

**Een onderzoek naar de ervaren verandering van leraren, onderwijsassistenten en pedagogisch medewerkers door de Druk & Dwars training ten aanzien van hun visie op ADHD en zelfeffectiviteit**

Lidian Hut, 4075528

Masteropleiding (orthopedagogiek), Faculteit der Gedrags- en  
Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen

W. de Vries, MSc.

Dr. E. Kamphorst

10 maart 2025

Aantal woorden: 8637

## Samenvatting

**Achtergrond:** De informatie over ADHD in boeken is veelal biomedisch, waarbij ADHD zoal wordt gezien als verklaring voor ADHD-gedrag. Een training vanuit een psychosociale visie kan educatieve professionals helpen ADHD-gedrag te begrijpen vanuit omgevingsfactoren, waardoor ze mogelijk gevoelsmatig meer invloed ervaren en hun zelfeffectiviteit toeneemt. Huidig onderzoek richt zich op ervaren verandering bij educatieve professionals in hun visie op ADHD en zelfeffectiviteit, na het volgen van de Druk & Dwars training. **Methode:** Er zijn veertien semigestructureerde interviews afgenomen bij educatieve professionals die de training hebben gevolgd. De data is thematisch geanalyseerd in ATLAS.ti. **Resultaten:** Sommige participanten vertellen door de Druk & Dwars training meer psychosociaal te denken, terwijl anderen dit voorafgaand al deden. Dit blijkt uit psychosociale opvattingen; ADHD wordt gezien als een beschrijvende classificatie en ADHD-gedrag als gevolg van omgevingsfactoren in plaats van een ‘defect’ bij het kind, waarbij de aanpak op maat gemaakt is en classificaties en medicatie niet noodzakelijk zijn. Enkele participanten behouden ook biomedische opvattingen; ze zien ADHD als ‘iets’ in de hersenen dat gedrag verklaart en inzichten biedt. De participanten ervaren daarnaast meer zelfeffectiviteit na de training, mede door de psychosociale kijk. Deze kijk op oorzaak en aanpak, heeft hen bewuster gemaakt van hun eigen invloed op ADHD-gedrag. **Conclusies:** De Druk & Dwars training brengt een verschuiving teweeg naar een meer psychosociale visie en verbreedt kennis en ervaring met gedragstechnieken, wat in samenhang met een meer psychosociale visie zelfeffectiviteit vergroot. Brede implementatie van de training Druk & Dwars per organisatie en longitudinaal vervolgonderzoek worden aanbevolen.

## Abstract

**Background:** The information on ADHD in books is predominantly biomedical, where ADHD is seen, among other things, as an explaining for ADHD behaviour. Training from a psychosocial perspective can help educational professionals understand ADHD behaviour from environmental factors, potentially empowering them and increasing their self-efficacy. This study examines experienced changes among educational professionals in their view on ADHD and self-efficacy, after attending the Druk & Dwars training. **Method:** Fourteen semi-structured interviews were conducted with educational professionals who attended the training. The data was analysed thematically in ATLAS.ti. **Results:** Some participants reported thinking more psychosocially due to the Druk & Dwars training, while others held this view beforehand. This is reflected in psychosocial conceptions; ADHD is seen as a descriptive classification and ADHD behaviour is considered a result of environmental factors rather than a 'defect' in the child, with the approach being person-centred and classifications and medication not considered necessary. Some participants also retain biomedical views; they see ADHD as 'something' in the brain that explains behaviour and provides insights. Participants also experience more self-efficacy after the training, partly because of the psychosocial view. This view of cause and approach, has made them more aware of their own influence on ADHD behaviour. **Conclusions:** The Druk & Dwars training brings about a shift towards a more psychosocial view and broadens knowledge and experience of behavioural techniques, which in conjunction with a more psychosocial view increases self-efficacy. Broad implementation of the Druk & Dwars training in organisations and longitudinal follow-up study are recommended.

