk en dwars gedrag, leidde in de groep van 40 cursisten tot een grote verschuiving richting orthopedagogisch denken, terwijl de visie van de 25 controles niet veranderde volgens de antwoorden op de vragenlijsten. In interviews stelden cursisten dat de training geen effect had op hun visie op ADHD, maar uit nadere analyse bleek dat ze daarmee vooral bedoelden dat ze na de training nog even weinig interesse hadden in labels, nog evenveel terughoudendheid rondom classificaties en medicatie ervaarden en al veel oog voor de invloed van de context op gedrag hadden.

Zowel uit de kwantitatieve vragenlijsten als uit de kwalitatieve interviews bleek geen effect van de training op het aantal gepercipieerde stoornissen op de groep.

Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Een sterk punt in dit onderzoek kan worden toegewezen aan het gebruikte mixed-method model. Het voordeel hiervan is dat deze methode beter in staat is complexe onderzoeksvragen te beantwoorden dan enkel kwalitatief of kwantitatief onderzoek op zichzelf. Verkennende en verklarende data worden geïntegreerd en kunnen tegelijkertijd causale verbanden beter bevestigen of uitsluiten (Adcock & Collier, 2001; Lund 2012). Het produceert een completer beeld van de visie op ADHD van de pedagogisch medewerkers en het aantal gepercipieerde stoornissen op de groep. Aansluitend kunnen door de kwalitatieve en kwantitatieve methoden te integreren, de conclusies en gevolgtrekkingen in dit onderzoek als meer valide worden beschouwd (Sandelowski, 2000; Lund, 2012).

Nadeel in dit onderzoek was wel dat er slechts 4 participanten voor het kwalitatieve deel zijn geïnterviewd waardoor het voordeel van een mixed-method model wordt afgezwakt. Er is niet voldaan aan een algemene norm om maar liefst 8 tot 10 participanten te includeren tijdens het uitvoeren van kwalitatief onderzoek ter bevordering van de betrouwbaarheid noch was er

sprake van saturatie, dit belemmert de inhoudsvaliditeit (Malcolm, 1986; Shari, 2012; Marshall et al., 2015; Fusch & Ness, 2015). Door gebrek aan een consistente steekproefomvang moeten de resultaten met enige terughoudendheid worden geïnterpreteerd.

Het voorzichtig interpreteren van de resultaten vloeit niet enkel voort uit een inconsistente steekproeftrekking in de kwalitatieve steekproef. Dit nadeel geldt ook voor de controlegroep van het kwantitatieve onderzoek onderdeel waarbij veel missende data waren. Ondanks dat de gebruikte analysemethoden zijn aangepast kan dit hebben geleid tot een mogelijke bias van verschillende statistische parameters zoals het steekproefgemiddelde en de standaardmeetfout (Baarda, de Goede & van Dijkum, 2010).

Aansluitend kan de manier van steekproeftrekking ook nadelig van invloed zijn geweest op de gepresenteerde resultaten. Er is gebruik gemaakt van zelfselectie zonder enige randomisatie of clustering van participanten. De pedagogisch medewerkers konden zichzelf aanmelden voor trainingen. Dit zorgt mogelijk voor zelfselectie bias (Heckman, 1990; Heckman, 2010). Het kan een vertekend beeld geven aangezien de mogelijkheid bestaat dat enkel pedagogisch medewerkers zich aanmelden die affiniteit met het cursusonderwerp voelen. Al met al moeten de mogelijke gevolgen zoals een afname van representativiteit en generaliseerbaarheid in acht worden genomen bij het interpreteren van de resultaten en de betrouwbaarheid hiervan

Discussie

De kwalitatieve data geven op het eerste oog tegensprekende resultaten weer met de kwantitatieve data, als het gaat om de variabele visie. Pedagogisch medewerkers geven aan dat hun visie niet is veranderd terwijl uit nadere analyse dit wel naar voren lijkt te komen. Hierdoor valt te betwijfelen of in de interviews daadwerkelijk is gemeten wat beoogd werd te meten. De geïnterviewden blijken – wanneer ze zeggen dat de training geen effect heeft gehad op hun visie op ADHD – vooral te bedoelen dat ze nog evenveel oog voor de context hebben als voorheen en nog evenveel terughoudendheid ervaren als het gaat om labels en medicatie voor kinderen. Dat is iets anders dan wat de vragenlijst meet, die meer gaat over de vraag of ADHD al dan niet als biomedische ziekte wordt gezien. De op het eerste oog tegensprekende resultaten vanuit de interviews op de visie kunnen kortom mogelijk worden toegewezen aan een lage begripsvaliditeit. Pedagogisch medewerkers kunnen het beschreven construct (visie) niet goed hebben begrepen of de vraag was niet duidelijk genoeg geformuleerd waardoor de daadwerkelijkere verandering in visie pas naar voren kwam uit nadere analyse (Lawshe, 1975; Yaghmale, 2003). Daarbij is er niet gecontroleerd op convergente- en discriminant validiteit

die deze mogelijkheden kan uitsluiten of bevestigen (Strauss & Smith, 2009; Carlson & Herdman, 2010).

Wanneer de resultaten uit dit onderzoek worden vergeleken met eerder onderzoek naar de effectiviteit van een online lezing over ADHD op leraren waarbij dezelfde vragenlijst naar visie op ADHD is gebruikt, blijken de resultaten niet volledig overeen te komen. In vergelijking met leraren blijkt dat de pedagogisch medewerkers over het algemeen hoger scoren op de voormeting visie op ADHD dan leerkrachten ($M = 17.48$, de Zoete, 2020 versus $M=19.7$ in het huidige onderzoek). Ter vergelijking met dit onderzoek indiceert het dat pedagogisch medewerkers in mindere mate een biomedische visie hebben op ADHD dan regulier geschoolde leerkrachten. Dit kan komen omdat leraren en pedagogisch medewerkers in de essentie anders worden opgeleid. Pedagogisch medewerkers worden opgeleid vanuit een pedagogisch perspectief op het kind, terwijl leraren vanuit een meer didactisch perspectief worden opgeleid (Hiemstra et al., 2013; Oberon, 2016). Leraren zijn in de essentie opgeleid om kinderen kennis aan te leren, terwijl pedagogisch medewerkers veelal zijn opgeleid als begeleiders tijdens de opvang. Het kernpunt zit in het woord begeleider, waar ze kinderen in hun ontwikkeling stimuleren maar hedendaags zonder de nadruk op een schoolse aanpak (Singer & de Haan, 2013; Overduin, 2016; Weijenberg, 2020). Resultaten uit het interview ondersteunen deze gedachte aangezien de pedagogisch medewerkers redelijk vaak aangaven dat zij in eerste instantie geen fan zijn van stempels drukken en de kinderopvang zien als een plek waar kinderen na schooltijd even kunnen uitrazen na een lange dag, *'ze moeten hier niks'*. De meer orthopedagogische visie van pedagogisch medewerkers kan mogelijk een verklaring geven waarom er ondanks een verandering in de visie geen verandering zichtbaar blijkt in het aantal gepercipieerde stoornissen. Doordat pedagogisch medewerkers vanuit een begeleidende rol met kinderen omgaan, hen meer vrijheid geven tijdens de uren op de opvang en anders worden opgeleid wordt druk en dwars kinderdag door hen mogelijk als minder problematisch worden ervaren.

In tegenstelling tot een eerdere studie die onderzoek deed naar de effectiviteit van een online lezing over ADHD bij pedagogisch medewerkers, ook weer met dezelfde vragenlijst betreffende de visie op ADHD, blijkt er een verschil te zijn in effectiviteit met dit onderzoek. In het onderzoek van Dinkla (2021) komt naar voren dat pedagogisch medewerkers een terugval naar een biomedisch perspectief ondervinden tijdens de follow-up, terwijl dit effect zich niet voordoet in dit onderzoek. Dit effectenverschil kan worden verklaard door de duur en intensiteit van de gebruikte interventiemethode (O'Brien et al., 2016; Donegan et al., 2020; Toizzi, et al., 2021). De eenmalige online lezing duurde 17 minuten, wat een heel stuk minder is dan de 5-

wekelijkse intensieve trainingsdagen met trainers, een handboek, reflectie en intervisie in het huidige onderzoek. Een langere interventie met praktische handvaten heeft kennelijk een langduriger effect dan een online lezing.

Als laatst is een opmerkelijke toename te zien in de controlegroep op de variabele visie in de follow-up periode ($M = 20.00$). Deze toename naar een meer orthopedagogische visie in de controlegroep kan enerzijds mogelijk worden verklaard door verkleining van de steekproef door uitval door factoren van buitenom, zoals de coronapandemie (Baarda, de Goede & van Dijkum, 2010). Anderzijds bestaat de kans dat de controlegroep in de loop van de tijd mogelijkwijs is beïnvloed door de experimentele groep. Contact tussen beide groepen ligt voor de hand aangezien pedagogisch medewerkers vaak op meerdere locaties invallen en werkzaam zijn. Hierdoor hebben de pedagogisch medewerkers contact met een scala aan collega's die eventueel in de loop van het onderzoek kennis hebben gedeeld (BMJ, 2001; Keogh-Brown, et al., 2007; Magill et al., 2019). Daarnaast kan ook door de gebruikte wervingsmethodiek voor de controlegroep (iedere cursist werd gevraagd om een collega te vinden die de training niet volgde maar de vragenlijsten wel invulde) aangenomen worden dat er, op de langere termijn, contact en kennisuitwisseling heeft plaatsgevonden tussen cursist en controlepersoon

Implicaties voor wetenschap, beleid en praktijk.

Dit onderzoek draagt bij aan het vergroten van wetenschappelijke kennis over pedagogisch medewerkers, die hedendaags onder gerepresenteerd zijn in het wetenschappelijk onderzoek en weergeeft daarnaast dat een 5-weekse training een efficiënte en doelmatige manier is om een orthopedagogische visie transitie te bewerkstelligen. Uit het onderzoek volgt een aantal aanbevelingen voor wetenschap, praktijk en beleid.

Wetenschap

Er bleek veel uitval bij het werven van de controlegroepen doordat deze taak bij de cursisten werd gelegd. In herhaal-/vervolgonderzoek zou de werving van de controlegroep geheel in handen van de onderzoeker moeten worden gelegd. (Nog) niet deelnemende SKSG-locaties kunnen benaderd worden zodat controlegroepen consistenten en groter worden. Voordeel hiervan is dat mogelijk missende data enkel beperkt wordt door de factoren afwezigheid of ziekte van de pedagogisch medewerker (Jiang et al., 2015). Wanneer de gebruikte methode

wordt geïntegreerd met het consistent werven van de controlegroep zullen de gevonden resultaten mogelijk als meer valide en compleet kunnen worden beschouwd.

Beleid

De eerste beleidsaanbeveling pleit om het aantal uren voor de pedagogisch medewerkers om te professionaliseren fors te verhogen. Pedagogisch medewerkers krijgen naast hun baan maar 50 uren per jaar voor niet groepsverband gerelateerd werk, terwijl wel verwacht wordt dat ze een kwaliteitsslag in de kinderopvang maken (van der Woude, 2021). In tegenstelling tot leerkrachten die hier maar liefst 600 uur per jaar voor krijgen. Een verhoging van het aantal uren voor niet groepsverband gerelateerd werk is nodig zodat de proceskwaliteit en educatieve kwaliteit beter op elkaar kunnen aansluiten en pedagogisch medewerkers zich kunnen ontwikkelen zonder tijdsgebrek. Wanneer een verhoging in uren zal worden geïmplementeerd kan het voor pedagogisch medewerkers makkelijker worden om aan de kwaliteitseisen van het IKK te voldoen.

Mocht een kinderopvangorganisatie, in reactie op het IKK en de medicalisering, vanuit een andere visie willen gaan werken, is het een mogelijkheid om enkel bepaalde groepsleden te trainen in de desbetreffende cursus. Uit diverse studies blijkt dat peer-based learning en leren door sociale interactie (sociale leertheorie) effectieve manieren zijn om kennis en vaardigheden over te brengen op anderen met minder kans op het vergeten van de stof (Chan, Li & Pierce, 2014; Tenenberg, 2014; Bandura, 1977; Gerpott, 2021; Billet, 2020). Deze vormen van leren kan het bedrijf geld schelen en de pedagogisch medewerker tijd, waarbij het gewenste resultaat wel behaald kan worden.

Praktijk

Om in de toekomst de praktische waarde van de training te kunnen vergroten ter bewerkstelling van minder ADHD-classificaties bij kinderen, is het van belang de training te optimaliseren voor op de langere termijn en afgestemd op de behoeften van de pedagogisch medewerkers. Uit feedback op de interviews en vragenlijsten kwam naar voren dat intervisie beperkt was. De pedagogisch medewerkers gaven aan dat zij geen directe collega's hadden om de trainingsstof mee te bespreken en in samenwerking te vertalen naar hun locatie. Uit onderzoek blijkt dat ter bevordering van effectief samenwerken het belangrijk is dat er openlijk en gezamenlijk gesproken kan worden op en over de werkvloer zodat consensus over implementatie kan worden bereikt (Fredrick, 2008; Fitzgerald & Theilheimer, 2012; Bashan &

Holsblat, 2017). Wanneer de training in groepsverbanden zou worden gegeven per locatie is het denkbaar dat het effect van de training geoptimaliseerd wordt.

Literatuurlijst

- Abikoff, H., Hechtman, L., Klein, R. G., Weiss, G., Respitz, C., Kouri, J., Blum, C., Greenfield, B., Ectovitch, J., Fleiss, K., & Pollack, S. (2004). Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(7), 802-811. <http://dx.doi.org/10.1097/01.chi.0000128791.10014.ac>
- Adcock, R., & Collier, D., (2001). Measurement validity: A shared standard for qualitative and quantitative research. *American Political Science Review*, 95, 529 – 545.
- Ahmed, R., Borst, J., & Wei, Y. C. (2017). Parent's Perspectives about Factors Influencing Adherence to Pharmacotherapy for ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 21(2), 91-99.
- American Academy of Pediatrics subcommittee on Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. (2019). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 144(4), 1- 27. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2019-2528>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Baarda, B., de Goede, M., & van Dijkum, C. (2010). *Basisboek statistiek met SPSS*. (4^e editie), Noordhof uitgevers Groningen/Houten.
- Baeyens, D., Moniquet, A., Dankaerts, M., & van der Oord, S. (2017). A comparative study of the structural stigmatization of ADHD and autism spectrum disorder in Flemish newspapers, *Tijdschrift Psychiatrie*, 59(5), 269-277.
- Banaschewski T., Mechler, K., Hohmann, S. & Hage, A. (2021). Evidence-based pharmacological treatment options for ADHD in children and adolescents. *Pharmacological Therapeutics*, 230, 107940. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pharmthera.2021.107940>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall
- Barkley, R.A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis And Treatment* (3th ed.). The Guilford Press, New York.
- Bashan, B., & Holsbat, R. (2017). Reflective journals as a research tool: The case of student teachers' development of teamwork. *Cogent Education*, 4(1), 1-15.
- Batstra, L., Foget, L., van Haeringen, C., te Meerman, S. & Thoutenhoofd, E. D. (2020). What children and young people learn about ADHD from youth information books: A text analysis of nine books on ADHD available in Dutch. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 8, 1-9. <http://dx.doi.org/10.21307/sjcapp-2020-001>
- Batstra, L., Nieweg, E. H. & Hadders-Algra, M. (2014a). Exploring five common assumptions on Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Acta Paediatrica*, 103(7), 696-700. <http://dx.doi.org/10.1111/apa.12642>
- Batstra, L., Nieweg, E. H., Engelsman, R. C. H. & Hadders-Algra, M. (2014b). Een 'Stepped Diagnosis' aanpak voor drukke, dwarse en dromerige kinderen. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 53(10), 409.

- Batstra, L. (2012). *Hoe voorkom je ADHD?: door de diagnose niet te stellen*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Batstra, L., Te Meerman, S., Connors, K., & Frances, A. (2017). Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults. *The Lancet Psychiatry*, 4(6), 439-439. [http://dx.doi.org/10.1016/S22150366\(17\)30049-4](http://dx.doi.org/10.1016/S22150366(17)30049-4)
- Batstra, L. (2017). ADHD: Macht en misverstanden. Hilversum: Uitgeverij Lucht.
- Batstra, L., Frances, A., Grietens, H. & te Meerman, S. (2017). ADHD: a critical update for educational professionals. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12(1298267), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1080/17482631.2017.1298267>
- Batstra, L. & Frances, A. (2012). Holding the line against diagnostic inflation in psychiatry. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(1), 5–10. <http://dx.doi.org/10.1159/000331565>
- Beau-Lejdstrom R., Douglas, I., Evans, S. J. & Smeeth L. (2016). Latest trends in ADHD drug prescribing patterns in children in the UK: prevalence, incidence and persistence. *BMJ Open*, 6, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-01050>
- Becker, S. P., Froehlich, T. E. & Epstein, J. N. (2016). Effects of Methylphenidate on sleep functioning in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Special issue- Sleep in Pediatric and Developmental Conditions*, 37, 395-404. <http://dx.doi.org/10.1097/DBP.0000000000000285>
- Ben-Zeev, D., Young, M. A. & Corrigan P. W. (2010). DSM-V and the stigma of mental illness. *Journal of Mental Health*, 19, 318– 27.
- Bied, A., Biederman, J., & Faraone, S. (2017). Parent-based diagnosis of ADHD is as accurate as teacher-based diagnosis of ADHD. *Postgraduate Medicine*, 129(3), 375-381. <https://doi.org/10.1080/00325481.2017.1288064>
- Biederman, J., & Faraone, S.V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, 366, 237-48. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)66915-2.
- Billet, S. (2020). *Learning in the workplace*. Routledge.
- BMJ. 2001. Contamination in trials: is cluster randomization the answer? *Education and Debate*. 322-355
- Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *British Journal of Psychiatry*, 186, 11-17. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.186.1.11>
- Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving Benzedrine. *The American Journal of Psychiatry*, 94, 577-585. <https://doi.org/10.1176/ajp.94.3.577>
- Brault, M., Degroote, E., & van Houtte, M. (2021). Teachers as disorder-spotters: (in)decisiveness in assigning a child's hyperactivity, impulsivity and inattention to ADHD as the underlying cause. *European Journal of Special Needs Education*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/08856257.2021.1934151>
- Bralten, J., Greven, C. U., Franke, B., Mennes, M., Zwiers, M., Rommelse, N. N. J., Hartman, C., Meer, van der, D., O'Dwyer, L., Oosterlaan, J., Hoekstra, P. J., Heslenfeld, D., Arias-Vasquez, A. & Buitelaar, J. K. (2016). Voxel-based morphometry analysis reveals frontal brain differences in participants with ADHD and their unaffected siblings, *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 41(4), 272- 279. <http://dx.doi.org/10.1503/jpn.140377>
- Buitelaar, J., & Paternotte, A. (2013). *Dit is ADHD: Alles over de kenmerken, diagnose, behandeling en aanpak thuis en op school*. Houten: Terra-Lanno
- Conrad, P. (2005). The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 3-14. <http://dx.doi.org/10.1177/002214650504600102>
- Carlson, K. D., & Herdman, A. O. (2010). Understanding the impact of convergent validity

- on research results. *Organizational research methods*, 15(1), 17-32.
<https://doi.org/10.1177/1094428110392383>
- CBS. (2020). AZW: Aantal kinderen en uren in de kinderopvang, 2019-2020. Geraadpleegd op 4 januari via <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2021/29/azw-aantal-kinderen-en-uren-in-de-kinderopvang-2019-2020>
- Chan, T. Y., Li, J. & Pierce, L. (2014). Learning from Peers: Knowledge Transfer and Sales Force Productivity Growth. *Marketing Science*, 33(4). 1-47.
- Cortese, S., Ferrin, M., Brandeis, D., Buitelaar, J., Daley, D., Dittmann, R. W., Holtman, M., Santosh, P., Stevenson, J., Stringaris, A., Zuddas, A., Sonuga-Barke, E. J. S., & European ADHD Guidelines Group (EAGG). (2015). Cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1-39. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2014.12.010>
- Crescenzo, F., Armando, M., Mazzone, L., Ciliberto, M., Sciannone, M., Figueroa, C., ... Vicari, S. (2014). The use of actigraphy in the monitoring of methylphenidate versus placebo in ADHD: a meta-analysis, *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 6, 49-58.
- Craig, S. G., Davies, G., Schibuk, L., Weiss, M. D., & Hechtman, L. (2015). Long-term effects of stimulant treatment for ADHD: What can we tell our patients? *Tropical collection on ADHD*, 2, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s40474-015-0039-5>
- Danielson, M. L., Visser, S. N., Gleason, M. M., Peacock, G., Claussen, A. H., & Blumberg, S. J. (2017). A National Profile of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Diagnosis and Treatment Among US Children Aged 2 to 5 Years. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 38(7), 455-464. <http://dx.doi.org/10.1097/dbp.0000000000000477>
- Danielson M. L., Bitski, R. H., Ghandour, M. R., Holbrook, J. R., Kogan, M. D. & Blumberg, S. J. (2018). Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment Among U.S. Children and Adolescents, 2016. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 199-212. <http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2017.1417860>
- De Zoete, L. (2020). *ANDERS DENKEN OVER ADHD?! De invloed van de online lezing 'Druk & Dwars' op de visie van regulier- en academisch geschoolde leerkrachten op ADHD vanuit(ortho)pedagogisch perspectief*. [Masterscriptie, University of Groningen].
- Erlandsson, S. I., & Punzi, E. (2016). Challenging the ADHD consensus. *International Journal of Qualitative Studies on health and Well-being*, 11(31124), 1-2. <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v11.31124>
- Dekker, P., Bovens, M. A. P., & Tiemeijer, W. (2016). *Het zijn de academici, opleiding als sociale en politiek-culturele scheidslijn*. Ontwikkelingen
- Dinkla, L. (2021). *Anders denken over drukke, dwarse en dromerige kinderen; Het effect van een online lezing op de visie op ADHD van pedagogisch medewerkers op de kinderopvang*. [Masterscriptie, University of Groningen].
- Donegan, R. E., Wanzek, J. & Al Otaiba, S. (2020). Effects of a reading intervention implemented at differing intensities for upper elementary students. *Learning disabilities research & practice*, 35(2), 62-71.
- Erlandsson, S. I., & Punzi, E. (2017). A biased ADHD discourse ignores human uniqueness. *International Journal of Qualitative Studies on health and Well-being*, 12(sup1), 2-5. <http://dx.doi.org/10.1080/17482631.2017.1319584>
- Faraone, S.V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J.K., Ramos-Quiroga, J.A., Rohde, L.A., Sonuga-Barke, E.J.S., Tannock, R. & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers*, 6, (1:15020). <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2015.20>.