## **Inhoudsopgave**

Samenvatting .....	2
Abstract .....	3
Inleiding en theoretische verkenning .....	5
Methode.....	10
Beschrijving Druk & Dwars training.....	10
Design.....	11
Participanten .....	11
Procedure .....	12
Instrumenten .....	13
Analyse .....	14
Resultaten .....	14
Visie op ADHD.....	15
<i>Psychosociale visie</i> .....	15
<i>Biomedische visie</i> .....	17
Zelfeffectiviteit .....	18
Conclusie en discussie.....	20
Beantwoording onderzoeksvraag .....	20
Interpretatie van resultaten aan de hand van theoretische achtergrond .....	20
Sterke punten en beperkingen.....	23
Aanbevelingen voor vervolgonderzoek en pedagogische praktijk.....	24
Literatuurlijst.....	26
Bijlagen .....	32
Bijlage 1: Toestemmingsformulier .....	32
Bijlage 2: Interviewleidraad .....	33
Bijlage 3: Codeboom .....	35

## **Inleiding en theoretische verkenning**

Aandachtsdeficiëntie- en/of hyperactiviteitsstoornis (ADHD) is een van de classificaties in de DSM-5. ADHD is wereldwijd een van de meest voorkomende geclassificeerde psychiatrische stoornissen bij kinderen (Hinshaw & Scheffler, 2014 ; Rigler et al., 2016). Het aantal ADHD-classificaties bij kinderen is de afgelopen decennia in het westen drastisch toegenomen (Danielson et al., 2018). ADHD wordt het vaakst vastgesteld tijdens de schooljaren (Sonuga-Barke et al., 2013). Leraren spelen een belangrijke rol bij het initiëren van de eerste stappen naar een ADHD-classificatie (Moore et al., 2017; Phillips, 2006). Ze zijn namelijk vaak de eersten die een classificatie bij een kind opperen en doen dit gemiddeld vaker dan ouders of artsen (Arnett et al., 2013). Er is volgens Harwood en Allan (2014) een verband tussen de toename van ADHD-classificaties en de toename in de verwachting van academische prestaties van leerlingen. Vanwege de hogere prestatiedruk in het moderne onderwijs, waarin steeds meer van kinderen en hun leraren wordt verwacht, voelen leraren zich genoodzaakt om een verklaring te zoeken wanneer een leerling onderpresteert (Wienen et al., 2019). In hun zoektocht naar mogelijke verklaringen kennen leraren tegenvallende academische prestaties van leerlingen vaak toe aan interne en stabiele leerlingfactoren (Jager & Denessen, 2015). ADHD wordt door leraren vaak gezien als zo'n interne factor (Wienen et al., 2019).

Dat ADHD gezien wordt als één van die interne leerlingfactoren, impliceert dat de biomedische visie op ADHD overheerst bij leraren. De informatie met betrekking tot ADHD die leraren in boeken kunnen lezen, is daarnaast ook overheersend biomedisch van aard (Batstra et al., 2020; Freedman, 2015). Deze biomedische informatie berust echter op verschillende misvattingen. Vanuit een biomedische visie wordt ADHD gezien als een zeer erfelijke, neurologische ontwikkelingsstoornis die onoplettendheid, hyperactiviteit en impulsiviteit veroorzaakt (Barkley, 2018; Biederman & Faraone, 2005). ADHD wordt aansluitend hierop omschreven als chronisch defect (Faraone et al., 2015), terwijl ongeveer 70 procent van de geclassificeerde kinderen niet langer voldoet aan de criteria voor ADHD in het volwassen leven (Taylor et al., 2008). Ook zijn de kleine gemiddelde verschillen in hersenomvang tussen groepen kinderen met en zonder een ADHD-classificatie niet stabiel (Meerman et al., 2017). Deze verschillen op groepsniveau kunnen hiernaast niet één op één vertaald worden naar een individu. Ze gelden namelijk niet voor alle kinderen met een ADHD-classificatie: Bij deze studies zijn de verschillen binnen de groepen groot, maar tussen de groepen klein. Bovendien wijst een kleinere hersenomvang niet op een hersendefect.

Onderzoek toont alleen een gemiddeld feitelijk verschil aan, wat niet betekent dat er dan ook de waarde defect aan gegeven kan worden (Meerman, 2024).

De behandeling van ADHD vanuit de biomedische visie berust daarnaast ook op enkele misvattingen. De veronderstelde lichamelijke oorzaak zorgt ervoor dat ADHD vaak als medische aandoening wordt gezien (Batstra et al., 2020). Leraren kunnen hierdoor denken dat voor ADHD een medische behandeling noodzakelijk is, in de vorm van levenslange medicatie (Meerman et al., 2017; Hinshaw & Scheffler, 2014), om de ADHD-gedragingen te kunnen onderdrukken (Batstra, 2017). In Nederland gebruikt 4,3 procent van de totale populatie schoolgaande kinderen methylfenidaat, dit is het medicijn wat meestal wordt voorgeschreven na een ADHD-classificatie (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2017). Studies tonen geen lange termijn effecten aan van ADHD-medicatie; na 8 jaar is er geen significant verschil meer te zien in het gedrag van kinderen die wel en geen ADHD-medicijnen krijgen (Molina et al., 2009). Dergelijke medicatie draagt tevens niet bij aan het verbeteren van academische prestaties (Kortekaas-Rijlaarsdam et al., 2018). ADHD-medicatie kan daarnaast negatieve bijwerkingen hebben voor de kinderen die dit langdurig gebruiken, zoals een vertraagde groei en cardiovasculaire risico's (Swanson et al, 2017; Riddle et al., 2013).