- Fitzgerald, M. M., & Theilheimer, R. (2012). Moving toward teamwork through professional development activities. *Early Childhood Education Journal*, 41, 103 – 113. <https://doi.org/10.1007/s10643-012-0515-z>
- Fliers, E.A., Franke, B. & Buitelaar, J. K. (2005). Erfelijke factoren bij aandachtttekort-hyperactiviteitstoornis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149(31), 1726-1729.
- Foget, L.E., Van Haeringen, C.J., Te Meerman, S., & Batstra, L. (2017). Wat leert de jeugd van educatieve kinderboeken over ADHD? *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 56(9-10), 170-182.
- Franke, B., Neale, B. M., & Faraone, S. V. (2009). Genome-wide association studies in ADHD. *Human Genetics*, 126(1), 13–50. <http://dx.doi.org/10.1007/s00439-009-0663-4>
- Fredrick, T. A. (2008). Facilitating better teamwork: Analyzing the challenges and strategies of classroom based collaboration. *Business and professional communication quarterly*, 71(4). 439 – 455. <https://doi.org/10.1177/1080569908325860>
- Furman, L. M. (2008). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): Does new research support old concepts? *Journal of Child Neurology*, 23(7), 775–784. <http://dx.doi.org/10.1177/0883073808318059>.
- Fusch, P. I., & Ness, L. R. (2015). Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *The qualitative report*, 20(9), 1408 – 1416.
- Garland, E. J. (1998). Pharmacotherapy of adolescent attention deficit hyperactivity disorder: Challenges, choices and caveats. *Journal of Psychopharmacology*, 12(4), 385-395. <https://doi.org/10.1177/026988119801200410>
- [Gerpott, F. H. \(2021\). Why do or don't older employees seek knowledge from younger colleagues? A relation-opportunity model to explain how age-inclusive human resources practices foster older employees' knowledge seeking from younger colleagues. *Applied Psychology*, 1-22.](#)
- Gezondheidsraad. (2014). ADHD: medicatie en maatschappij. Advies aan de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Sociale zaken en Werkgelegenheid.
- Gezondheidsraad. (2014aa). ADHD: medicatie en maatschappij. Advies aan de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Sociale zaken en Werkgelegenheid.
- Gillberg, C., Melander, H., von Knorring, A. L., Janols, L. O., Therlund, G., Hagglof, B., Eidevall-Wallin, L., Gustafsson, P., & Kopp, S. (1997). Long-term stimulant treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder symptoms. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 857-864. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830210105014>
- Glasziou, P. & Chalmers, I. (2017). Can it really be true that 50% of research is unpublished? The BMJ Opinion. Van: <http://blogs.bmj.com/bmj/2017/06/05/paul-glasziou-and-iain-chalmers-can-it-really-be-true-that-50-of-research-is-unpublished/>. Geraadpleegd op 29 april 2022.
- Gloude-mans, H., Schalk, R., & Reynaert, W. (2012). Kritisch denken als onderscheid. *Onderwijs en gezondheidszorg*, 34, 3-7. <https://doi.org/10.1007/s12477-010-0003-6>
- Gonon, F., Bezaud, E. & Boraud, T. (2011). Misrepresentation of Neuroscience Data Might Give Rise to Misleading Conclusions in the Media: The Case of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *PLoS ONE*, 6(1). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0014618>
- Halfmann, D. (2012). Recognizing medicalization and demedicalization: Discourses, practices and identities. *An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 16(2), 186-207. <https://doi.org/10.1177/1363459311403947>
- Harding (2017). *The Field Guide to ADHD: What they don't Want You to Know (Psychiatry - Theory, Applications and Treatments)*. Nova Science Publishers, Inc.
- Hechtman, L., Abikoff, H., Klein, R. G., Weiss, G., Resnitz, C., Kouri, J., Blum, C., Greenfield,

- B., Ectovitch, J., Fleiss, K., & Pollack, S. (2004). Academic achievement and emotional status of children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(7), 812-819. <http://dx.doi.org/10.1097/01.chi.0000128796.84202.eb>
- Hiemstra, K., Schoones, J., de Loor, O., & Robijns, M. (2013). Omgaan met verschillen op het snijvlak van pedagogisch en didactisch handelen, een verkenning. *APS Utrecht*. 3 – 37 via: <https://hetlerenorganiseren.nl/wp-content/uploads/2014/09/2013-09-01-APSOmgaan-met-verschillen-int.pdf>
- Hoogman, M., Bralten, J., Hibar, D.P., Mennes, M., Zwiers, M.P., Schweren, L., van Hulzen, K., Medland, S.E., Shumskaya, E., Jahanshad, N., Zeeuw, P., Szekely, E., Sudre, G., Wolfers, T., Onnink, A., Dammers, J.T., Mostert, J.C., Vives-Gilabert, Y., Kohls, G., Oberwelland, E.,... & Franke, B.(2017). Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *The lancet. Psychiatry*, 4(4), 310–319. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30049-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30049-4)
- Holmskov, M., Storebo, O. J., Moreira-Maia, C. R., & Ramstad, E. (2017). Gastrointestinal adverse events during methylphenidate treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis of randomized clinical trials. *Plos One*, 12(6), 1-18 <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0178187>
- Horton, N. J., Lipsitz, S. R., & Parzen, M. (2012). A potential for bias when rounding in multiple imputation. *The American Statistician*, 57(4), 228-232. <https://doi.org/10.1198/0003130032314>
- Hosan, N. E., & Hoglund, W. (2017). Do teacher-child relationship and friendship quality matter for children's school engagement and academic skills? *School Psychology Review*, 46(2), 201-218. <https://doi.org/10.17105/SPR-2017-0043.V46-2>
- Jackson, J.W. (2016). The cardiovascular safety of methylphenidate, *The BMJ*, 353, 1-2. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2874>
- Jensen, P. S., Arnold, L. E., Swanson, J. M., Vitiello, B., Abikoff, H. B., Greenhill, L. L., Hechtman, L., ... & Hur, K. (2007). 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(8), 989–1002. <http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e3180686d48>.
- Jerome, E. M., Hamre, B. K., & Pianta, R. C. (2009). Teacher-child relationships from kindergarten to sixth grade: early childhood predictors of teacher-perceived conflict and closeness. *Social Development*, 18, 915-945. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9507.2008.00508.x>
- Jiang, Z. W., Li, C. I., Wang, L. & Xia, J. L. (2015). Prevention and handling of missing data in clinical trials. *Acta Pharmaceutica Sinica*, 50(11), 1402-1407.
- Keogh-Brown, M. R., Bachmann, M. O., Shepstone, L., Hewitt, C., Howe, A., Ramsay, C. R., Song, F., Miles, J. N. V., Torgerson, D. J., Miles, S., Elbourne, D. R., Harvey, I. & Campbell, M. J. (2007). Contamination in trials of educational interventions. *Health Technology Assessment*, 11(43). 5 – 127.
- Knorth, E. J. (2017). *Over de identiteit van de hedendaagse orthopedagogiek*. Paper gepresenteerd op Symposium 'De integratieve handelingsorthopedagogiek revisited', Gent. Kortekaas.
- Kolthof, H.J., Staff, A., Van der Heijden, F., Beemsterboer, M. & Hinfelaar, M. (2017). Over het ongedaan maken van een psychiatrische diagnose. *Kind Adolesc*, 38, 147-147. <http://dx.doi.org/10.1007/s12453-017-0150-y>.
- Kortekaas-Rijlaarsdam, A., Luman, M., Sonuga-Barke, E., & Oosterlaan, J. (2018). Does

- methylphenidate improve academic performance? A systemic review and meta-analysis, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 155-164. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-018-1106-3>
- Ladd, G. W., Ettekal, I., & Kochenderfer-Ladd B. (2017). Peer Victimization Trajectories Form Kindergarten Through Highschool: Differential Pathways for Children's School Engagement and Achievement? *Journal of Educational Psychology*, 109(6), 826-841. <http://dx.doi.org/10.1037/edu0000177>
- Luman, M. & de Zeeuw, P. (2015). Meer aandacht voor diagnostiek en medicatie bij ADHD. *Huisarts en wetenschap*, 58(7), 366-367. <http://dx.doi.org/10.1007/s12445-015-0196-0>
- Lund, T. (2012). Combining qualitative and quantitative approaches: some arguments for mixed method research. *Scandinavian journal of educational research*, 56(2), 155-165. <http://dx.doi.org/10.1080/003131831.2011.568674>
- Mann, H. B., & Whitney, D. R. (1947). On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. *Annals of Mathematical Statistics*, 18, 50-60.
- Malcolm, L. (1986). The too few cases/too many variables problem in implementation research. *Western Political Quarterly*, 39(2), 328-347. <https://doi.org/10.1177/106591298603900210>
- Marshall, B., Cardon, P., Poddar, A., & Fontenot, R. (2015). Does sample size matter in qualitative research? A review of qualitative interviews in research. *Journal of computer information systems*, 54(1), 11-22. <https://doi.org/10.1080/08874417.2013.11645667>
- [Magill, N., Knight, R., McCrone, P., Ismail, K. & Landau, S. \(2019\). A scoping review of the problems and solutions associated with contamination in trials of complex interventions in mental health. *BMC Medical Research Methodology*, 19\(4\), 1-13.](https://doi.org/10.1177/106591298603900210)
- [McHugh, M. L., \(2012\). Interrater reliability: the kappa statistic. *Biomedical Medicine*, 22\(3\), 276-282.](https://doi.org/10.1177/106591298603900210)
- McMahon, S. E. (2012). Doctors Diagnose, teachers label: The unexpected in pre-service teachers' talk about labelling children with ADHD. *International Journal of Pediatric Psychology*, 32, 643-654. <https://doi.org/10.1080/13603116.2010.481799>
- Meij, H., Zevalkink J., & Hubbard, F. (1994) Effecten van het instapje-programma. In J.M.A. Riksen-Walraven (red.). *Instapje, Ontwikkeling en evaluatie van een thuislessenprogramma voor Surinaamse opvoeders met een kind van een jaar*. Rijswijk/ Nijmegen: Ministerie van WVC/ Katholieke Universiteit van Nijmegen.
- Merten, E. C., Cwik, J. C., Margraf, J. & Schneider, S. (2017). Overdiagnosis of mental disorders in children and adolescents (in developed countries). *Child Adolescent Psychiatry Mental Health*, 11(5), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1186/s13034-016-0140-5>
- Metzger, A. N., & Hamilton, L. T. (2021), The stigma of ADHD: Teacher Ratings of Labeled Students. *Sage Journal*, 64(2), 258-279. <https://doi.org/10.1177/0731121420937739>
- Molina, B., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Sibley, M. H., Hechtman, L. T., Hinshaw, S. P., Abikoff, H. B., Stehli, A., Owens, E. B., Mitchell, J. T., Nichols, Q., Howard, A., Greenhill, L. L., Hoza, B., Newcorn, J. H., Jensen, P. S., Vitiello, B., Wigal, T., Epstein, J. N., Tamm, L., Lakes, K.D., Waxmonsky, J., Lerner, M., Etcovitch, J., Murray, D.W., Muenke, M., Acosta, M.T., Arcos-Burgos, M., Pelham, W.E. & Kraemer, H.C., MTA Cooperative Group. (2017). Young adult outcomes in the follow-up of the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder: symptom persistence, source discrepancy, and height suppression. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 58(6), 663-678. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12684>
- Molina, B. S. G., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Vitiello, B., Jensen, P. S., &

- Cooperative Grp, M. T. A. (2009). The MTA at 8 years: Prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(5), 484–500. <http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e31819c23d0>.
- Moore, D. A., Russell, A. E., Arnell, S., & Ford, T. J. (2017). Educators' experiences of managing students with ADHD: a qualitative study. *Child: Care, Health and Development*, 43, 489–498. <http://dx.doi.org/10.1111/cch.12448>.
- Murray, C., Weiss, M., Safren, S. A., Solanto, M. V., Hechtman, L., Rostain, A. L., & Rmasay, J. R. (2008). Research forum on psychological treatment of adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 642–651. <https://doi.org/10.1177/1087054708315063>
- NJI. (2021). *Werken aan kwaliteit van kinderopvang*. Geraadpleegd op 16 april 2022 via <https://www.nji.nl/nl>
- NJI. (2011). *Proceskwaliteit kinderopvang*. Geraadpleegd op 16 april 2022 via <https://www.nji.nl/kinderopvang/proceskwaliteit>.
- Oberon. (2016). *Samenwerking in beeld. Stand van zaken samenwerking basisscholen, peuterspeelzalen en kinderopvang*. Utrecht: Oberon.
- O' Brien, R. M., Douglas, C., Marquez, O., Hendrie, G. & Newton, G. (2016) Systematic review of school-based interventions to modify dietary behavior: Does intervention intensity impact effectiveness? *Journal of School Health*, 86(6), 452-463.
- Overduin, C. (2016). 'Kinderen moeten hier niets'. *Management Kinderopvang*, 22, 40 – 42. <https://doi.org/10.1007/s41190-016-123-z>
- Pan, P., Jonsson, U., Cakmak, S. S. S., Hage, A., Hohmann, S., Normann, H. N., Buitelaar, J. K., ... & Bolte, S. (2021). Headache in ADHD as comorbidity and a side effect of medications: a systematic review and meta-analysis, *Psychological Medicine*, 52, 14-24. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291721004141>
- Parens E., Johnston J., Burke, M. & Carey, W. B. (2011). Troubled Children: Diagnosing, Treating and Attending to Context. *The Hastings Center Report*, 41(2), S1-S32. <http://dx.doi.org/10.2307/41059014>
- Pepinsky, T. B. (2018). A note on Listwise deletion versus multiple imputation. *Political Analysis*, 26, 480 – 488. <http://dx.doi.org/10.1017/pan.2018.18>
- Pijl, S. J. (2010). Preparing teachers for inclusive education: Some reflections from the Netherlands. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 10(1), 197–201. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-3802.2010.01165.x>
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, A. G., Kieling, C. & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 434-442. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyt261>
- Ponnou S., & Gonon, F. (2017). How French media have portrayed ADHD to the lay public and to social workers, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 12, 1-10. <http://dx.doi.org/10.1080/17482631.2017.1298244>
- Ponnou, S., Haliday, H., & Gonon, F. (2019). Where to find accurate information on attention-deficit hyperactivity disorder? A study of scientific distortions among French websites, newspapers, and television programs. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health. Illness and Medicine*, 24(6), 684–700. <http://dx.doi.org/10.1177/1363459319831331>
- Raman, S. R., Man, K. K. C., Bahmanyar, S., Berard, A., Bilder, S., Boukhris, T., ... & Wong, I. C. K. (2018). Trends in attention-deficit hyperactivity disorder medication use: a retrospective observational study using population-based databases. *Lancet Psychiatry*, 5(10), 824-835. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30293-](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30293-)

- Rapport, M. D. & Moffitt, C. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder and methylphenidate. A review of height, weight, cardiovascular, and somatic complaint side effects, *Clinical Psychology review*, 22, 1107-1121.
- Riddle, M. A., Yershova, K., Lazzaretto, D., Paykina, N., Yenokyan, G., Greenhill, L., ...Posner, K. (2013). The preschool attention-deficit/hyperactivity disorder treatment study(PATS) 6-year follow-up, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(3), 264–278. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2012.12.007>.
- Riksen-Walraven, M., (2006). Pedagogische kwaliteit in de kinderopvang: doelstellingen en kwaliteitscriteria. *De kwaliteit van de Nederlandse kinderopvang. Boom. Amsterdam.*
- Rijksoverheid (2021). ADHD kinderen: ADHD-achtige symptomen bij kinderen 2020. Geraadpleegd op 13 december 2021 via <https://www.vzinfo.nl/adhd/kinderen>
- Rose, N. (2007). Beyond medicalization. *Lancet*, 369, 700-701. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60319-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60319-5)
- Ruijsenaars, A.J.J.M., Van den Bergh, P.M. & Drenth, J.M.L. (2012). *Orthopedagogiek: Ontwikkelingen, theorieën en modellen*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Sandelowski, M. (2000). Using qualitative and quantitative sampling, data collection and analysis techniques in mixed-methods studies. *Research in Nursing & Health*, 23, 246 – 255.
- Scahill, L., & Schwab-Stone, M. (2018). Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 9(3), 541 – 556. [http://dx.doi.org/10.1016/S1056-4993\(18\)30106-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1056-4993(18)30106-8)
- Scheffler, R. M., Brown, T. T., Fulton, B. D., Hinshaw, S. P., Levine, P., & Stone, S. (2009). Positive association between attention-deficit hyperactivity disorder medication use and academic achievement during elementary school. *Pediatrics*, 123(5), 1273-1279. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2008-1597>
- Shari, L. D. (2012). Sample size policy for qualitative studies using in-depth interviews. *Archives of sexual behavior*, 41, 1319 - 1320. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0016-6>
- Singer, E. & de Haan, D. (2013). *Speels, liefdevol en vakkundig*. Amsterdam: SWP.
- Slot, P., Jepma, IJ., Muller, P., Romijn, B., Bekkering, C., Leseman, P. (2019). Ontwikkelingen in de kwaliteit van de Nederlandse Kinderopvang, peuteropvang, buitenschoolse opvang en gastouderopvang. Geraadpleegd op 8 januari 2022 via https://www.monitorlkk.nl/pathtoimg.php?id=3515&image=rapport_final_lkk_gecombineerde_metingen_2017_2019_def_002.pdf
- Sluiter, M. (2021). *Wild and willful: Shifting perspective and approach towards ADHD*. University of Groningen. <http://dx.doi.org/10.33612/diss.156482785>
- Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'Donnell, D., & Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle, *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 35(4), 409-432. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199604000-00008>
- Stein, M. A., Sarampote, C. S., Waldman, I. D., Robb, A. S., Colon, C., Pearl, P. L., Black, D. O., Seymour, K. E., & Newcorn, J. H. (2003). A Dose Response Study of OROS Methylphenidate in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *American Academy of Pediatrics*, 112(5), 404-415. <https://doi.org/10.1542/peds.112.5.e404>
- Stauss, A., Corbin, J. (1994). Grounded Theory Methodology: An overview. In N Denzin & Y Lincoln. *Handbook of Qualitative Research*. 273-284.
- Strauss, M. E., & Smith, S. T. (2009). Construct validity: Advances in Theory and methodology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 1-25. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153639>
- Stemler, S. E. (2004). A comparison of consensus, consistency and measurement approaches

- to estimating interrater reliability. *Practical Assessment, Research and Evaluation*, 9(9), 1 – 11.
- Swanson, J.M., Arnold, L.E., Molina, B.S.G., et al. (2017). Young adult outcomes in the follow-up of the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder: symptom persistence, source discrepancy, and height suppression. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 58(6), 663-678. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12684>.
- Slack, M. K., & Draugalis, J. R. (2001). Establishing the interval and external validity. *American Journal of Health-system pharmacy*, 58(22), 2173 – 2181.
- Taylor E. & Sonuga-Barke E. J. S. (2008). Disorders of attention and activity In Rutter M., Bishop D., Pine D., Scott S., Stevenson J. S., Taylor E. A., Thapar A. (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5th ed., pp. 521–522–542). West Sussex, UK: John Wiley & Sons.
- Taylor, M. (2009). What is sensitivity analysis. *Health economics*, 1-8.
- Te Meerman, S., Batstra, L., Grietens, H., & Frances, A. (2017). ADHD: a critical update for educational professionals, *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 12, 1-7. <http://dx.doi.org/10.1080/17482631.2017.1298267>.
- Te Meerman, S. (2019). *ADHD and the power of generalization: exploring the faces of reification*. Geraadpleegd op 20 mei 2022 via <https://rug.on.worldcat.org/>
- Thomas, R., Mitchel, G. K., & Batstra, L. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder: are we helping or harming? *BMJ*, 346, 1-7. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f6172>
- Tenenberg, J. (2014). *Learning through observing practice*. *Studies in Higher education*, 41(4), 756- 733. <http://dx.doi.org/10.1080/03075079.2014.950954>
- Timimi, S. (2017). Non-diagnostic based approaches to helping children who could be labelled ADHD and their families. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 12(1), 1298270. <http://dx.doi.org/10.1080/17482631.2017.1298270>
- Timimi, S. & Leo, J. (2009). *Rethinking ADHD: From brain to culture*. Palgrave Macmillan. Lincoln.
- Torres-Acosta, N., O'Keefe, J. H., O'Keefe, C. L., & Lavie, C. J. (2020). Cardiovascular Effects of ADHD Therapies: JACC Review Topic of the Week. *Journal of the American College of Cardiology* 76(7), 858-866. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2020.05.081>
- Toizzi, I., Traverso, L., Usai, C. M. & Viterbori, P. (2021). Fostering Number sense in low SES children: A comparison between Low- and High-intensity interventions. *Mathematics education research Journal*, 33(2), 345- 363
- Valera, E. M., Varaone, S. V., Murray, K. E. & Seidman, L. J. (2007). Meta-analysis of structural imaging findings in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biology Psychiatry*, 61, 1361-1369. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.06.011>
- Visser, S., Danielson, M., Bitsko, R., Holbrook, J., Kogan, M., Ghandour, R., . . . & Blumberg, S. (2014). CDC Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity disorder, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1), 34-46. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.001>.
- Visser, S., Danielson, M., Bitsko, R., Holbrook, J., Kogan, M., Ghandour, R., . . . & Blumberg, S., Division of Health Interview Statistics, National Center for Health Statistics, CDC (2014). ANDERS DENKEN OVER ADHD?! Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity disorder: United states, 2003-2011. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1), 34-46. doi:10.1016/j.jaac.2013.09.001.
- Vogt, H., & Lunde, C. (2018). Drug treatment of ADH – tenuous scientific basis. *Tidsskriftet \ den Norske Legeforening*, 1-6. <http://dx.doi.org/10.1007/s40474-015-0039-5>

- Wienen, A. W., Sluiter, M. N., Thoutenhoofd, E., de Jonge, P., & Batstra, L. (2019). The advantages of an ADHD classification from the perspective of teachers. *European Journal of Special Needs Education, 34*(5), 649–662. <http://dx.doi.org/10.1080/08856257.2019.1580838>
- Van den Baar, A. H. (2019). *Van Dale Groot woordenboek Nederlands*. Eerste druk, van Dale.
- Van Geloven, N. (2016). *T-toets*. Geraadpleegd op 14 juni 2022 van https://wikistatistiek.amc.nl/index.php/T-toets#ongepaarde_t-toets
- Van Wijk, Faber, M. J., Tanke, M. A. C., Jeurissem, P. T., & Westert, G. P. (2016). Medicalisation and Overdiagnosis: What Society does to Medicine. *International Journal of Health and Policy Magazine, 5*(11), 619-622. <http://dx.doi.org/10.15171/ijhpm.2016.121>.
- Van de Weijenbergh, A. (2020). Net even anders. *Management kinderopvang, 26*, 15. <https://doi.org/10.1007/s41190-020-0874-4>
- Van der Woude. (2021). Ijsbrand Jepma: ‘Huidige cao maakt een educatieve kwaliteitsslag onmogelijk’. Geraadpleegd op 18 juni 2021 via <https://academic.oup.com/ajhp/article-abstract/58/22/2173/5158380>
- Woolson, R. F. (2008). Wilcoxon Signed-Rank test. *Wiley Encyclopedia of Clinical Trials, 1-3*.
- Wright N, Moldavsky M, Schneider, J., Chakrabarti, I., Coates, J, Daley, D., ... & Sayal, K. (2015). Practitioner review: pathways to care for ADHD—a systematic review of barriers and facilitators. *Journal of Child Psychol Psychiatry 56*, 598- 617. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12398>
- Yoo, J. H., Sharma, V., Kim, J., McMakin, D. L., Hong, S., Zalesky, A., Kim, B. & Ryan, N. D. (2020). Prediction of sleep side effects following methylphenidate treatment in ADHD youth, *NeuroImage Clinical, 26*, 1- 23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nicl.2019.102030>
- Zalsman, G., & Shilton, T. (2016). Adult ADHD: A new disease?. *International Journal Of Psychiatry In Clinical Practice, 20*(2), 70-76. <http://dx.doi.org/10.3109/13651501.2016.1149197>
- Zoega, H., Valdimarsdotti, U. A., & Hernandez-Diaz, S. (2012). Age, Academic Performance, and Stimulant Prescribing for ADHD: A nationwide Cohort Study. *Pediatrics. 130*(6), 1012-1018. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2012-0689>

Bijlagen

Bijlage 1. Informatie formulier deelname onderzoek

INFORMATIE OVER HET ONDERZOEK

VERSIE VOOR DEELNEMERS

“EFFECTEN VAN DE TRAINING DRUK & DWARS VOOR EDUCATIEVE PROFESSIONALS OP HUN ERVAREN ZELF-EFFECTIVITEIT EN HUN PERCEPTIE VAN PROBLEEMGEDRAG OP DE GROEP”

➤ **Waarom krijg ik deze informatie?**

Uw organisatie is bereid mee te werken aan een onderzoek naar het effect van een training van 6 bijeenkomsten op de ervaren zelf-effectiviteit van educatieve professionals en hun perceptie van probleemgedrag op de groep. Dit betekent dat we medewerkers van de organisatie mogen benaderen met de vraag om te participeren in het onderzoek. Het betreft een onderzoek door prof. dr. Laura Batstra en drs. Marieke van Roy van de Faculteit Gedrags- en Maatschappij Wetenschappen van de Rijksuniversiteit van Groningen.

➤ **Moet ik meedoen aan dit onderzoek?**

Meedoen aan het onderzoek is vrijwillig. Wel is uw toestemming nodig. Lees deze informatie daarom goed door. Stel alle vragen die u misschien heeft, bijvoorbeeld omdat u iets niet begrijpt. Pas daarna besluit u of u wilt meedoen. Als u besluit om niet mee te doen, hoeft u niet uit te leggen waarom, en zal dit geen negatieve gevolgen voor u hebben. Dit recht geldt op elk moment, dus ook nadat u hebt toegestemd in deelname aan het onderzoek.

➤ **Waarom dit onderzoek?**

Het doel van de studie is onderzoeken wat het effect van de training Druk & Dwars is op de perceptie van educatieve professionals (zoals pedagogisch medewerkers) van probleemgedrag op de groep en op hun ervaren zelf-effectiviteit. Zelf-effectiviteit betekent de mate van controle die iemand voelt tijdens het werken met kinderen op de groep. We nemen vragenlijsten af bij pedagogisch medewerkers die de training op dat moment volgen en pedagogisch medewerkers die de training op een later moment of helemaal niet volgen. Op die manier kunnen we onderzoeken of de training verschil maakt als het gaat om gerapporteerde zelf-effectiviteit en de perceptie van probleemgedrag op de groep.

➤ **Wat vragen we van u tijdens het onderzoek?**

We vragen pedagogisch medewerkers die de training volgen om drie keer een vragenlijst in te vullen: direct voor de training, direct na de training en 6 tot 8 weken na de training. Aan pedagogisch medewerkers die de training niet of nog niet volgen vragen we hetzelfde, zodat we het eventuele effect van de training kunnen vergelijken met het effect van gewoon de tijd, zonder training.

Het invullen van de vragenlijsten kost per keer circa 20 minuten. Een van de onderzoekers komt langs om de papieren vragenlijsten af te nemen.

De vragen in de vragenlijsten gaan over eventueel probleemgedrag van kinderen op uw groep en over uw ervaren gevoel van zelf-effectiviteit tijdens het uitoefenen van uw werk. Daarnaast zullen we enkele demografische vragen stellen, zoals wat uw leeftijd, sexe en aantal jaar werkervaring is.

➤ **Welke gevolgen kan deelname hebben?**

Deelnemers aan de training krijgen informatie en handvatten betreffende het omgaan met druk en dwars kindgedrag op de groep.

Wij verwachten geen negatieve effecten van deelname aan het onderzoek door op drie momenten een vragenlijst in te vullen. Mocht u deze toch ervaren voel u dan vrij om contact op te nemen met de onderzoekers (l.batstra@rug.nl of a.c.m.van.roy@rug.nl).

➤ **Hoe gaan we met uw gegevens om?**

De resultaten van het onderzoek zullen wij beschrijven in internationale en nationale artikelen, in scripties in en in media, en we zullen deze terugkoppelen naar deelnemende organisaties en naar de praktijk in het algemeen in vakbladen. We zullen hierbij de gegevens alleen op geaggregeerd niveau beschrijven. Dit betekent dat we groepsgegevens beschrijven die niet terug te leiden zijn naar uw persoon. De antwoorden op de papieren vragenlijsten worden ingevoerd in digitale bestanden. In onze databestanden zullen uw antwoorden op de vragenlijsten worden gedeïdentificeerd. Dit betekent dat ze niet te herleiden zijn tot uw persoon, omdat we ze niet onder uw naam of emailadres bewaren maar onder een code (participant 1, participant 2, locatie A, locatie B, enzovoort). Deze codes en uw antwoorden worden op een andere plek bewaard dan uw persoonlijke gegevens. Alleen Marieke van Roy en Laura Batstra hebben gedurende het onderzoek toegang tot uw persoonlijke gegevens, zoals uw emailadres of de locatie waar u werkt. Deze gegevens worden na het onderzoek, dat wil zeggen nadat u voor de derde en laatste keer vragen heeft ingevuld, gewist. Tot die tijd kunt u zelf op elk moment besluiten dat u uw gegevens in wilt zien, aan wilt passen of wilt laten verwijderen uit het onderzoek. Alleen de gegevens die zonder naam en met code zijn opgeslagen zullen worden gebruikt in publicaties over het onderzoek.

De papieren vragenlijsten worden direct na digitaal invoeren vernietigd. De gedeïdentificeerde databestanden zullen 10 jaar lang bewaard worden in de beveiligde online omgeving van de universiteit. Alleen Marieke van Roy en Laura Batstra hebben toegang tot deze bestanden. De gedeïdentificeerde bestanden kunnen eventueel hergebruikt worden voor onderzoek, nadat contact op is genomen met de onderzoekers.

➤ **Wat moet u nog meer weten?**

U kunt altijd vragen stellen over het onderzoek: nu, tijdens het onderzoek, en na afloop. Dit kan door een een van de betrokken onderzoekers te e-mailen (l.batstra@rug.nl of a.c.n.van.roy@rug.nl) of te bellen (050-3636566), of door een aanwezige onderzoeker aan te spreken.

Heeft u vragen/zorgen over uw rechten als onderzoeksdeelnemer of de uitvoering van het onderzoek? U kunt hierover ook contact opnemen met de Ethische Commissie Gedrags- en Maatschappijwetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen: ec-bss@rug.nl.

Heeft u vragen of zorgen over hoe er met uw persoonsgegevens wordt omgegaan? U kunt hierover ook contact opnemen met de Functionaris Gegevensbescherming van de Rijksuniversiteit Groningen: privacy@rug.nl.

Als onderzoeksdeelnemer heeft u recht op een kopie van deze onderzoeksinformatie.

Bijlage 2. Toestemmingsformulier deelname onderzoek

GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

“EFFECTEN VAN DE TRAINING DRUK & DWARS VOOR EDUCatieve PROFESSIONALS OP HUN ERVAREN ZELF-EFFECTIVITEIT EN HUN PERCEPTIE VAN PROBLEEMGEDRAG OP DE GROEP”

- Ik heb de informatie over het onderzoek gelezen. Ik heb genoeg gelegenheid gehad om er vragen over te stellen.
- Ik begrijp waar het onderzoek over gaat, wat er van me gevraagd wordt, welke gevolgen deelname kan hebben, hoe er met mijn gegevens wordt omgegaan, en wat mijn rechten als deelnemer zijn.
- Ik begrijp dat deelname aan het onderzoek vrijwillig is. Ik kies er zelf voor om mee te doen. Ik kan op elk moment stoppen met meedoen. Als ik stop, hoef ik niet uit te leggen waarom. Stoppen zal geen negatieve gevolgen voor mij hebben.
- Ik geef hieronder aan waar ik toestemming voor geef.

Toestemming voor deelname aan het onderzoek:

Ja, ik geef toestemming voor deelname aan het onderzoek.

Nee, ik geef geen toestemming voor deelname.

Toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens:

Ja, ik geef toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens zoals vermeld in de onderzoeksinformatie.

Nee, ik geef geen toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens

Volledige naam deelnemer:	Handtekening deelnemer:	Datum:

Volledige naam aanwezige onderzoeker:	Handtekening onderzoeker:	Datum:

De aanwezige onderzoeker verklaart dat de deelnemer uitvoerig over het onderzoek is geïnformeerd.

U heeft recht op een kopie van dit toestemmingsformulier.

Vragenlijst Voormeting SKSG

Hieronder vragen we eerst een aantal persoonsgegevens die we nodig hebben om uw voormeting straks aan uw nameting en follow-up meting te kunnen koppelen. We slaan uw antwoorden op onder een code en bewaren uw persoonsgegevens in een ander bestand. Direct na de laatste meting zullen we uw persoonsgegevens (naam, locatie waar u werkt) wissen.

Uw naam:

De locatie waar u werkt:

Hieronder volgt de vragenlijst van de voormeting:

1. Wat is uw leeftijd?

2. Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw
- Anders

3. Wat is uw hoogst genoten opleiding?

4. Wat is uw functie?

5. Wat voor soort opvang bent u werkzaam (bijv. Buitenschoolse opvang, Kinderdagverblijf,

Gastouder)?

6. Hoe lang werkt u al in de kinderopvang?

7. Bij hoeveel kinderen op uw groep speelt volgens u momenteel ADHD-problematiek (al dan niet gediagnosticeerd)?

8. Geef alstublieft aan in hoeverre u het eens bent met de onderstaande stellingen:

	helemaal eens (1)	deels eens (2)	deels oneens (3)	helemaal oneens (4)
1. ADHD veroorzaakt hyperactiviteit, impulsiviteit en concentratieproblemen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Een diagnose ADHD is nodig om te bepalen welke behandelingen je in kunt zetten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ADHD zit voor 70 tot 80% in de genen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Kinderen met ADHD hebben kleinere hersenen of hersendelen dan kinderen zonder ADHD.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Kinderen met ADHD hebben een tekort aan een bepaald stofje in het brein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ADHD-medicatie vult dat stofje waar tekort van is in de hersenen weer aan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Door het gebruik van ADHD-medicatie verbeteren schoolprestaties van kinderen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ADHD-medicatie is effectief op de lange termijn (langer dan drie jaar).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Geef aan in hoeverre u het eens bent met de onderstaande stellingen:

	Helemaal niet waar (1)	Nauwelijks waar (2)	Een beetje waar (3)	Helemaal waar (4)
1. Ik ben ervan overtuigd dat ik zelfs de moeilijkste kinderen nieuwe dingen kan leren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ik weet dat ik een positieve relatie met ouders kan handhaven, zelfs als er spanningen ontstaan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Als ik veel moeite doe, ben ik in staat ook de meest moeilijke kinderen te bereiken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ik ben ervan overtuigd dat ik met het verstrijken van de jaren steeds beter zal worden in het tegemoet komen aan de behoeften van de kinderen in mijn groep.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Zelfs als ik word gestoord tijdens een activiteit of in het contact met een kind, ben ik vol vertrouwen dat ik mijn rust kan bewaren en de activiteit of het contactmoment goed kan vervolgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ik ben vol vertrouwen over mijn vermogen om te reageren op de behoeften van de kinderen, zelfs als ik een slechte dag heb.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Als ik genoeg moeite doe, weet ik dat ik een positieve invloed kan uitoefenen op de verschillende ontwikkelingsgebieden en ontwikkelingstaken van de kinderen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ik ben ervan overtuigd dat ik creatieve manieren kan vinden om om te gaan met beperkingen in de kinderopvang (zoals bezuinigingen of problemen rondom bemensing) en het werk goed kan vervolgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ik weet dat ik de kinderen kan motiveren om deel te nemen aan vernieuwende activiteiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ik weet dat ik vernieuwende activiteiten kan uitvoeren die passen bij de ontwikkelingstaken van de kinderen, zelfs als ik word tegengewerkt door sceptische collega's.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. De volgende vragen kunt u invullen voor 1 kind op de groep waarvan u het meeste drukke en dwarse gedrag ervaart.

	Niet waar	Een beetje waar	Zeker waar
Houdt rekening met gevoelens van anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rusteloos, overactief, kan niet lang stilzitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klaagt vaak over hoofdpijn, buikpijn, of misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deelt makkelijk met andere kinderen (bijvoorbeeld speelgoed, snoep, potloden, enz.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft vaak driftbuien of woede-uitbarstingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nogal op zichzelf, neigt er toe alleen te spelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doorgaans gehoorzaam, doet gewoonlijk wat volwassenen vragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft veel zorgen, lijkt vaak over dingen in te zitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behulpzaam als iemand zich heeft bezeerd, van streek is of zich ziek voelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constant aan het wiebelen of friemelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft minstens één goede vriend of vriendin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vecht vaak met andere kinderen of pest ze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaak ongelukkig, in de put of in tranen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wordt over het algemeen aardig gevonden door andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemakkelijk afgeleid, heeft moeite om zich te concentreren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zenuwachtig of zich vastklappend in nieuwe situaties, verliest makkelijk zelfvertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aardig tegen jongere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt of bedriegt vaak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wordt getreiterd of gepest door andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Niet waar	Een beetje	Zeker waar

	waar		
Biedt vaak vrijwillig hulp aan anderen (ouders, groepsleiders, andere kinderen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denkt na voor iets te doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pikt dingen thuis, op de kinderopvang of op andere plaatsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan beter opschieten met volwassenen dan met andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voor heel veel bang, is snel angstig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maakt opdrachten af, kan de aandacht goed vasthouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heeft u nog opmerkingen:

De volgende vragen gaan nog steeds over het kind op de groep waarvan u het meeste drukke en dwarse gedrag ervaart. Wilt u aankruisen wat van toepassing is?

Denkt u over het geheel genomen dat dit kind moeilijkheden heeft op één of meer van de volgende gebieden: emoties, concentratie, gedrag of vermogen om met andere mensen op te schieten?

- Nee
- Ja, kleine moeilijkheden
- Ja, duidelijke moeilijkheden
- Ja, ernstige moeilijkheden
-

Als u "Ja" heeft geantwoord, wilt u dan alstublieft de volgende vragen over deze moeilijkheden beantwoorden?

Hoe lang bestaan deze moeilijkheden?

- Korter dan een maand
- 1-5 maanden
- 6-12 maanden
- Meer dan een jaar

Maken de moeilijkheden het kind overstuur of van slag?

- Helemaal niet
- Een beetje maar
- Tamelijk
- Heel erg

Belemmeren de moeilijkheden het dagelijks contact van het kind met leeftijdsgenoten?

- Helemaal niet
- Een beetje maar
- Tamelijk

- Heel erg

Belemmeren de moeilijkheden het dagelijks vermogen van het kind om nieuwe dingen te leren?

- Helemaal niet
- Een beetje maar
- Tamelijk
- Heel erg

Belasten de moeilijkheden u of de klas als geheel?

- Helemaal niet
- Een beetje maar
- Tamelijk
- Heel erg

Dit is het einde van de vragenlijst. Heel hartelijk dank voor het invullen!

*Bijlage 4. Vragenlijst nameting***Vragenlijst nameting SKSG**

Hieronder vragen we eerst een aantal persoonsgegevens die we nodig hebben om uw voormeting straks aan uw nameting en follow-up meting te kunnen koppelen. We slaan uw antwoorden op onder een code en bewaren uw persoonsgegevens in een ander bestand. Direct na de laatste meting zullen we uw persoonsgegevens (naam, locatie waar u werkt) wissen.

Uw naam:

De locatie waar u werkt:

Hieronder volgt de vragenlijst van de voormeting:

1. Wat is uw leeftijd?

2. Wat is uw geslacht?

Man

Vrouw

Anders

3. Wat is uw hoogst genoten opleiding?

4. Wat is uw functie?

5. Wat voor soort opvang bent u werkzaam (bijv. Buitenschoolse opvang, Kinderdagverblijf, Gastouder)?

6. Hoe lang werkt u al in de kinderopvang?

7. Bij hoeveel kinderen op uw groep speelt volgens u momenteel ADHD-problematiek (al dan niet gediagnosticeerd)?

8. Geef alstublieft aan in hoeverre u het eens bent met de onderstaande stellingen:

	helemaal eens (1)	deels eens (2)	deels oneens (3)	helemaal oneens (4)
1. ADHD veroorzaakt hyperactiviteit, impulsiviteit en concentratieproblemen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Een diagnose ADHD is nodig om te bepalen welke behandelingen je in kunt zetten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ADHD zit voor 70 tot 80% in de genen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Kinderen met ADHD hebben kleinere hersenen of hersendelen dan kinderen zonder ADHD.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Kinderen met ADHD hebben een tekort aan een bepaald stofje in het brein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ADHD-medicatie vult dat stofje waar tekort van is in de hersenen weer aan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Door het gebruik van ADHD-medicatie verbeteren schoolprestaties van kinderen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ADHD-medicatie is effectief op de lange termijn (langer dan drie jaar).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Geef aan in hoeverre u het eens bent met de onderstaande stellingen:

	Helemaal niet waar (1)	Nauwelijks waar (2)	Een beetje waar (3)	Helemaal waar (4)
1. Ik ben ervan overtuigd dat ik zelfs de moeilijkste kinderen nieuwe dingen kan leren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ik weet dat ik een positieve relatie met ouders kan handhaven, zelfs als er spanningen ontstaan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Als ik veel moeite doe, ben ik in staat ook de meest moeilijke kinderen te bereiken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ik ben ervan overtuigd dat ik met het verstrijken van de jaren steeds beter zal worden in het tegemoet komen aan de behoeften van de kinderen in mijn groep.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Zelfs als ik word gestoord tijdens een activiteit of in het contact met een kind, ben ik vol vertrouwen dat ik mijn rust kan bewaren en de activiteit of het contactmoment goed kan vervolgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ik ben vol vertrouwen over mijn vermogen om te reageren op de behoeften van de kinderen, zelfs als ik een slechte dag heb.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Als ik genoeg moeite doe, weet ik dat ik een positieve invloed kan uitoefenen op de verschillende ontwikkelingsgebieden en ontwikkelingstaken van de kinderen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ik ben ervan overtuigd dat ik creatieve manieren kan vinden om om te gaan met beperkingen in de kinderopvang (zoals bezuinigingen of problemen rondom bemensing) en het werk goed kan vervolgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ik weet dat ik de kinderen kan motiveren om deel te nemen aan vernieuwende activiteiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ik weet dat ik vernieuwende activiteiten kan uitvoeren die passen bij de ontwikkelingstaken van de kinderen, zelfs als ik word tegengewerkt door sceptische collega's.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. De volgende vragen kunt u invullen voor 1 kind op de groep waarvan u het meeste drukke en dwarse gedrag ervaart.

	Niet waar	Een beetje waar	Zeker waar
Houdt rekening met gevoelens van anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rusteloos, overactief, kan niet lang stilzitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klaagt vaak over hoofdpijn, buikpijn, of misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deelt makkelijk met andere kinderen (bijvoorbeeld speelgoed, snoep, potloden, enz.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft vaak driftbuien of woede-uitbarstingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nogal op zichzelf, neigt er toe alleen te spelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doorgaans gehoorzaam, doet gewoonlijk wat volwassenen vragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft veel zorgen, lijkt vaak over dingen in te zitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behulpzaam als iemand zich heeft bezeerd, van streek is of zich ziek voelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constant aan het wiebelen of friemelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft minstens één goede vriend of vriendin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vecht vaak met andere kinderen of pest ze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaak ongelukkig, in de put of in tranen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wordt over het algemeen aardig gevonden door andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemakkelijk afgeleid, heeft moeite om zich te concentreren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zenuwachtig of zich vastklampend in nieuwe situaties, verliest makkelijk zelfvertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aardig tegen jongere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt of bedriegt vaak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wordt getreiterd of gepest door andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Niet waar	Een beetje	Zeker waar

	waar		
Biedt vaak vrijwillig hulp aan anderen (ouders, groepsleiders, andere kinderen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denkt na voor iets te doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pikt dingen thuis, op de kinderopvang of op andere plaatsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan beter opschieten met volwassenen dan met andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voor heel veel bang, is snel angstig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maakt opdrachten af, kan de aandacht goed vasthouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heeft u nog opmerkingen:

De volgende vragen gaan nog steeds over het kind op de groep waarvan u het meeste drukke en dwarse gedrag ervaart. Wilt u aankruisen wat van toepassing is?

Denkt u over het geheel genomen dat dit kind moeilijkheden heeft op één of meer van de volgende gebieden: emoties, concentratie, gedrag of vermogen om met andere mensen op te schieten?

- Nee
- Ja, kleine moeilijkheden
- Ja, duidelijke moeilijkheden
- Ja, ernstige moeilijkheden
-

Als u "Ja" heeft geantwoord, wilt u dan alstublieft de volgende vragen over deze moeilijkheden beantwoorden?

Hoe lang bestaan deze moeilijkheden?

- Korter dan een maand
- 1-5 maanden
- 6-12 maanden
- Meer dan een jaar

Maken de moeilijkheden het kind overstuur of van slag?

- Helemaal niet
- Een beetje maar
- Tamelijk
- Heel erg

Belemmeren de moeilijkheden het dagelijks contact van het kind met leeftijdsgenoten?

- Helemaal niet
- Een beetje maar
- Tamelijk

- Heel erg

Belemmeren de moeilijkheden het dagelijks vermogen van het kind om nieuwe dingen te leren?

- Helemaal niet
- Een beetje maar
- Tamelijk
- Heel erg

Belasten de moeilijkheden u of de klas als geheel?

- Helemaal niet
- Een beetje maar
- Tamelijk
- Heel erg

Dit is het einde van de vragenlijst. Heel hartelijk dank voor het invullen!

*Bijlage 5. Vragenlijst follow-up.***Vragenlijst follow-up SKSG**

Hieronder vragen we eerst een aantal persoonsgegevens die we nodig hebben om uw voormeting straks aan uw nameting en follow-up meting te kunnen koppelen. We slaan uw antwoorden op onder een code en bewaren uw persoonsgegevens in een ander bestand. Direct na de laatste meting zullen we uw persoonsgegevens (naam, locatie waar u werkt) wissen.