Vanuit de biomedische visie wordt het vaststellen van een ADHD-classificatie als voorwaarde gesteld voor de medicamenteuze behandeling, wat heeft bijgedragen aan een toenemend aantal classificaties (Freedman, 2015). Een classificatie kent mogelijke voordelen zoals verbeterde communicatie tussen professionals, erkenning en toegang tot hulp en vergoeding (Batzle et al., 2009). De nadruk op DSM-classificaties bij de diagnostiek kan tegelijkertijd ook als nadelig beschouwd worden. Dit kan er namelijk tot leiden dat de focus ligt op de aan- of afwezigheid van criteria van classificaties, in plaats van het begrijpen en behandelen van het problematische gedrag van het individuele kind (Batstra et al., 2014). Leerlingen met een ADHD-classificatie kunnen daarnaast bevooroordeeld worden door leraren (Walker et al., 2008). Dit doet zich onder andere voor bij de misvatting dat alle kinderen met een ADHD-classificatie een chronisch hersendefect hebben. Doordat leraren kunnen denken dat er iets chronisch mis is met de hersenen van alle kinderen met een ADHD-classificatie, kan dit leiden tot een lagere verwachting van leraren richting de leerling (Batstra, 2017). Leerlingen kunnen deze lagere verwachting waarnemen, waarop zij vervolgens daadwerkelijk lager gaan presteren (Batzle et al., 2009).

Een onderzoek van Wienen en collega's (2019) toont aan dat leraren een tegenstrijdige houding kunnen hebben ten opzichte van ADHD-classificaties: ze zijn zich bewust van de

nadelen, maar ervaren zelf vooral voordelen. ADHD wordt gezien als een intern en stabiel ‘ding’ bij de leerling, wat diegene lichamelijk kan ‘hebben’. Er wordt vervolgens verondersteld dat dit ‘ding’ bij leerlingen het storende gedrag en tegenvallende schoolprestaties veroorzaakt en daarmee ook verklaart (Meerman et al., 2017). Dit is het gevolg van een circulaire redenatie: de naam die we aan de gedragingen geven, wordt vervolgens aangewezen als de oorzaak van dit gedrag. De criteria voor het classificeren worden hierbij gezien als de symptomen van een onderliggende psychische stoornis (Meerman et al., 2017). Deze verwarring van de naam en de verklaring wordt verdinglijking genoemd en is een misvatting die vaak voorkomt, bij zowel leraren als ouders en wetenschappers (Batstra et al., 2014). Door ADHD aan te zien als de oorzaak van de problematiek, kunnen leraren de indruk hebben dat ze het probleem begrijpen en niet verder hoeven te zoeken naar de oorzaken en verklaringen voor gedrag (Batstra et al., 2014). Hierdoor hebben leraren minder oog voor de context en (sociale) omgeving die invloed kan hebben. Ze hebben daarbij ook minder aandacht voor de invloed die zij zelf mogelijk hebben op het gedrag, waardoor dit onderkend kan blijven.

ADHD wordt vanuit een psychosociale visie beschouwd als een beschrijvende classificatie, wat inhoudt dat ADHD niets meer is dan een naam die wordt gegeven aan een lijst gedragskenmerken (Meerman et al., 2017). De beschrijvende classificatie bevat geen informatie over mogelijke oorzaken van het ADHD-gedrag (Batstra, 2017). Vanuit een psychosociale visie wordt (ADHD-)gedrag gezien als een gevolg van opvoedings- en omgevingsfactoren (Batstra et al., 2020). Een persoon laat bepaald gedrag zien als reactie op prikkels vanuit de sociale omgeving (Stolzer, 2005). Verschillende sociale factoren zijn in verband gebracht met ADHD-gedrag, zoals armoede (Russell et al., 2013), opvoedingsstijlen (Johnston et al., 2012) en toenemende prestatiedruk (Harwood & Allan, 2014). De afzonderlijke factoren kunnen interactie met elkaar hebben en ze omvatten niet altijd een oorzaak-gevolg relatie in één richting (Meerman et al., 2017). Sociale factoren kunnen namelijk van invloed zijn op gedrag, terwijl gedrag tegelijkertijd ook de sociale omgeving kan beïnvloeden. De psychosociale kijk op ADHD houdt deuren open om de gedragsproblematiek in de context te begrijpen en aan te pakken. Hierbij wordt medicatie niet gezien als enige mogelijke behandeling, maar worden psychosociale interventies ook als effectieve aanpak beschouwd (Chronis et al., 2006).