Uw naam:

De locatie waar u werkt:

Hieronder volgt de vragenlijst van de voormeting:

1. Wat is uw leeftijd?

2. Wat is uw geslacht?

Man

Vrouw

Anders

3. Wat is uw hoogst genoten opleiding?

4. Wat is uw functie?

5. Wat voor soort opvang bent u werkzaam (bijv. Buitenschoolse opvang, Kinderdagverblijf, Gastouder)?

6. Hoe lang werkt u al in de kinderopvang?

7. Bij hoeveel kinderen op uw groep speelt volgens u momenteel ADHD-problematiek (al dan niet gediagnosticeerd)?

8. Geef alstublieft aan in hoeverre u het eens bent met de onderstaande stellingen:

	helemaal eens (1)	deels eens (2)	deels oneens (3)	helemaal oneens (4)
1. ADHD veroorzaakt hyperactiviteit, impulsiviteit en concentratieproblemen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Een diagnose ADHD is nodig om te bepalen welke behandelingen je in kunt zetten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ADHD zit voor 70 tot 80% in de genen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Kinderen met ADHD hebben kleinere hersenen of hersendelen dan kinderen zonder ADHD.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Kinderen met ADHD hebben een tekort aan een bepaald stofje in het brein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ADHD-medicatie vult dat stofje waar tekort van is in de hersenen weer aan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Door het gebruik van ADHD-medicatie verbeteren schoolprestaties van kinderen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ADHD-medicatie is effectief op de lange termijn (langer dan drie jaar).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Geef aan in hoeverre u het eens bent met de onderstaande stellingen:

	Helemaal niet waar (1)	Nauwelijks waar (2)	Een beetje waar (3)	Helemaal waar (4)
1. Ik ben ervan overtuigd dat ik zelfs de moeilijkste kinderen nieuwe dingen kan leren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ik weet dat ik een positieve relatie met ouders kan handhaven, zelfs als er spanningen ontstaan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Als ik veel moeite doe, ben ik in staat ook de meest moeilijke kinderen te bereiken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ik ben ervan overtuigd dat ik met het verstrijken van de jaren steeds beter zal worden in het tegemoet komen aan de behoeften van de kinderen in mijn groep.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Zelfs als ik word gestoord tijdens een activiteit of in het contact met een kind, ben ik vol vertrouwen dat ik mijn rust kan bewaren en de activiteit of het contactmoment goed kan vervolgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ik ben vol vertrouwen over mijn vermogen om te reageren op de behoeften van de kinderen, zelfs als ik een slechte dag heb.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Als ik genoeg moeite doe, weet ik dat ik een positieve invloed kan uitoefenen op de verschillende ontwikkelingsgebieden en ontwikkelingstaken van de kinderen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ik ben ervan overtuigd dat ik creatieve manieren kan vinden om om te gaan met beperkingen in de kinderopvang (zoals bezuinigingen of problemen rondom bemensing) en het werk goed kan vervolgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ik weet dat ik de kinderen kan motiveren om deel te nemen aan vernieuwende activiteiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ik weet dat ik vernieuwende activiteiten kan uitvoeren die passen bij de ontwikkelingstaken van de kinderen, zelfs als ik word tegengewerkt door sceptische collega's.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. De volgende vragen kunt u invullen voor 1 kind op de groep waarvan u het meeste drukke en dwarse gedrag ervaart.

	Niet waar	Een beetje waar	Zeker waar
Houdt rekening met gevoelens van anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rusteloos, overactief, kan niet lang stilzitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klaagt vaak over hoofdpijn, buikpijn, of misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deelt makkelijk met andere kinderen (bijvoorbeeld speelgoed, snoep, potloden, enz.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft vaak driftbuien of woede-uitbarstingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nogal op zichzelf, neigt er toe alleen te spelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doorgaans gehoorzaam, doet gewoonlijk wat volwassenen vragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft veel zorgen, lijkt vaak over dingen in te zitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behulpzaam als iemand zich heeft bezeerd, van streek is of zich ziek voelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constant aan het wiebelen of friemelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft minstens één goede vriend of vriendin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vecht vaak met andere kinderen of pest ze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaak ongelukkig, in de put of in tranen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wordt over het algemeen aardig gevonden door andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemakkelijk afgeleid, heeft moeite om zich te concentreren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zenuwachtig of zich vastklampend in nieuwe situaties, verliest makkelijk zelfvertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aardig tegen jongere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt of bedriegt vaak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wordt getreiterd of gepest door andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Niet waar	Een beetje	Zeker waar

	waar		
Biedt vaak vrijwillig hulp aan anderen (ouders, groepsleiders, andere kinderen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denkt na voor iets te doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pikt dingen thuis, op de kinderopvang of op andere plaatsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan beter opschieten met volwassenen dan met andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voor heel veel bang, is snel angstig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maakt opdrachten af, kan de aandacht goed vasthouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heeft u nog opmerkingen:

De volgende vragen gaan nog steeds over het kind op de groep waarvan u het meeste drukke en dwarse gedrag ervaart. Wilt u aankruisen wat van toepassing is?

Denkt u over het geheel genomen dat dit kind moeilijkheden heeft op één of meer van de volgende gebieden: emoties, concentratie, gedrag of vermogen om met andere mensen op te schieten?

- Nee
- Ja, kleine moeilijkheden
- Ja, duidelijke moeilijkheden
- Ja, ernstige moeilijkheden
-

Als u "Ja" heeft geantwoord, wilt u dan alstublieft de volgende vragen over deze moeilijkheden beantwoorden?

Hoe lang bestaan deze moeilijkheden?

- Korter dan een maand
- 1-5 maanden
- 6-12 maanden
- Meer dan een jaar

Maken de moeilijkheden het kind overstuur of van slag?

- Helemaal niet
- Een beetje maar
- Tamelijk
- Heel erg

Belemmeren de moeilijkheden het dagelijks contact van het kind met leeftijdsgenoten?

- Helemaal niet
- Een beetje maar
- Tamelijk

- Heel erg

Belemmeren de moeilijkheden het dagelijks vermogen van het kind om nieuwe dingen te leren?

- Helemaal niet
- Een beetje maar
- Tamelijk
- Heel erg

Belasten de moeilijkheden u of de klas als geheel?

- Helemaal niet
- Een beetje maar
- Tamelijk
- Heel erg

Dit is het einde van de vragenlijst. Heel hartelijk dank voor het invullen!

*Bijlage 6. Informatie formulier deelname onderzoek interview***INFORMATIE OVER HET ONDERZOEK**
VERSIE VOOR DEELNEMERS**“EFFECTEN VAN DE TRAINING DRUK & DWARS VOOR EDUCATIEVE PROFESSIONALS OP HUN ERVAREN ZELF-EFFECTIVITEIT EN HUN PERCEPTIE VAN PROBLEEMGEDRAG OP DE GROEP”****➤ Waarom krijg ik deze informatie?**

Uw organisatie is bereid mee te werken aan een onderzoek naar het effect van een training van 6 bijeenkomsten op de ervaren zelf-effectiviteit van educatieve professionals en hun perceptie van probleemgedrag op de groep. Dit betekent dat we medewerkers van de organisatie mogen benaderen met de vraag om te participeren in het onderzoek. Het betreft een onderzoek door prof. dr. Laura Batstra en drs. Marieke van Roy van de Faculteit Gedrags- en Maatschappij Wetenschappen van de Rijksuniversiteit van Groningen.

➤ Moet ik meedoen aan dit onderzoek?

Meedoen aan het onderzoek is vrijwillig. Wel is uw toestemming nodig. Lees deze informatie daarom goed door. Stel alle vragen die u misschien heeft, bijvoorbeeld omdat u iets niet begrijpt. Pas daarna besluit u of u wilt meedoen. Als u besluit om niet mee te doen, hoeft u niet uit te leggen waarom, en zal dit geen negatieve gevolgen voor u hebben. Dit recht geldt op elk moment, dus ook nadat u hebt toegestemd in deelname aan het onderzoek.

➤ Waarom dit onderzoek?

Het doel van de studie is onderzoeken wat het effect van de training Druk & Dwars is op de perceptie van educatieve professionals (zoals pedagogisch medewerkers) van probleemgedrag op de groep en op hun ervaren zelf-effectiviteit. Zelf-effectiviteit betekent de mate van controle die iemand voelt tijdens het werken met kinderen op de groep. We nemen naast vragenlijsten interviews af bij pedagogisch medewerkers die de training hebben gevolgd. Op die manier kunnen we onderzoeken of de training verschil maakt als het gaat om gerapporteerde zelf-effectiviteit en de perceptie van probleemgedrag op de groep.

➤ Wat vragen we van u tijdens het onderzoek?

We vragen pedagogisch medewerkers die de training, van Druk & Dwars, hebben gevolgd of zij naast het invullen van de drie vragenlijsten ook bereid zijn om aan een interview deel te nemen.

Deze deelname is eenmalig en kan zowel online als fysiek worden afgenomen. Het interview zal ongeveer een uur gaan duren. Tijdens het interview zal worden gevraagd om een geluidsopname te maken. Dit wordt gedaan om alle informatie naderhand zo goed mogelijk te verwerken. De geluidsopname van het interview zal worden getranscribeerd en na het transcriberen zal de geluidsopname direct verwijderd worden. Ter bescherming van uw gegevens worden uw persoonsgegevens in het getranscribeerde interview volledig geanonimiseerd en zullen niet te herleiden zijn.

Het interview zal gaan over hoe de pedagogisch medewerker de training heeft ervaren en in welke mate dit invloed heeft gehad op de visie, zelfeffectiviteit en de mate waarin gedragsproblematiek

➤ **Hoe gaan we met uw gegevens om?**

U kunt ten alle tijden vragen om uw gegevens en de geluidsopname te verwijderen. Dit kan zowel tijdens het interview als na het interview.

wordt ervaren. Daarnaast zullen we enkele persoonsgegevens vragen, zoals uw leeftijd en het aantal jaar werkervaring.

De geanonimiseerde getranscribeerde interviews zullen 10 jaar lang bewaard worden in de beveiligde online omgeving van de universiteit. Alleen Marieke van Roy en Laura Batstra hebben toegang tot deze bestanden. De geanonimiseerde bestanden kunnen eventueel hergebruikt worden voor onderzoek, nadat contact op is genomen met de onderzoekers.

De resultaten van het onderzoek zullen wij beschrijven in internationale en nationale artikelen, in scripties in en in media, en we zullen deze terugkoppelen naar deelnemende organisaties en naar de praktijk in het algemeen in vakbladen.

Alleen Marieke van Roy en Laura Batstra hebben naderhand toegang tot de verzamelde data. De getranscribeerde bestanden kunnen eventueel hergebruikt worden voor onderzoek, nadat contact op is genomen met de onderzoekers.

➤ **Welke gevolgen kan deelname hebben?**

Het interview zal gaan over hoe de pedagogisch medewerker de training heeft ervaren en in welke mate dit invloed heeft gehad op de visie, zelfeffectiviteit en de mate waarin gedragsproblematiek. Wij verwachten geen negatieve effecten van deelname aan het interview. Mocht u deze toch ervaren voel u dan vrij om contact op te nemen met de onderzoekers (l.batstra@rug.nl of a.c.m.van.roy@rug.nl).

➤ **Wat moet u nog meer weten?**

U kunt altijd vragen stellen over het onderzoek: nu, tijdens het onderzoek, en na afloop. Dit kan door een van de betrokken onderzoekers te e-mailen ((l.batstra@rug.nl of a.c.n.van.roy@rug.nl) of te bellen (050-3636566), of door een aanwezige onderzoeker aan te spreken.

Heeft u vragen/zorgen over uw rechten als onderzoeksdeelnemer of de uitvoering van het onderzoek? U kunt hierover ook contact opnemen met de Ethische Commissie Gedrags- en Maatschappijwetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen: ec-bss@rug.nl.

Heeft u vragen of zorgen over hoe er met uw persoonsgegevens wordt omgegaan? U kunt hierover ook contact opnemen met de Functionaris Gegevensbescherming van de Rijksuniversiteit Groningen: privacy@rug.nl.

Als onderzoeksdeelnemer heeft u recht op een kopie van deze onderzoeksinformatie.

*Bijlage 7. Toestemmingsformulier deelname onderzoek interview***GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING****“EFFECTEN VAN DE TRAINING DRUK & DWARS VOOR EDUCatieve PROFESSIONALS OP HUN ERVAREN ZELF-EFFECTIVITEIT EN HUN PERCEPTIE VAN PROBLEEMGEDRAG OP DE GROEP”**

- Ik heb de informatie over het onderzoek gelezen. Ik heb genoeg gelegenheid gehad om er vragen over te stellen.
- Ik begrijp waar het onderzoek over gaat, wat er van me gevraagd wordt, welke gevolgen deelname kan hebben, hoe er met mijn gegevens wordt omgegaan, en wat mijn rechten als deelnemer zijn.
- Ik begrijp dat deelname aan het onderzoek vrijwillig is. Ik kies er zelf voor om mee te doen. Ik kan op elk moment stoppen met meedoen. Als ik stop, hoef ik niet uit te leggen waarom. Stoppen zal geen negatieve gevolgen voor mij hebben.
- Ik geef hieronder aan waar ik toestemming voor geef.

Toestemming voor deelname aan het onderzoek:

Ja, ik geef toestemming voor deelname aan het interview; het gesprek mag worden opgenomen doormiddel van een geluidsopname.

Nee, ik geef geen toestemming voor deelname.

Toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens:

Ja, ik geef toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens zoals vermeld in de onderzoeksinformatie. Ik weet dat ten alle tijden kan vragen om mijn gegevens en/of de opname te laten verwijderen. Ook als ik besluit om vroegtijdig te stoppen met deelname, kan ik hierom vragen.

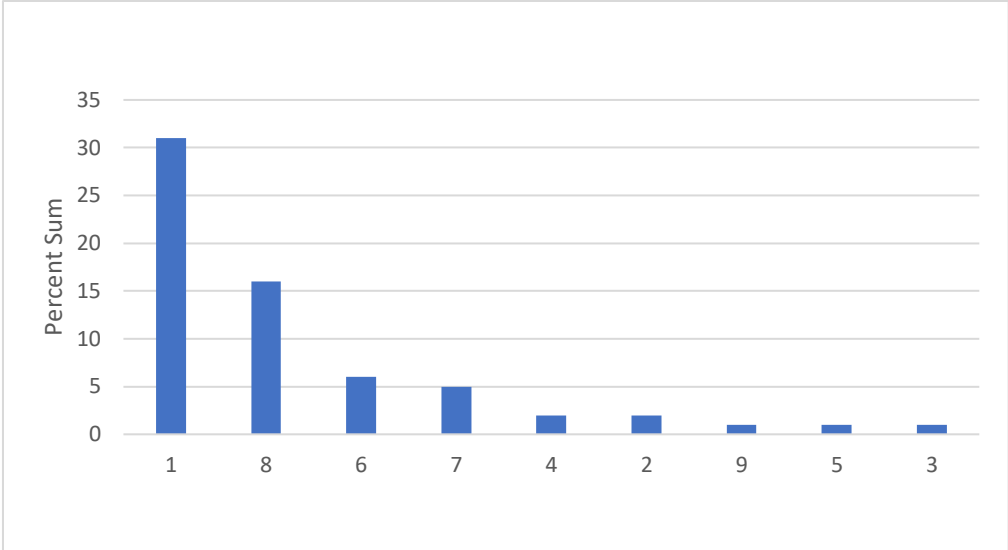
Nee, ik geef geen toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens en geluidsopname.

Volledige naam deelnemer:	Handtekening deelnemer:	Datum:

Volledige naam aanwezige onderzoeker:	Handtekening onderzoeker:	Datum:

De aanwezige onderzoeker verklaart dat de deelnemer uitvoerig over het onderzoek is geïnformeerd.

U heeft recht op een kopie van dit toestemmingsformulier.



*Bijlage 9. Cronbach's Alfa per meetmoment**Cronbach's alfa per meetmoment*

Meting	Cronbach's Alpha	Stelling	Cronbach's Alpha if deleted
Voormeting	.635	1	.615
		2	.671
		3	.592
		4	.569
		5	.555
		6	.583
		7	.612
		8	.608
Nameting	.887	1	.844
		2	.853
		3	.825
		4	.847
		5	.829
		6	.831
		7	.858
		8	.856
Follow-up	.859	1	.841
		2	.860
		3	.828
		4	.850
		5	.830
		6	.828
		7	.829
		8	.860

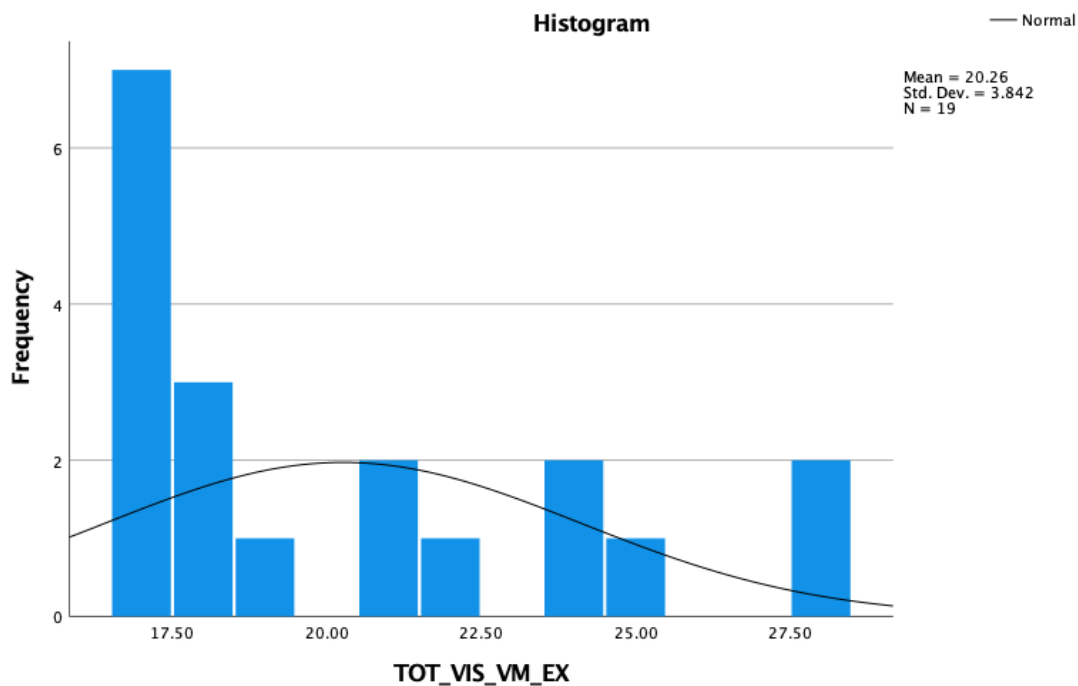
*Bijlage 10. Kolmogro-Smirnov en Shapiro-Wilk test.
Toets van normaliteit*

		Kolmogro – Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistics	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Voormeting	experimenteel	.177	32	.012	.928	32	.034
	controle	.167	9	.959	.200	9	.786
Nameting	experimenteel	.248	19	.003	.814	19	.002
	controle	.121	9	.200	.965	9	.847
Follow-up	experimenteel	.170	19	.149	.910	19	.073
	controle	.187	9	.200	.936	9	.542

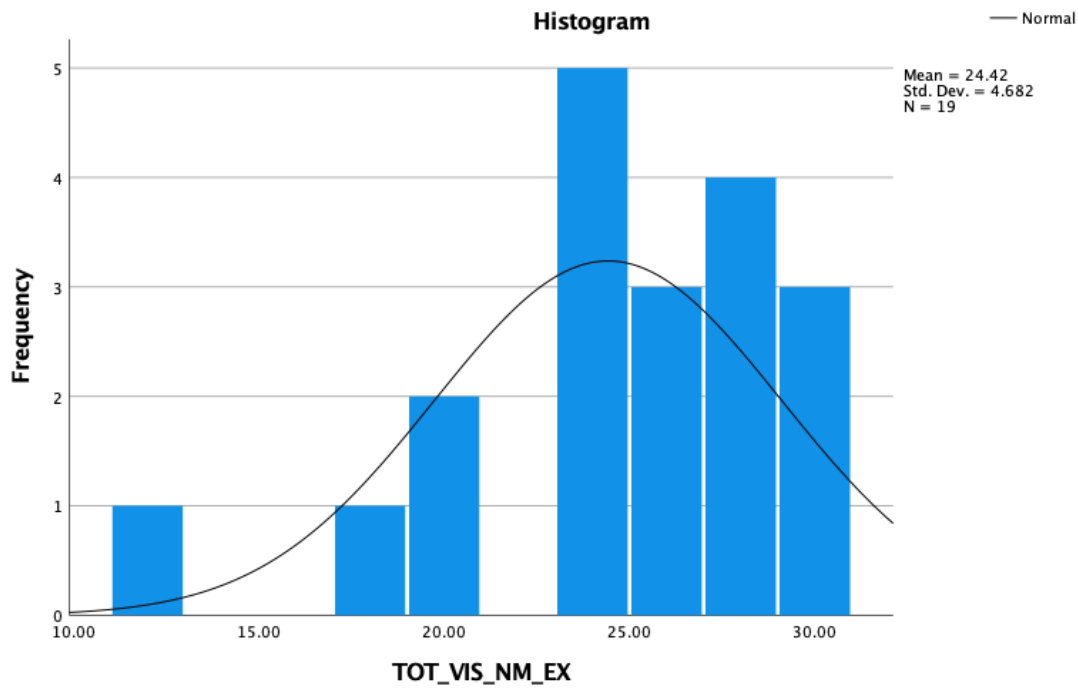
a. Lilliefors Significance Correction

Bijlage 11. Normaliteit assumpties visie – histogrammen.

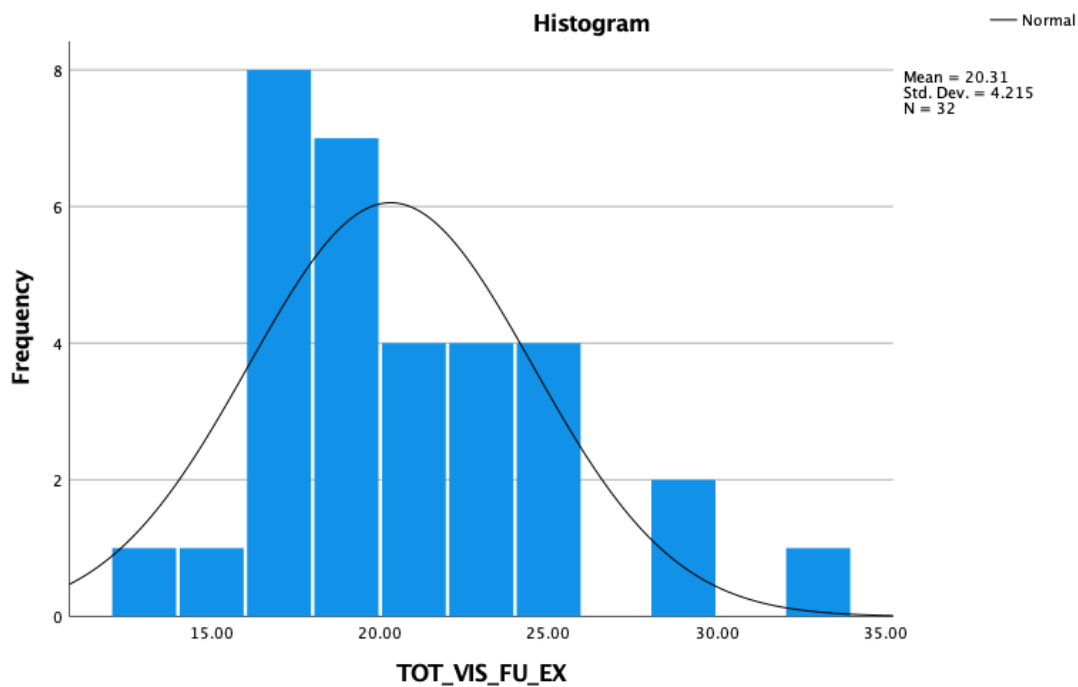
Bijlage 11a. Histogram verdeling totaalscores voormeting experimenteel



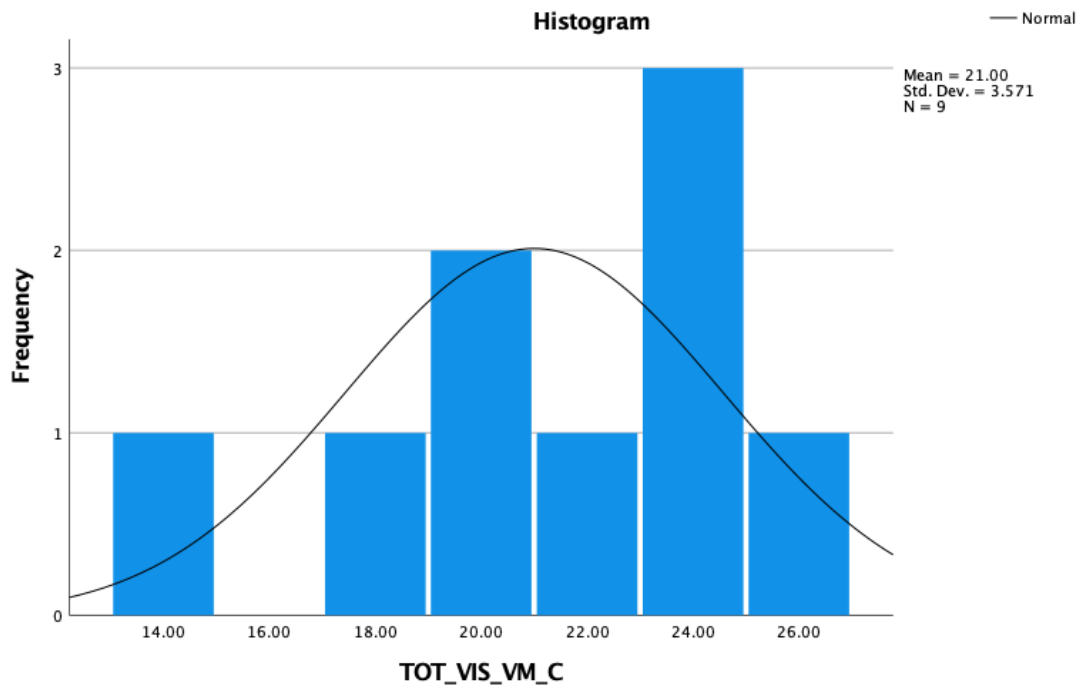
11b. Histogram verdeling totaalscores nameting experimenteel



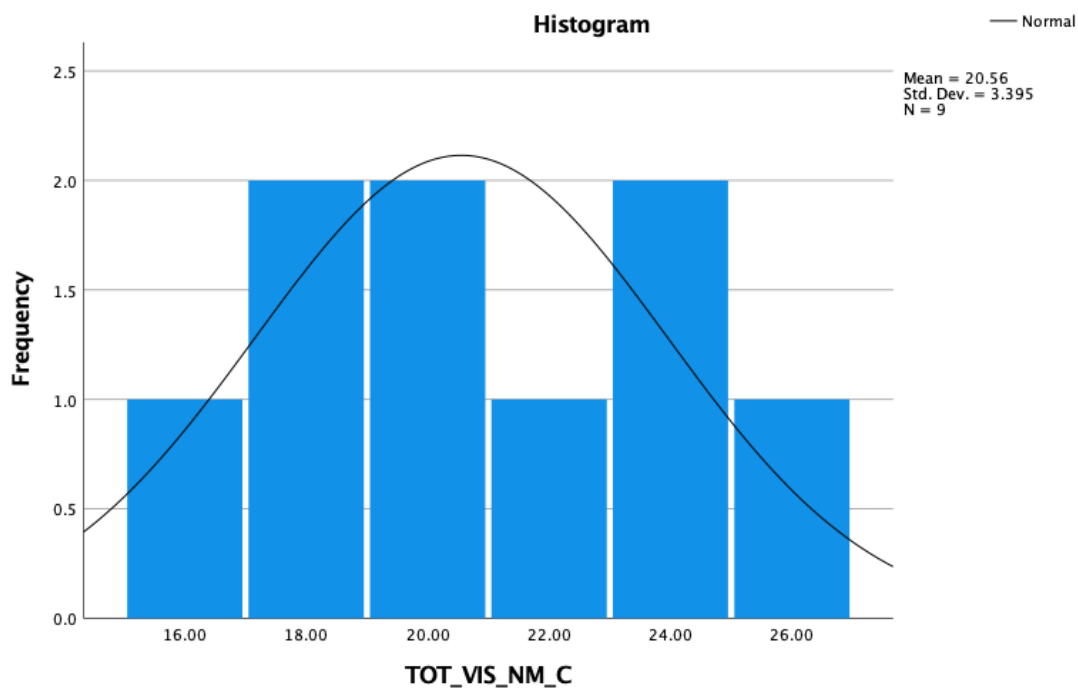
Bijlage 11c. Histogram verdeling totaalscores voormeting follow-up experimenteel



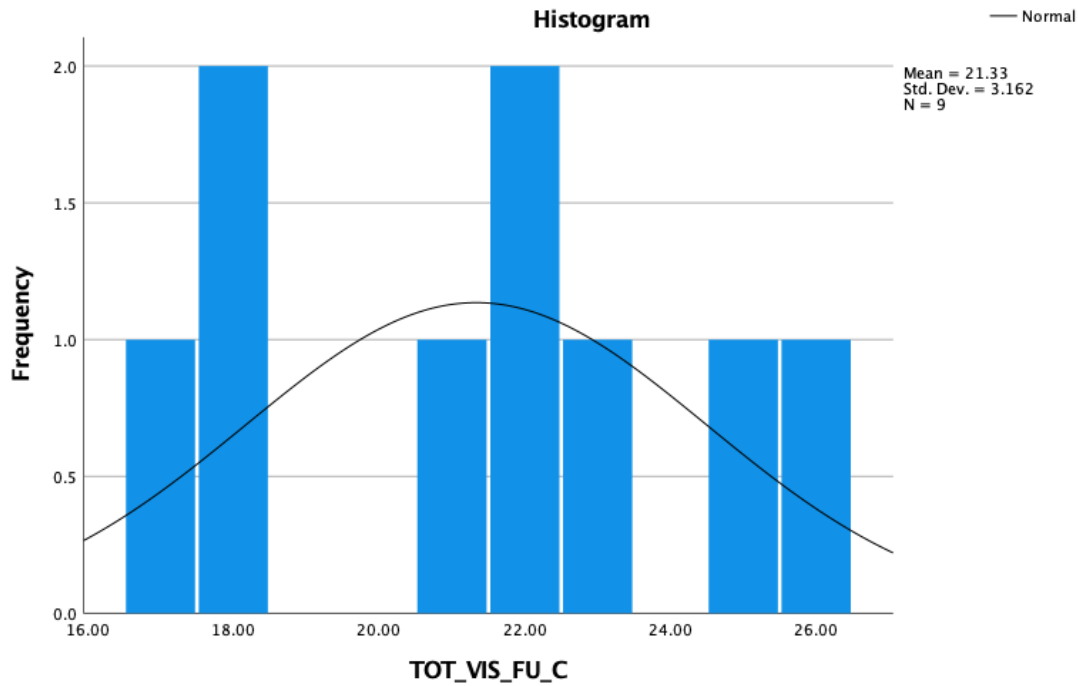
Bijlage 11d. Histogram verdeling totaalscores voormeting controle



Bijlage 11e. Histogram verdeling totaalscores nameting controle

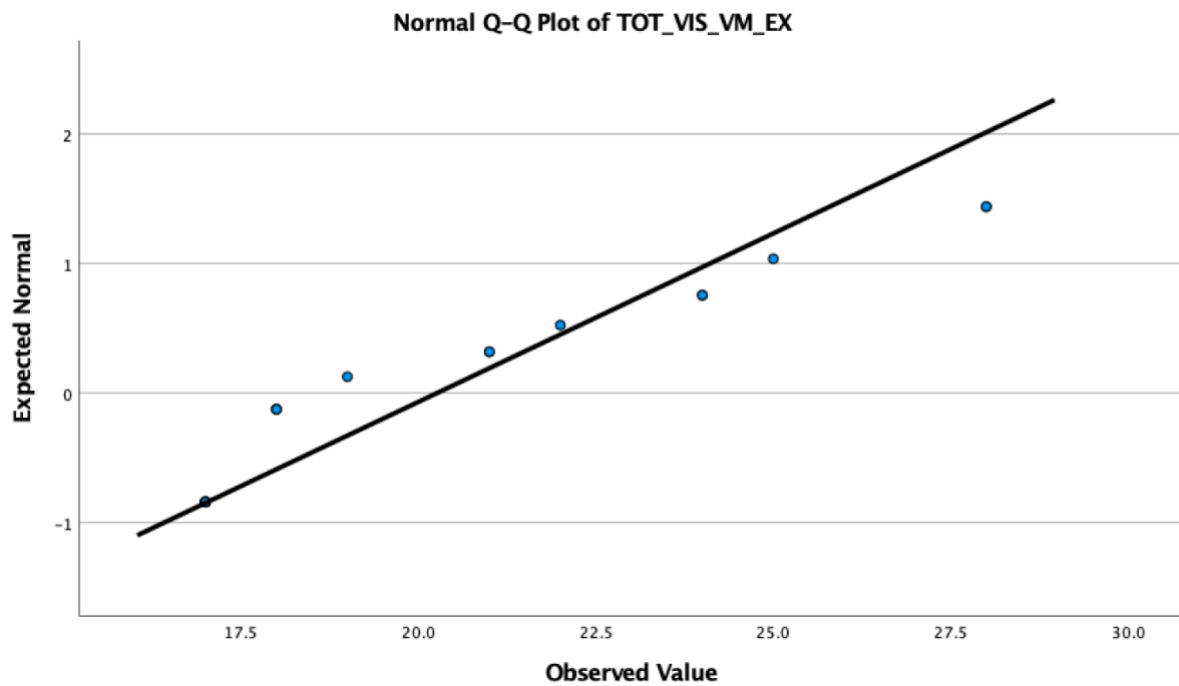


Bijlage 11f. Histogram verdeling totaalscores follow-up controle

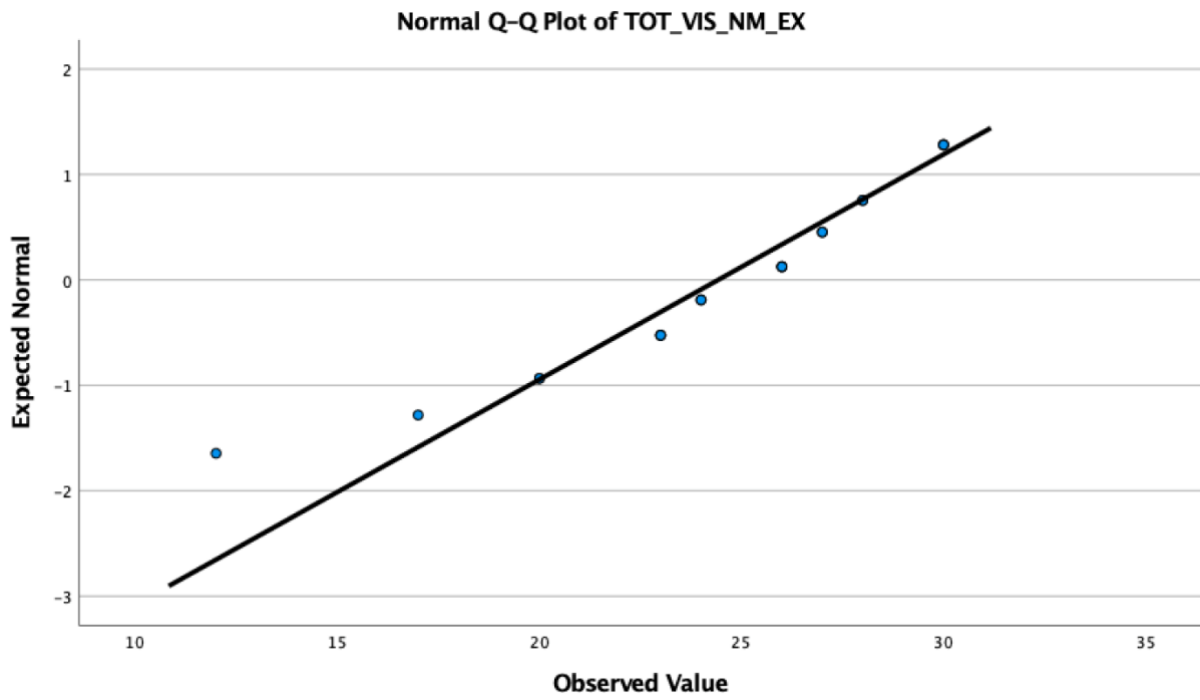


Bijlage 12. Q-Q plots variabele visie

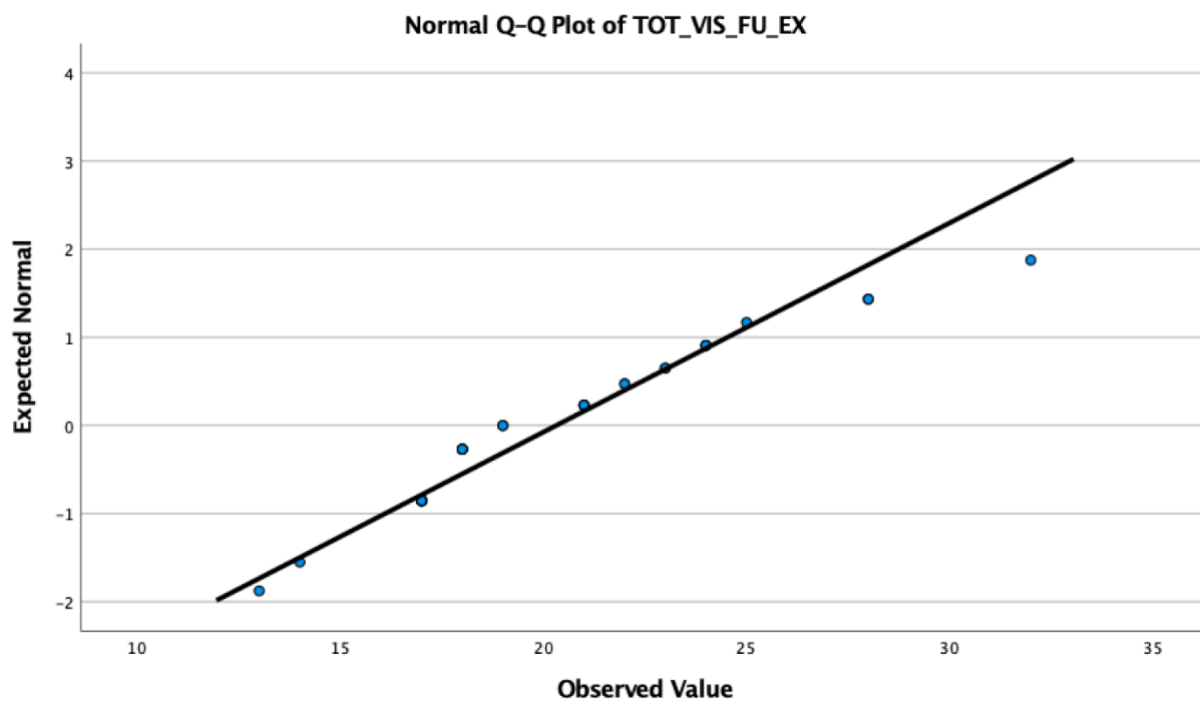
Bijlage 12a. Q-Q plot voormeting visie experimenteel



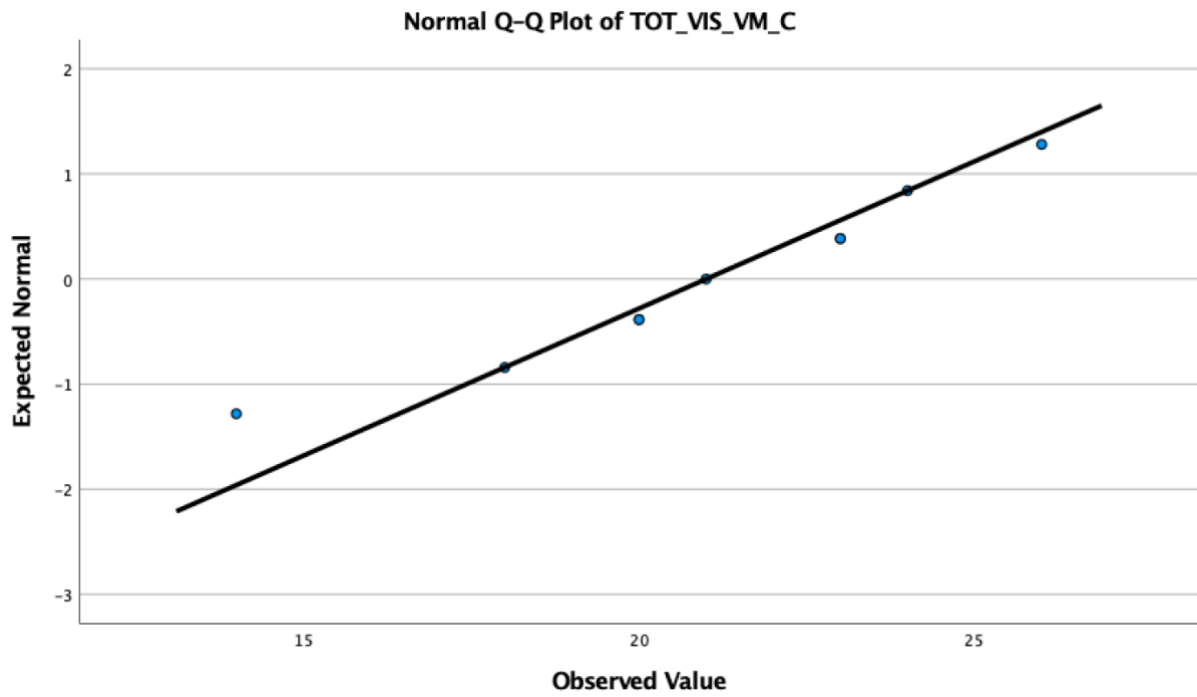
Bijlage 12b. Q-Q plot nameting visie experimenteel



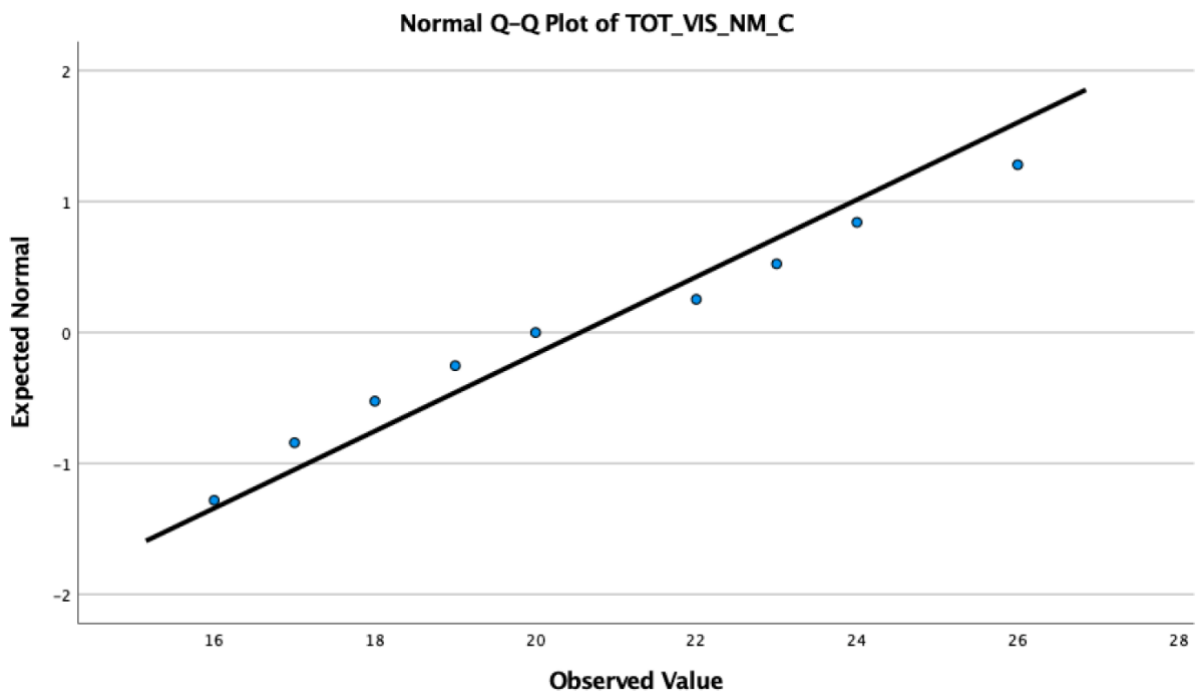
Bijlage 12c. Q-Q plot follow-up visie experimenteel