Voor kinderen met milde tot matige ADHD-problematiek werd in eerste instantie medicatie aanbevolen als eerstelijnsbehandeling. Pas sinds kort is deze aanbeveling aangepast

naar het inzetten van psychosociale interventies (Latouche & Gascoigne, 2019). Het gaat hierbij vaak om een afgebakende gedragstherapeutische training. Ouders en leraren leren daarbij verschillende gedragsstrategieën, -vaardigheden en -technieken, om het problematische ADHD-gedrag te sturen of hier beter mee om te gaan (van Rooijen & Foolen, 2017). Onderzoek toont aan dat consequente en antecedente technieken effectief zijn in het verminderen van gedragsproblemen (Leijten et al., 2019). Antecedente technieken zijn gericht op het uitlokken van gewenst gedrag bij kinderen, door bijvoorbeeld het creëren van duidelijke regels en structuur in de omgeving (Van der Oord & Daley, 2015). Consequente technieken zijn reacties op het gedrag van het kind, die zorgen voor een verdere toename van gewenst gedrag en een afname van ongewenst gedrag. Het gewenste gedrag kan bijvoorbeeld toenemen door er aandacht voor te hebben en te belonen. Het ongewenste gedrag kan tegelijkertijd afnemen door er geen aandacht aan te besteden (Batstra, 2017). Bepaald ongewenst gedrag is ongeschikt om te negeren. In zo'n situatie is het belangrijk om eerst één waarschuwing te geven, waarbij in termen van een doe-instructie wordt gevraagd om het gewenste gedrag. Als het kind niet gehoorzaamt, volgt vervolgens een consequentie (Batstra, 2017).

Hoewel psychosociale interventies positief kunnen bijdragen aan de omgang met problematisch ADHD-gedrag in de schoolomgeving, worden ze zelden ingezet in onderwijsplannen in het regulier of speciaal onderwijs door leraren (Spiel et al., 2014). Door een overheersende biomedische visie bij leraren kunnen zij het gevoel hebben dat zij zelf geen invloed kunnen uitoefenen op de 'interne stoornis' ADHD, wat leidt tot meer pessimisme over de behandelbaarheid van ADHD (Lebowitz et al., 2016). Leraren zien hierdoor medicatie als effectievere behandelmethode. Medicamenteuze behandeling ligt buiten het bereik van hun bevoegdheid, wat ertoe kan leiden dat zij zich zonder medische achtergrond onzeker voelen over het omgaan met ADHD (Walter et al., 2006; Moore et al., 2017). Wanneer leraren echter vanuit een psychosociale visie het ADHD-gedrag van een leerling zien als een gevolg van de interactie met zijn omgeving, kunnen leraren gevoelsmatig meer invloed uitoefenen op dit gedrag (Mikami et al., 2019). Het vertrouwen van leraren in hun eigen vermogen om invloed te kunnen uitoefenen op gedrag, motivatie en (sociale) omgeving, welke de gewenste resultaten van de leerlingen opleveren in de vorm van betrokkenheid en leren, wordt zelfeffectiviteit genoemd (Bandura, 1982; Tschannen-Moran & Hoy, 2001). Hogere mate van zelfeffectiviteit bij leraren is een significante voorspeller voor de keuze van het inzetten van psychosociale interventies, ongeacht de ernst van het probleemgedrag. Het vergroot daarnaast



ook de bereidheid om nieuwe strategieën te implementeren, om in te spelen op de verschillende behoeften van de leerlingen (Chunta & DuPaul, 2022).