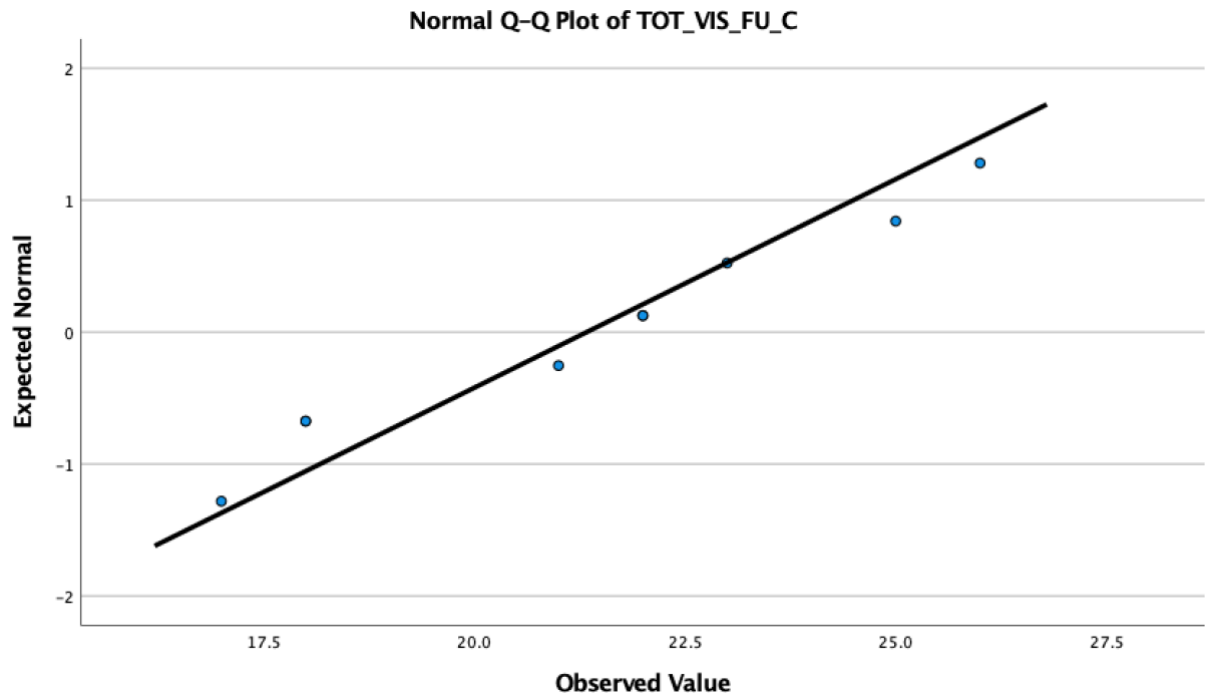
Bijlage 12d. Q-Q plot voormeting visie controle



Bijlage 12e. Q-Q plot nameting visie controle

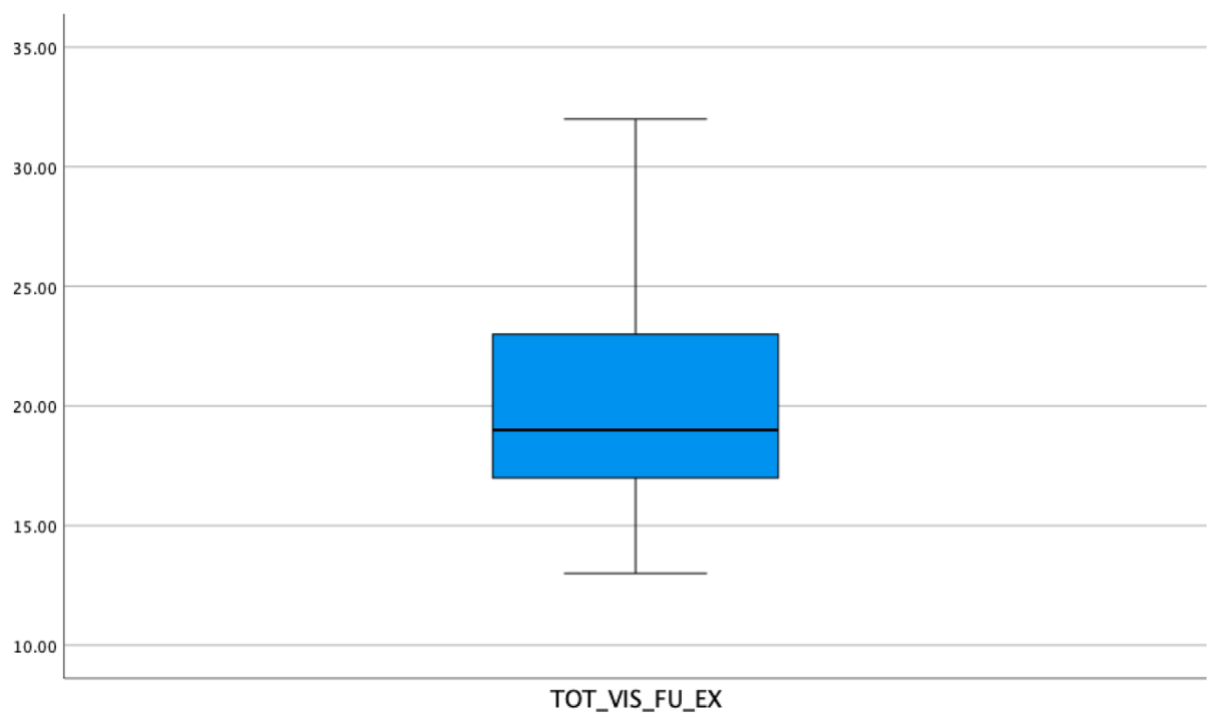


Bijlage 12f. Q-Q plot follow-up visie controle

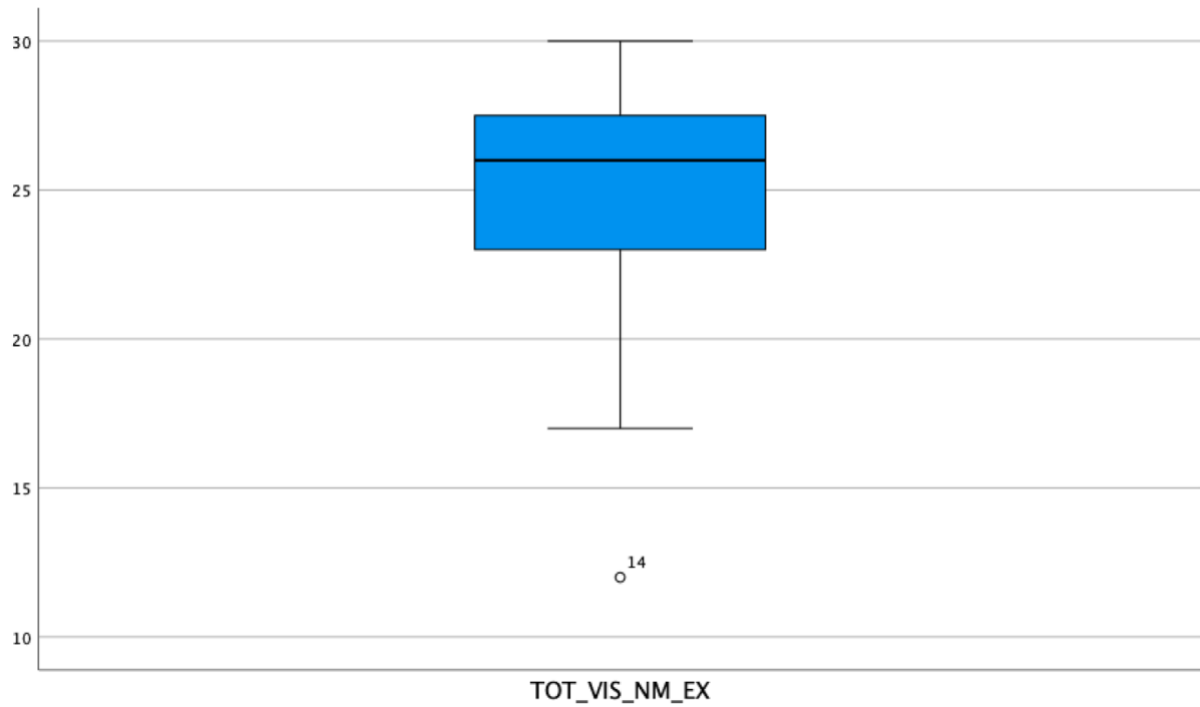


Bijlage 13. Boxplots verdeling en uitbijters visie per meting en groep

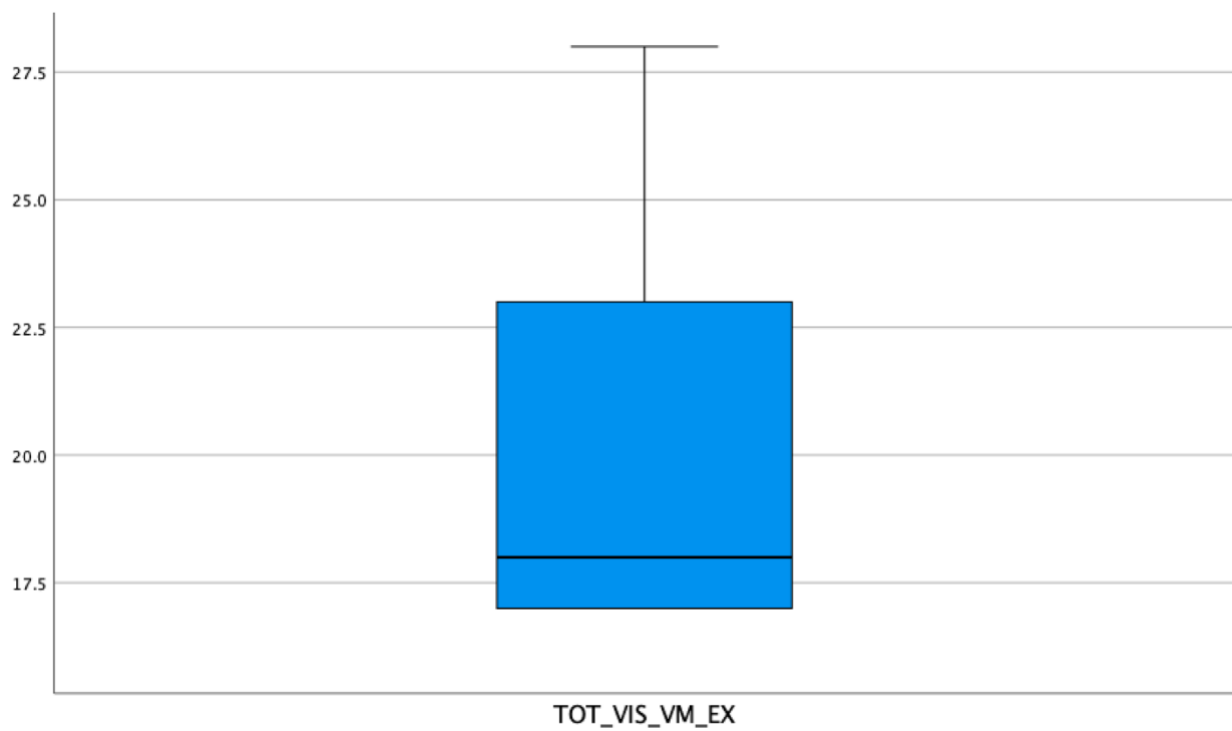
Bijlage 13a. Boxplots verdeling en uitbijters experimenteel voormeting



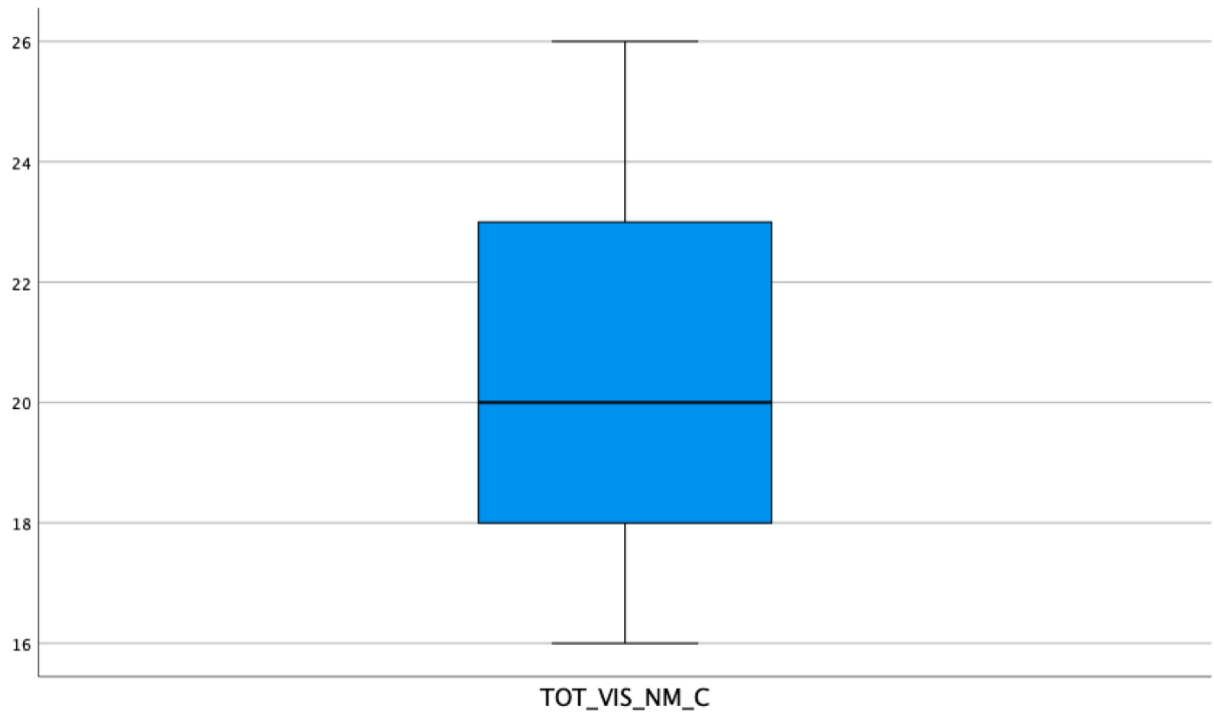
Bijlage 13b. Boxplots verdeling en uitbijters experimenteel nameting



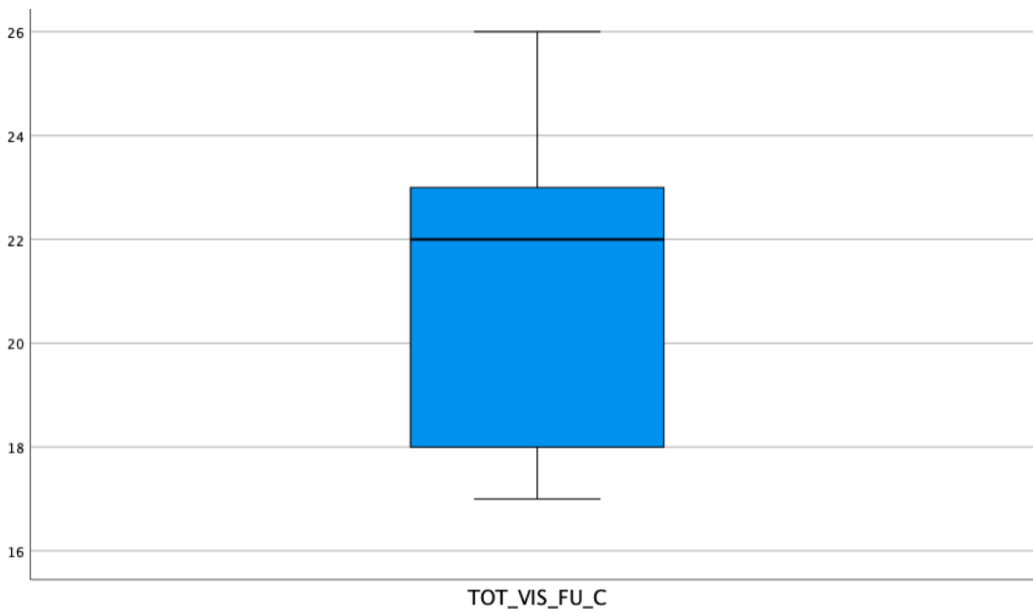
Bijlage 13c. Boxplots verdeling en uitbijters experimenteel follow-up



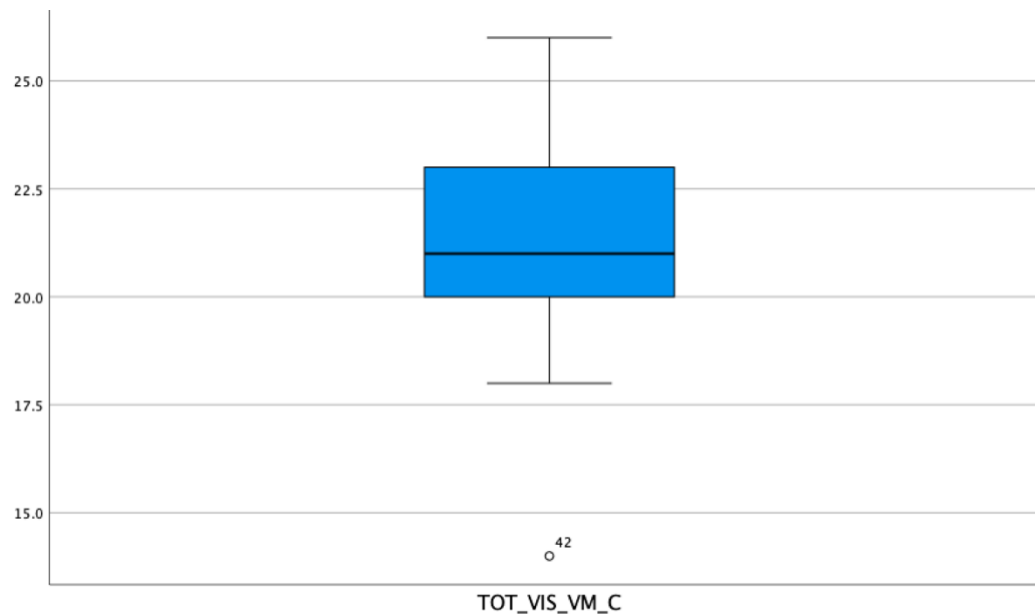
Bijlage 13d. Boxplots verdeling en uitbijters controle voormeting



Bijlage 13e. Boxplots verdeling en uitbijters controle nameting



Bijlage 13f. Boxplots verdeling en uitbijters controle follow up



Bijlage 14. Kolmogro-Smirnov en Shapiro-Wilk test.

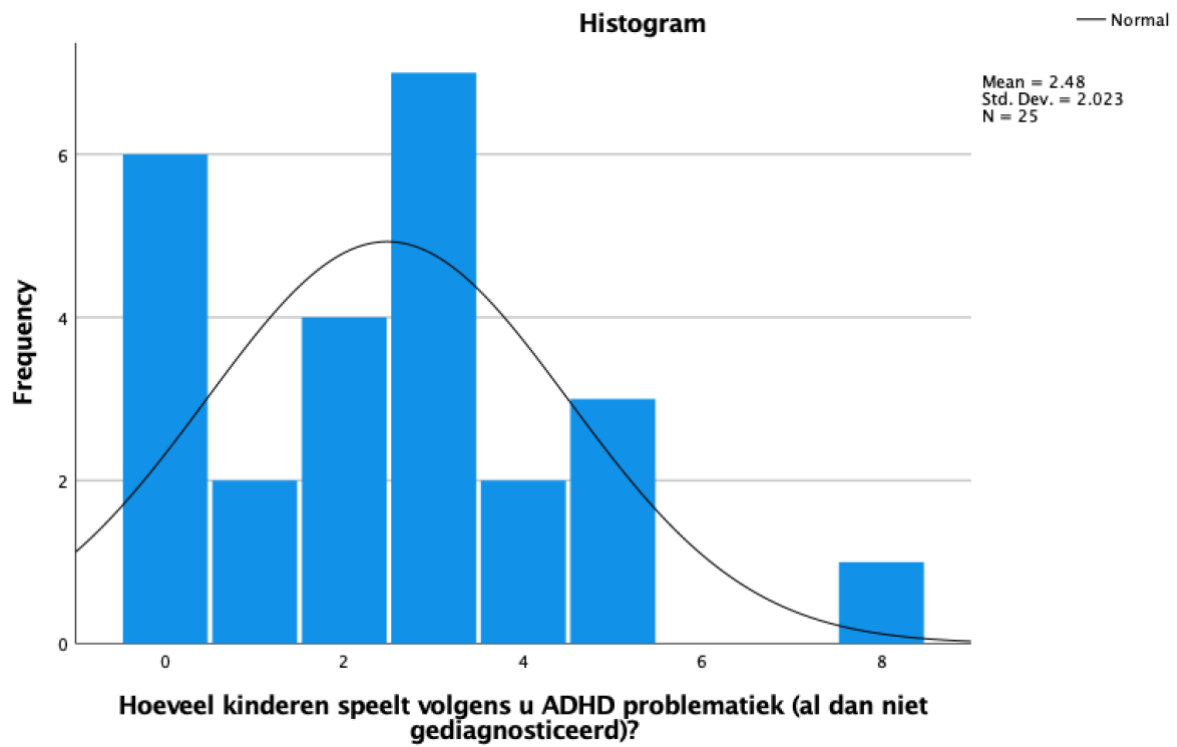
Toets van normaliteit

		Kolmogro – Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistics	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Voormeting	experimenteel	.278	25	<.001	.856	25	.002
	controle	.162	8	.200	.952	8	.731
Nameting	experimenteel	.159	25	.105	.910	25	.030
	controle	.331	8	.010	.844	8	.082
Follow-up	experimenteel	.194	25	.017	.873	25	.005
	controle	.195	8	.200	.910	8	.351

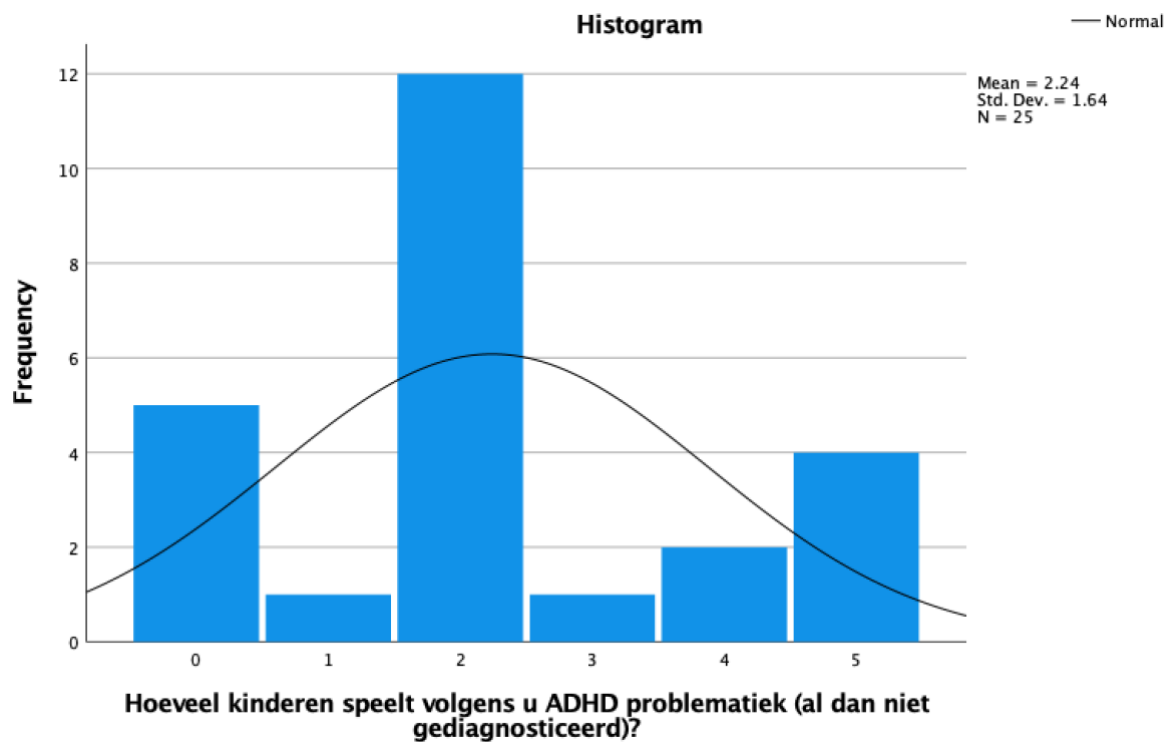
b. Lilliefors Significance Correction

Bijlage 15. Histogrammen aantal stoornissen voor elke groep

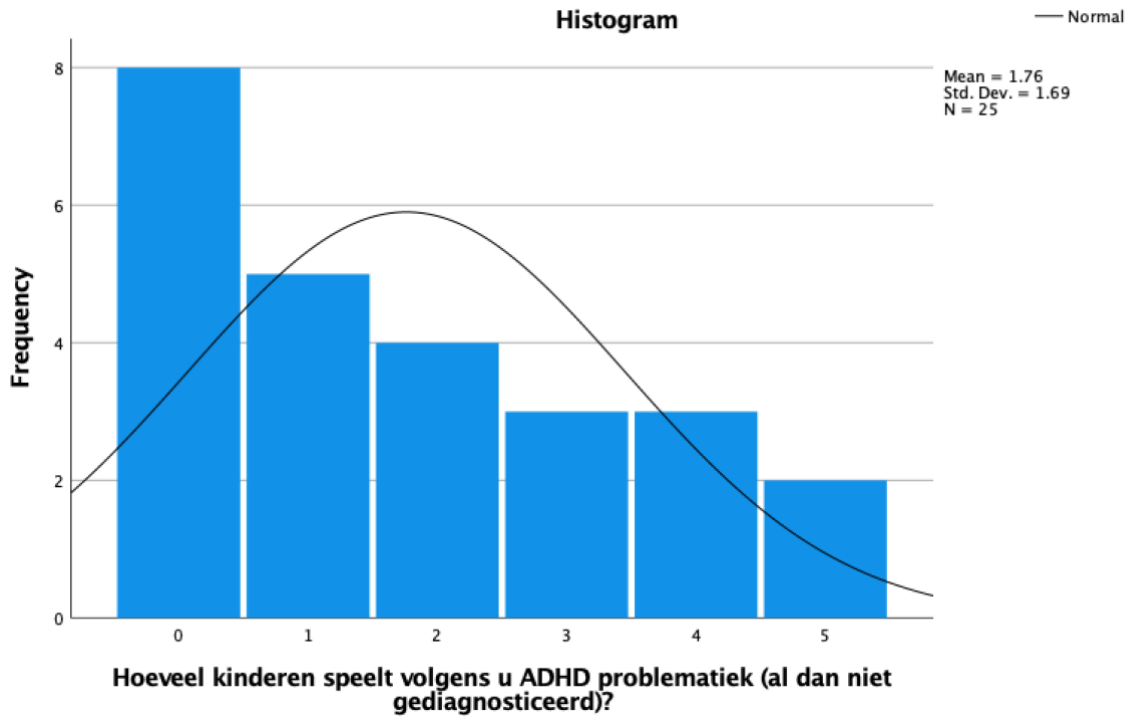
Bijlage 15a. Histogram voor de voormeting aantal stoornissen experimenteel



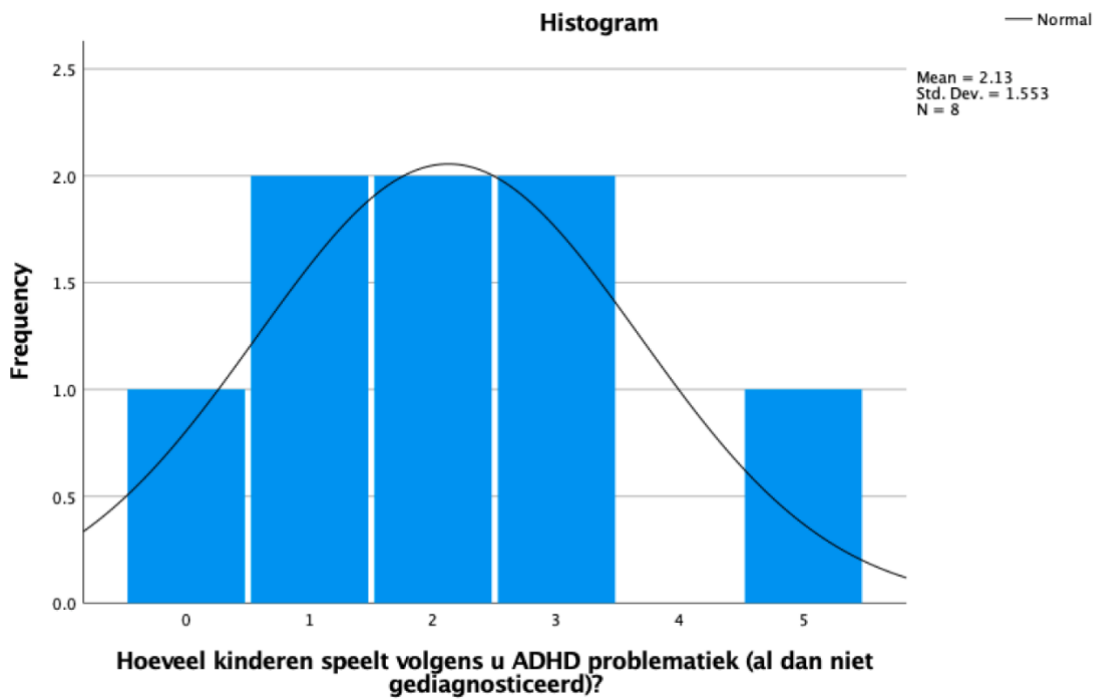
Bijlage 15b. Histogram voor de nameting aantal stoornissen experimenteel



Bijlage 15c. Histogram voor de follow-up aantal stoornissen experimenteel

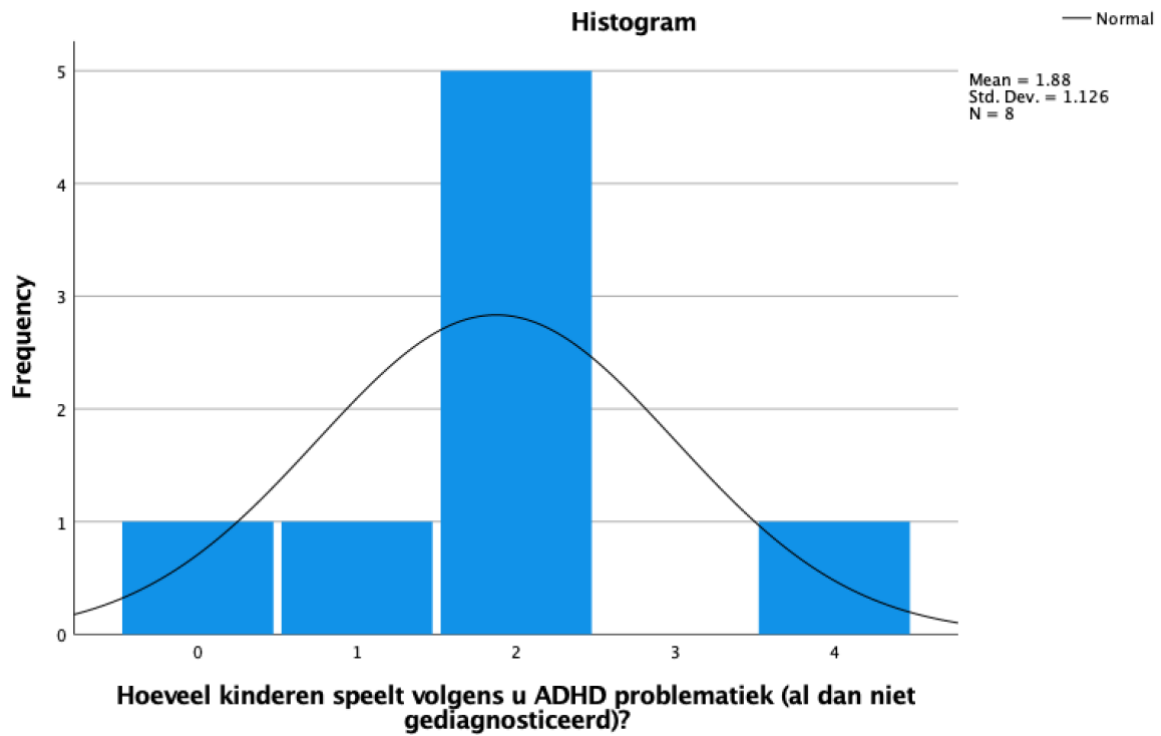


Bijlage 15d. Histogram voor de voormeting aantal stoornissen controle

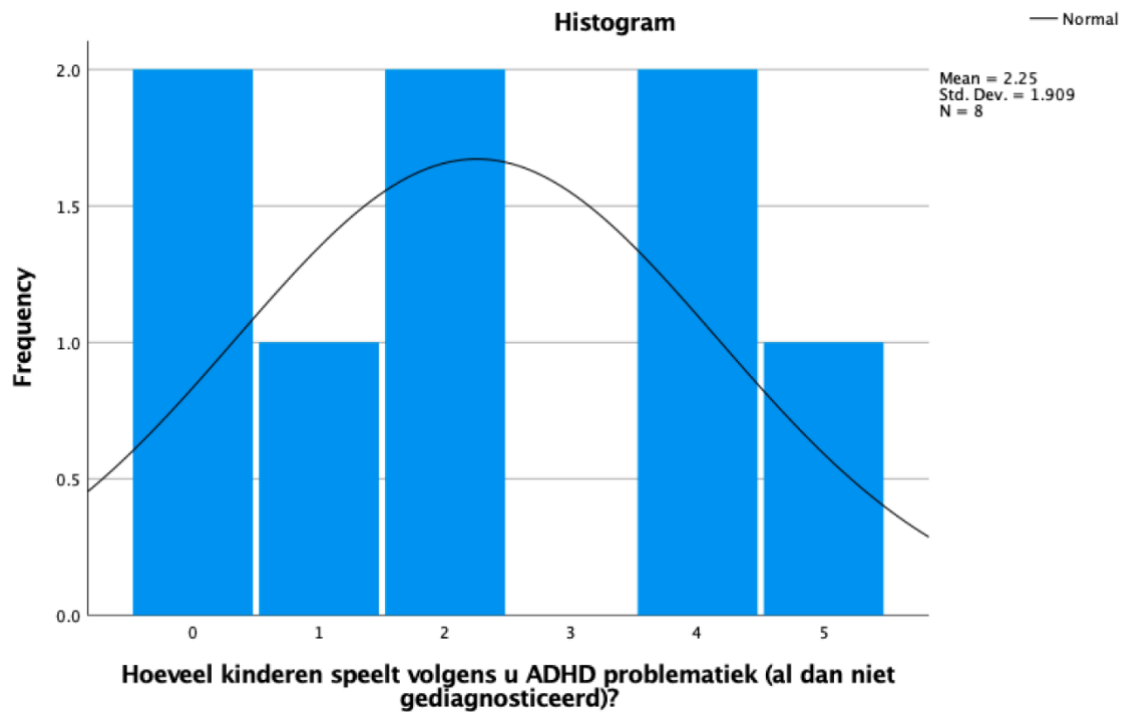


Bijlage 15e. Histogram voor de nameting aantal stoornissen controle

Hoeveel kinderen speelt volgens u ADHD problematiek (al dan niet gediagnosticeerd)?

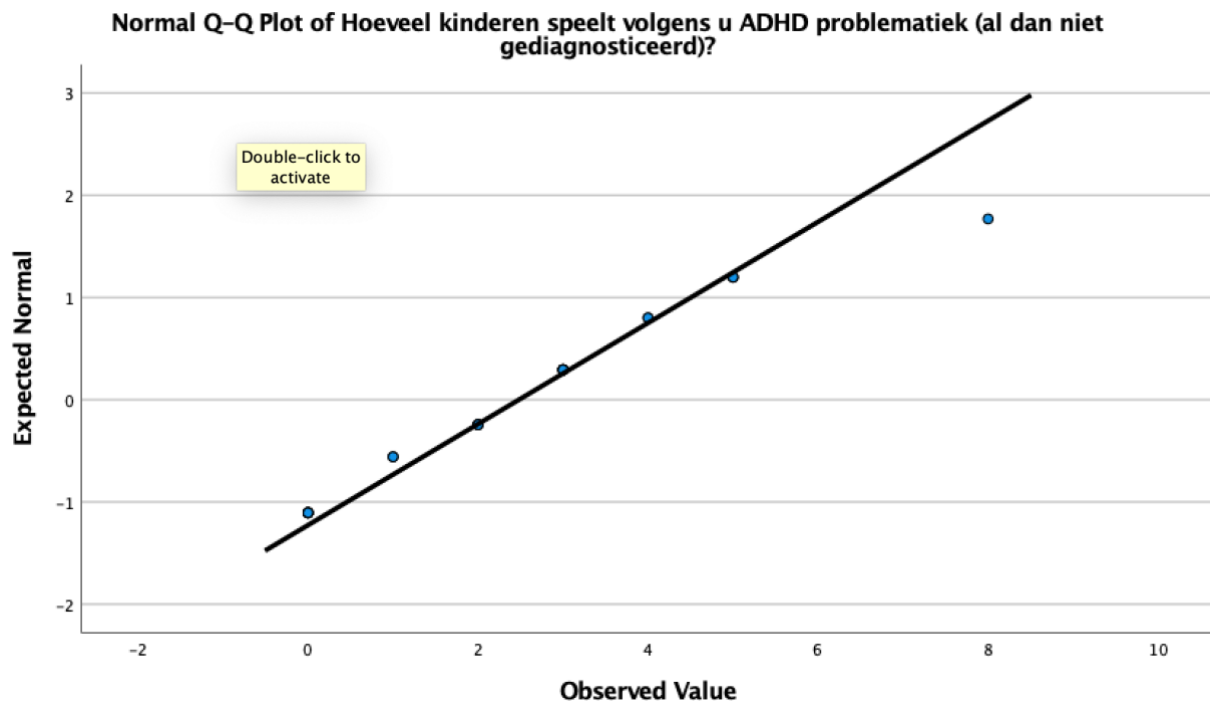


Bijlage 15f. Histogram voor de voormeting aantal stoornissen controle

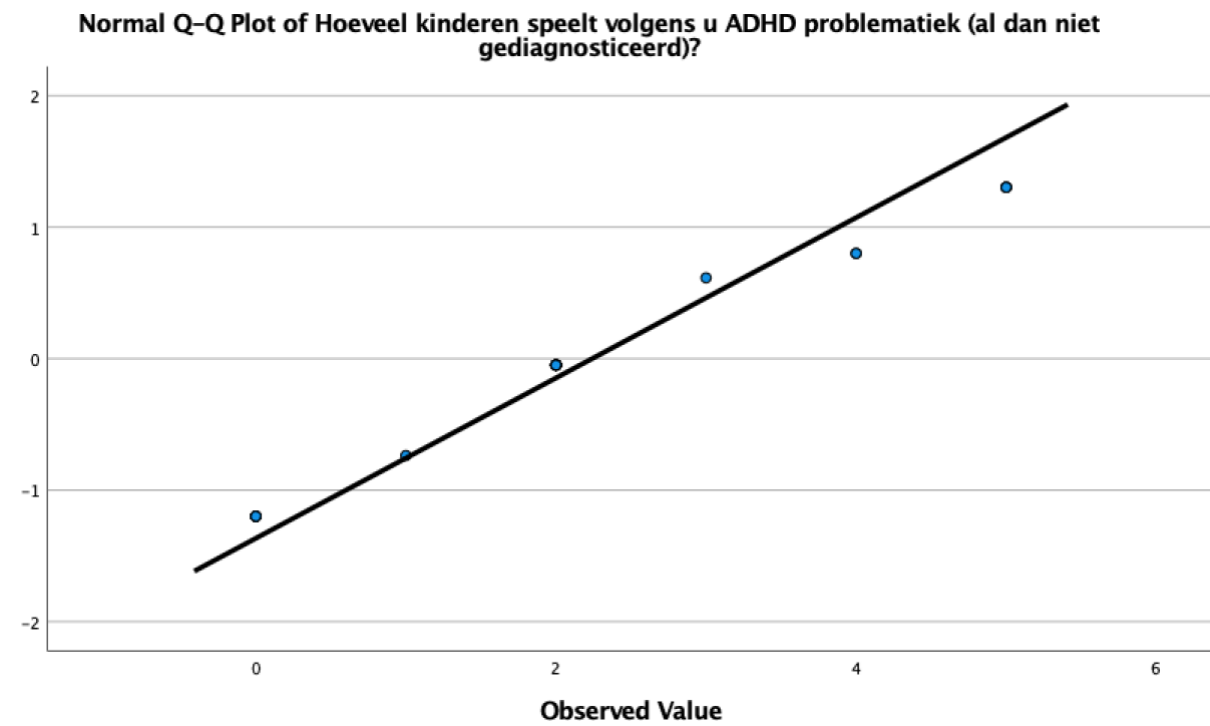


Bijlage 16. Q-Q plot aantal stoornissen voor elke groep

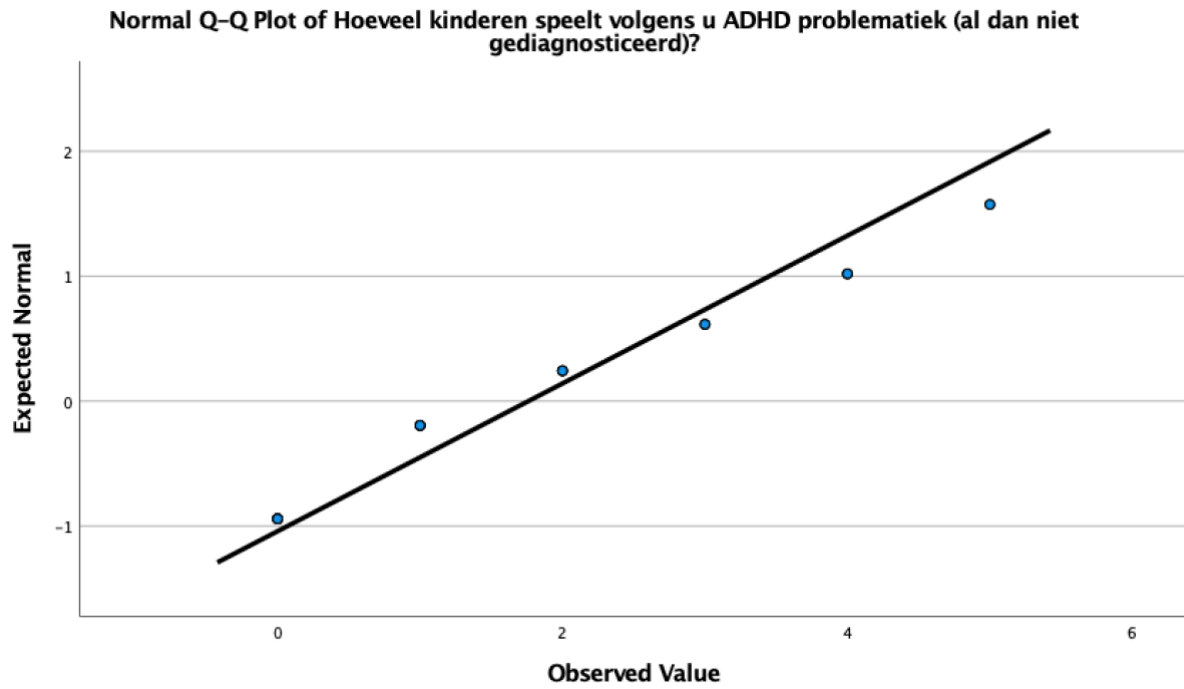
Bijlage 16a. Q-Q plot voormeting aantal stoornissen experimenteel



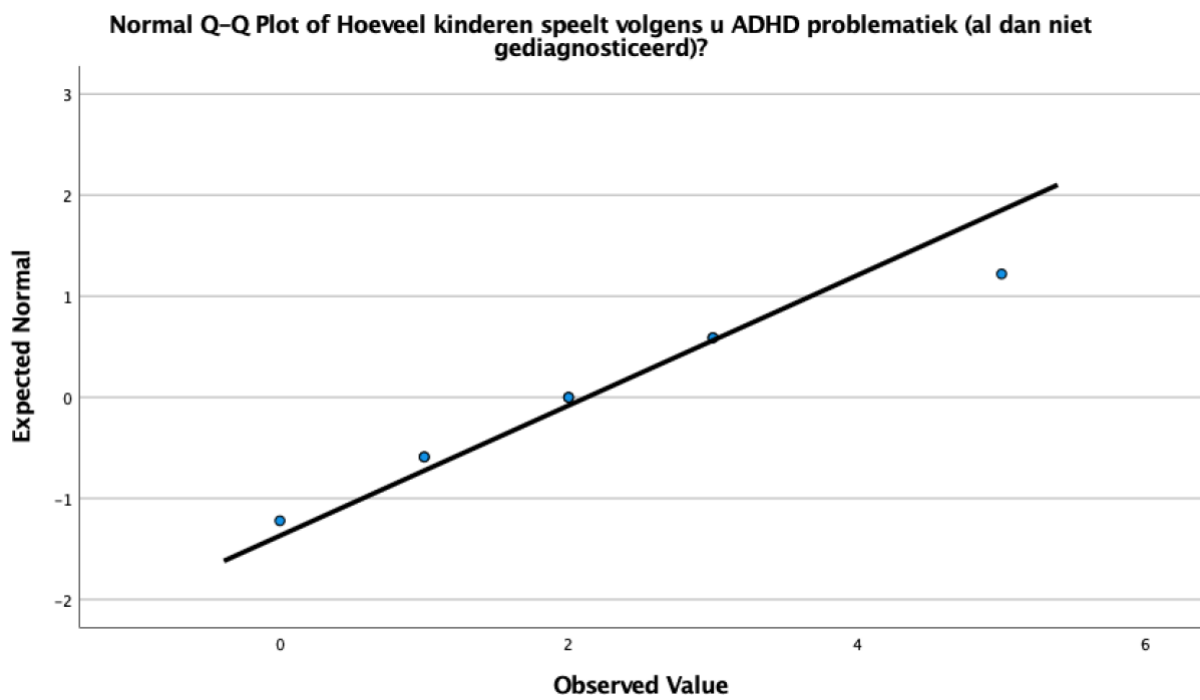
Bijlage 16b. Q-Q plot nameting aantal stoornissen experimenteel



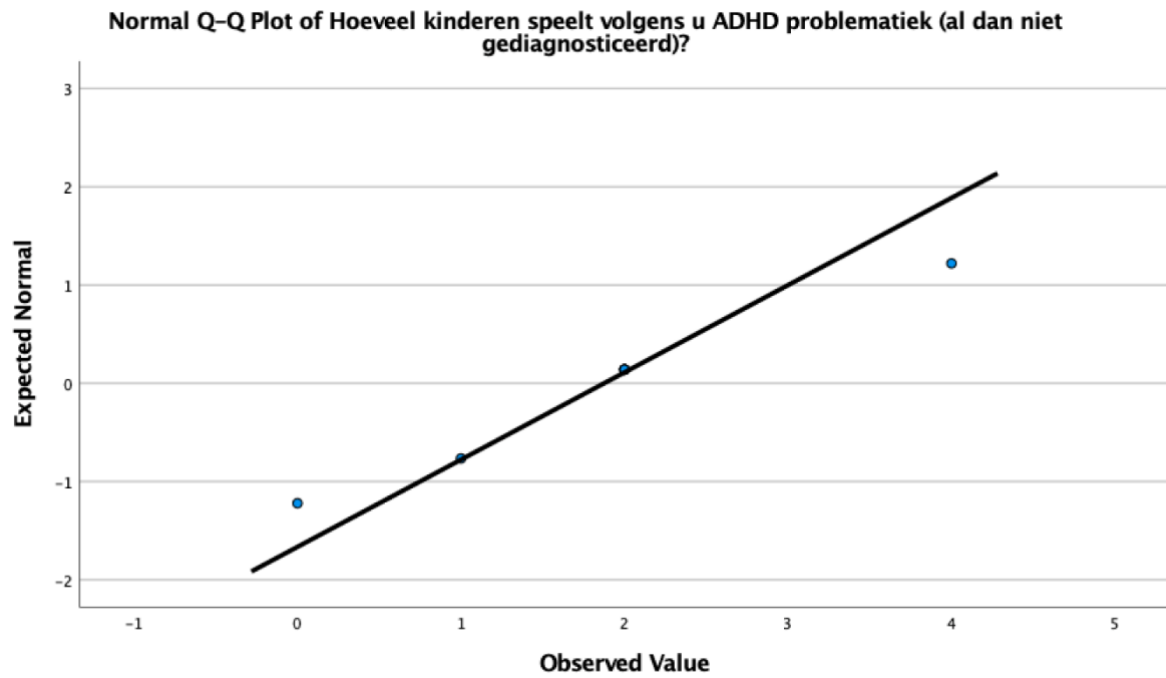
Bijlage 16c. Q-Q plot follow-up aantal stoornissen experimenteel



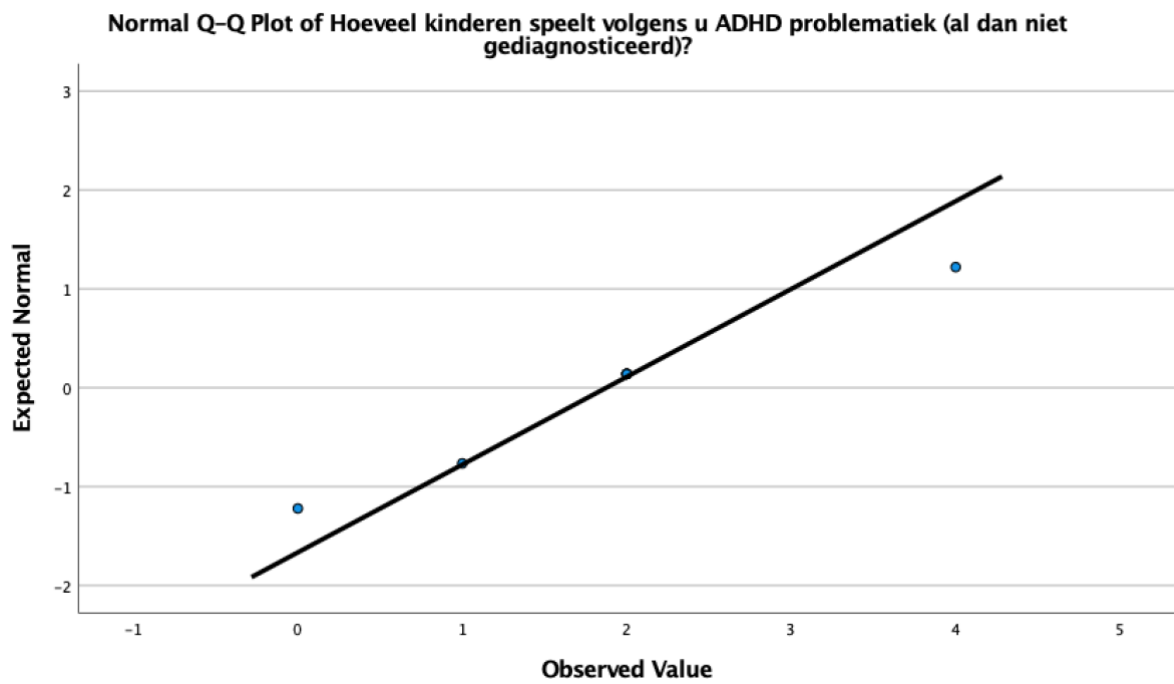
Bijlage 16d. Q-Q plot voormeting aantal stoornissen controle



Bijlage 16e. Q-Q plot nameting aantal stoornissen controle

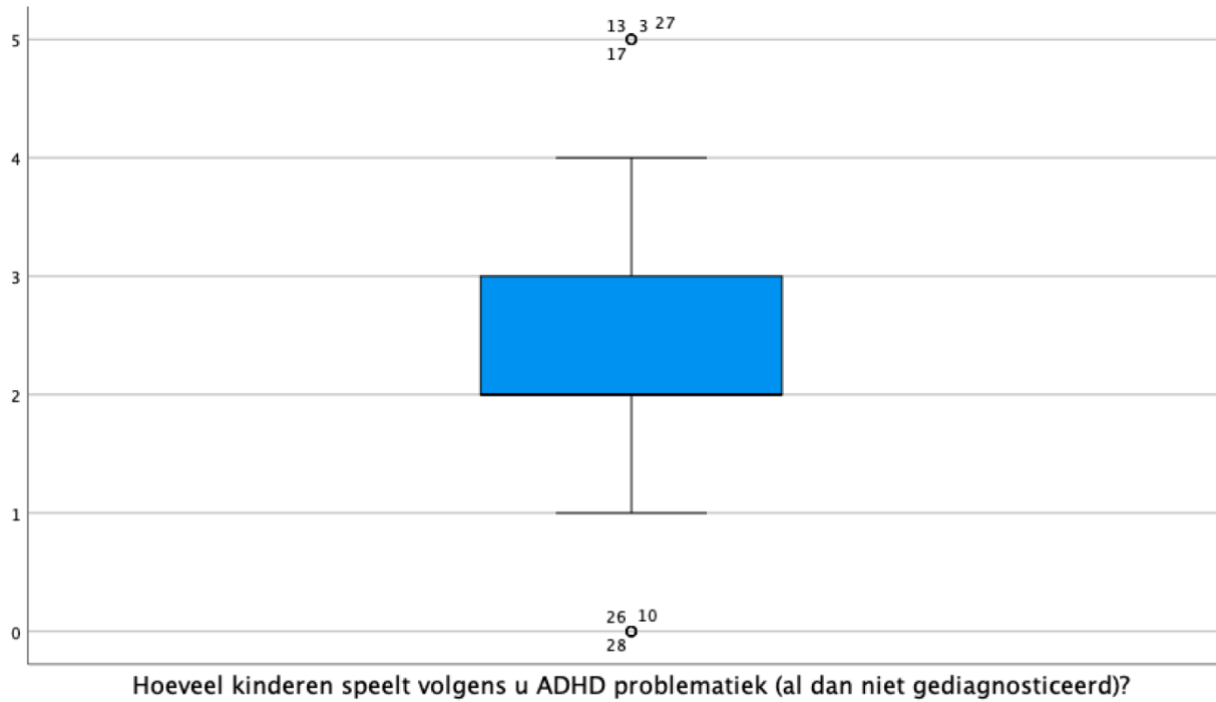


Bijlage 16f. Q-Q plot follow-up aantal stoornissen controle

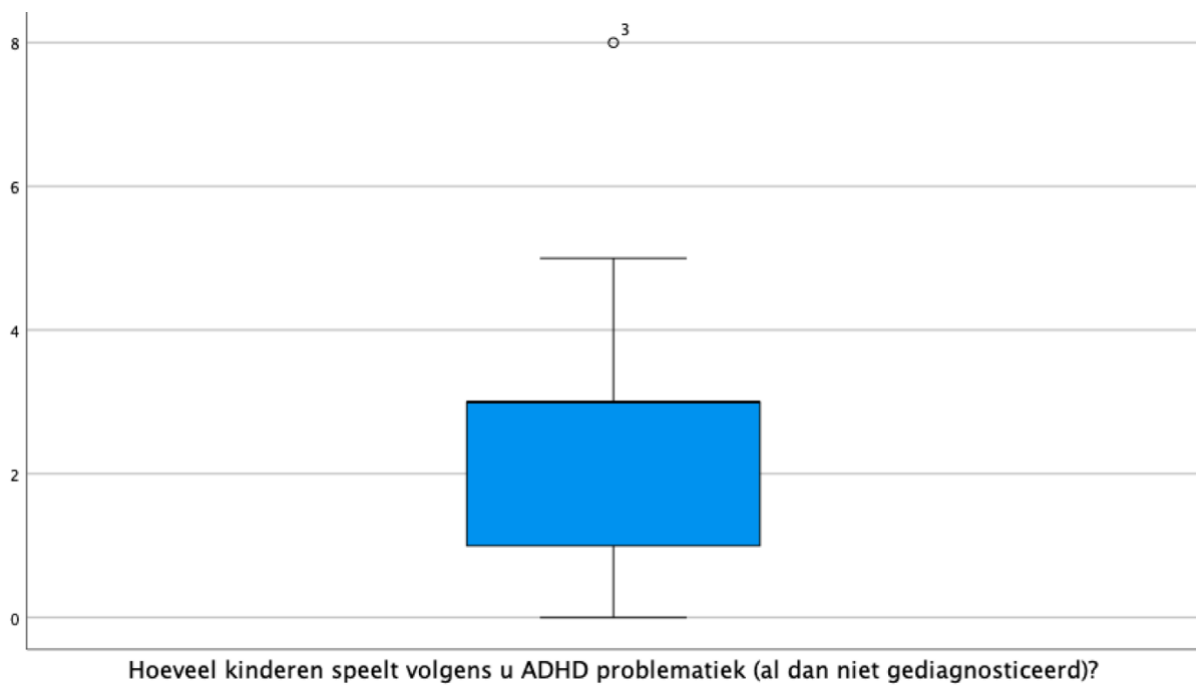


Bijlage 17. Boxplots aantal stoornissen voor elke groep

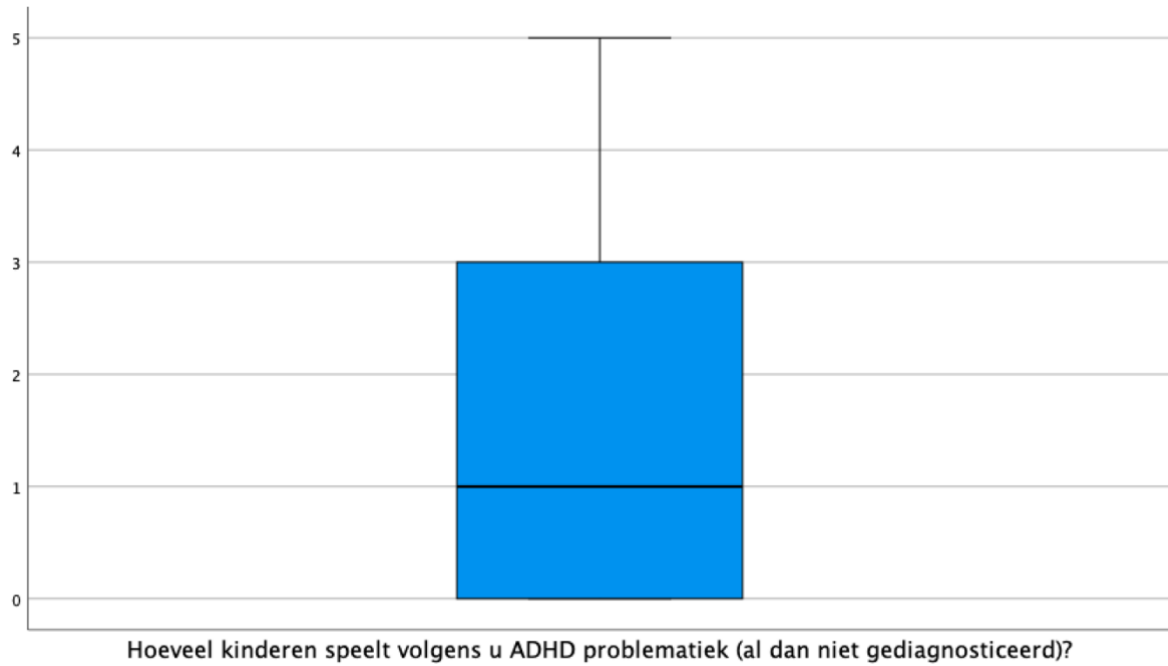
Bijlage 17a. Boxplot voormeting aantal stoornissen experimenteel



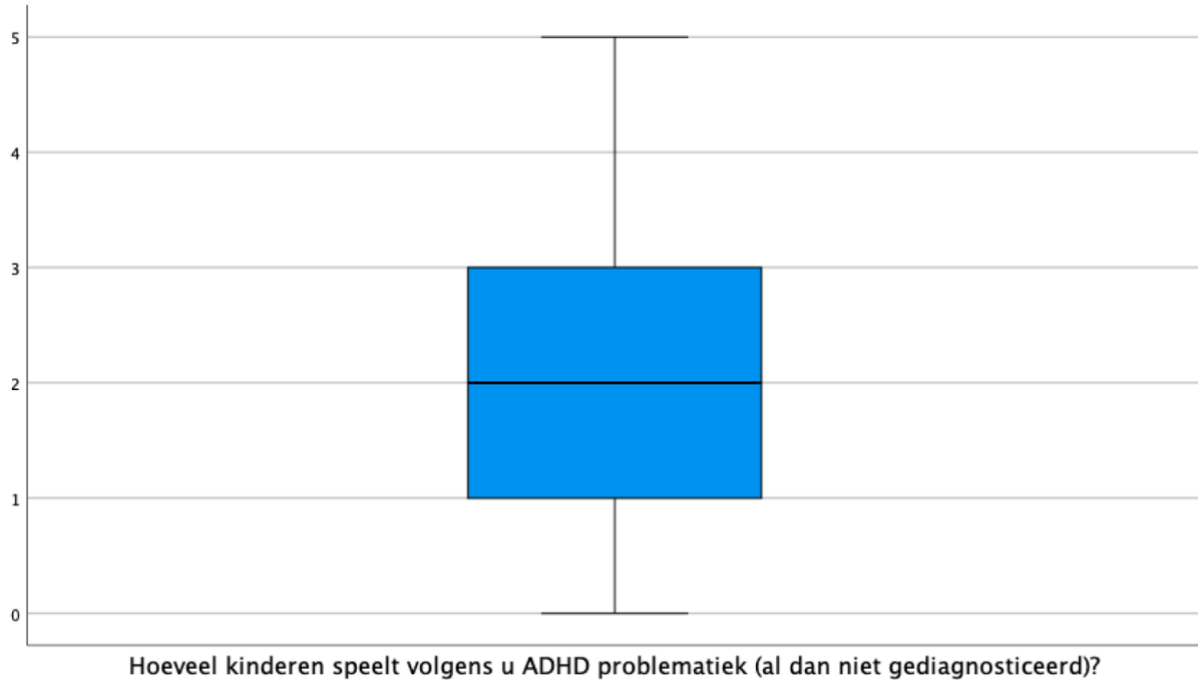
Bijlage 17b. Boxplot nameting aantal stoornissen experimenteel



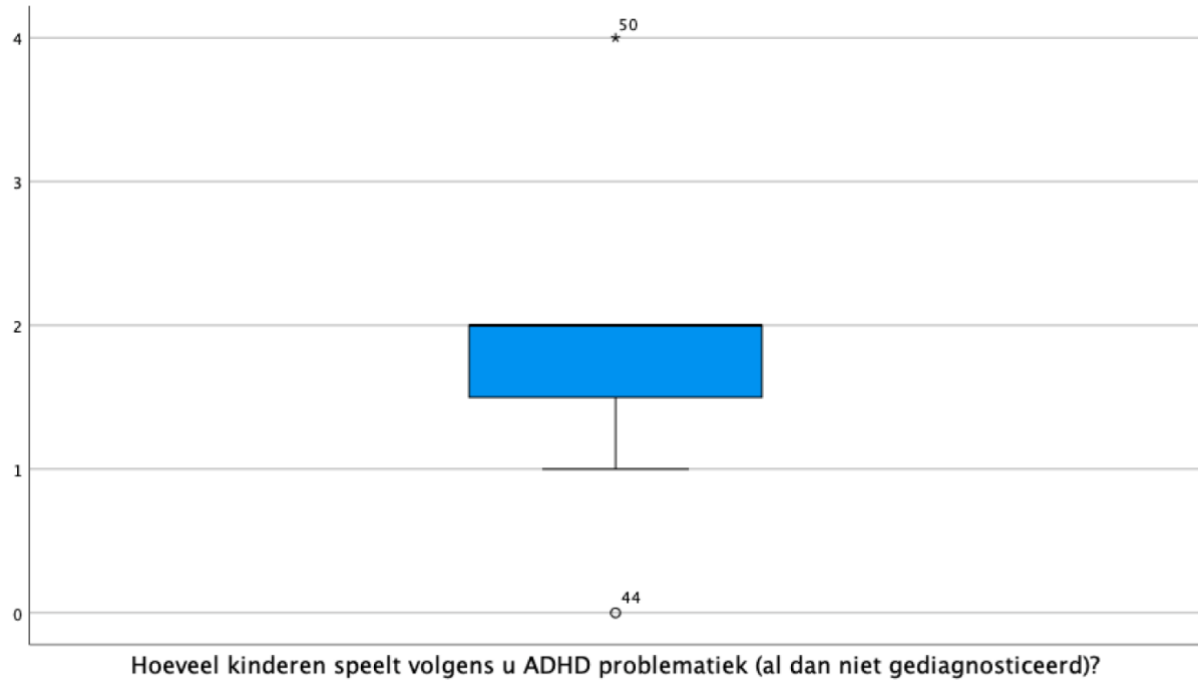
Bijlage 17c. Boxplot follow-up aantal stoornissen experimenteel



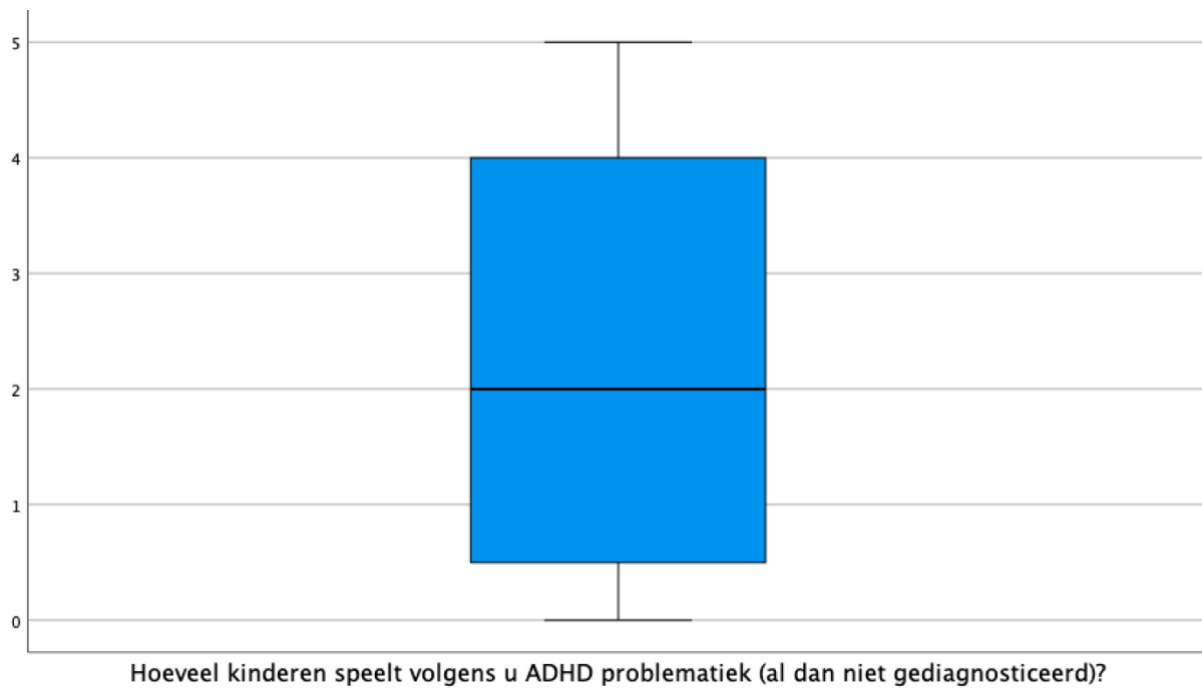
Bijlage 17d. Boxplot voormeting aantal stoornissen controle



Bijlage 17e. Boxplot nameting aantal stoornissen controle



Bijlage 17f. Boxplot follow-up aantal stoornissen controle



Bijlage 18. Codeboom

Thema	Subthema	Codes
Stoornisvrij denken	Geen label	Blanco Geen fan Stempels Vooroordeel vrij Het is gewoon gedrag
	Pedagogisch medewerker	BSO is vrijetijd Ik ben professional
	Gelijk behandelen	Benader kinderen gelijk Gedrag accepteren Alle kinderen zijn welkom
	Geen storend gedrag ervaren	Last is geen diagnose Geen last ervaren Niet storend
Afkeer tegen classificatie en medicatie	Kinderen classificeren	Meer dan stoornissen Schreeuwen is geen aandoening Leeftijd Ouders labelen Uitkijken
	Medicijngebruik	Makkelijk voor ouders Schadelijk
	Oplossing	Aansluiten op het kind Andere optie Rustig aan Relatie
Oog voor de context	Druk en dwars gedrag	Boosheid mag er zijn Prikkel Opstapelingen Opvoeding Uitproberen
	Momentopnames	Niet altijd aanwezig Keuzestress Situatie afhankelijk
	Onveilige thuissituatie	Geen vertrouwen Afreageren Schoten in huis Vuurwapens Trauma
	Peers	Combi kinderen Beïnvloeden Ruzie

	Fysieke omgeving	Warm weer School Activiteit Vakantie Schoolreisje Locatie afhankelijk
Bewuster observeren door training	Kijken achter gedrag	Afvragen In gesprek gaan Signaleren Verder kijken dan je neus lang is Vrijer
	Observeren	Tijdens spel Meer gaan kijken Afwachten
Kennis vergroting door training	Misassociatie	Kennis verandering Informatie discutabele aannames ADHD Slechte onderzoeken Dominante denkwijze
	Leren	Onthouden kennis Bewustwording Oplossingen denken Herhaling theorie Corrigeren
	Andere kijk	Groepsdynamiek Nieuwe start Beeldvorming Verleden Ogen geopend Druk & dwars is geen ADHD Positievare benadering
	Kindgerelateerde geleerde aspecten	Kinderen zijn uniek Verschillende benadering Geen standaard aanpak Investeren Nooit ADHD uitspreken Wat is echt druk? Verwachtingspatroon
Biomedisch perspectief	ADHD kenmerken	Genen Eigenschap van het kind Diagnose Baat bij medicijnen Van nature Onrembaar