Een onderzoek van Reinke en collega's (2013) toont aan dat leraren die een training hebben gevolgd gericht op het inzetten van psychosociale gedragstechnieken, zich zekerder voelen in het managen van de klas. Uit onderzoek komt naar voren dat trainingen waarbij kennis over ADHD wordt opgedaan ook de zelfeffectiviteit van leraren kunnen vergroten. Dit komt doordat leraren beperkte kennis blijken te hebben over ADHD en zich door deze trainingen beter voorbereid voelen (Latouche & Gascoigne, 2019; Sciutto et al., 2016). In de huidige beschikbare trainingen wordt deze kennis gegeven vanuit een biomedische kijk op ADHD. Leraren kunnen echter mogelijk een nog grotere toename van zelfeffectiviteit ervaren, wanneer gedurende trainingen kennis wordt opgedaan vanuit een psychosociale visie. Leraren die een psychosociale kijk op het ADHD-gedrag hebben, kunnen namelijk gevoelsmatig meer invloed uitoefenen op dit gedrag (Mikami et al., 2019). Er is geen studie bekend naar trainingen die gegeven worden vanuit een psychosociale visie, waarbij de ervaringen van educatieve professionals ten aanzien van hun visie en zelfeffectiviteit onderzocht wordt. In huidig onderzoek wordt daarom dieper ingegaan op mogelijke verandering in de visie van leerkrachten, onderwijsassistenten en pedagogisch medewerkers op ADHD en hun ervaren zelfeffectiviteit na het volgen van een training vanuit de psychosociale visie, om vervolgens meer inzicht te verkrijgen in mogelijke onderlinge verbanden.

In de huidige studie wordt onderzoek gedaan naar een training waarbij leerkrachten, onderwijsassistenten en pedagogisch medewerkers kennis aangeboden krijgen over de classificatie ADHD vanuit een psychosociale visie en daarnaast gedragstechnieken aanleren. Deze Druk & Dwars training past binnen de aanpak Stepped Diagnosed, waar milde tot matige gedragsproblematiek waar mogelijk behandeld wordt zonder het gebruik van DSM-classificaties (Batstra & Frances; 2013). Hierdoor worden dure deskundige uren besteed aan onnodige diagnostische procedures verminderd en worden daarnaast de mogelijke nadelen die vastzitten aan een classificatie voorkomen (Batstra et al., 2012). Mocht deze training toch ontoereikend zijn, dan zou een kind hierna alsnog doorverwezen kunnen worden voor psychiatrische beoordeling en mogelijk medicamenteuze behandeling (Batstra et al., 2014). De Druk & Dwars training kan door deze aanpak mogelijk helpen om overclassificatie van milde en matige problematiek te verminderen, zonder het risico op onderbehandelen van ernstigere problematiek (Thomas et al., 2013; Sluiter et al., 2023).

Bij de ouderversie van de Druk & Dwars training worden er significante verbeteringen gevonden in de door ouders ervaren opvoedstress, ADHD-problematiek van hun kinderen en de communicatie met hun kinderen (Sluiter et al., 2023). Er is nog niet onderzocht hoe educatieve professionals de Druk & Dwars training ervaren. Er wordt daarom in de huidige studie onderzocht of educatieve professionals door de Druk & Dwars training verandering ervaren in hun visie op ADHD en zelfeffectiviteit. De onderzoeksvraag hierbij luidt: Welke verandering ervaren leraren, onderwijsassistenten en pedagogisch medewerkers door de training Druk & Dwars, ten aanzien van hun visie op ADHD en zelfeffectiviteit?

## **Methode**

### **Beschrijving Druk & Dwars training**

De training bestaat uit vijf tweewekelijkse bijeenkomsten en één terugkombijeenkomst, die elk ongeveer drie uur duren. Gedurende de eerste bijeenkomst van de training worden verschillende biomedische misvattingen en psychosociale opvattingen besproken. Zo wordt behandeld dat ADHD geen hersenstoornis is, maar een beschrijvende classificatie voor een lijst gedragskenmerken die niets zegt over mogelijke oorzaken. Aansluitend wordt verdinglijking aangekaart: Het belang om de naam ADHD niet te verwarren met de verklaring. Er wordt besproken dat gedragingen vrijwel altijd een gevolg zijn van complex samenspel tussen aanleg en omgeving.

In de overige bijeenkomsten komen verschillende gedragstechnieken aan bod. De gedragstechnieken staan beschreven in een map. De participanten kunnen ter voorbereiding op de bijeenkomst de theorie met betrekking tot de gedragstechnieken thuis lezen. De theorie wordt vervolgens tijdens de bijeenkomsten diepgaander besproken. Het is daarna de bedoeling dat de participanten gedurende de twee daaropvolgende weken met de technieken gaan oefenen in de praktijk. Eerst worden technieken besproken om gewenst gedrag te stimuleren: Het prijzen van gewenst gedrag en tegelijkertijd minimaliseren van aandacht voor ongewenst gedrag. Daarnaast het invoeren en hanteren van duidelijke basisregels in positieve gedragstermen en gezamenlijk met kinderen haalbare en concrete afspraken maken. Hiermee worden gewenste gedragingen routines en gewoontes. Daarna worden technieken besproken om ongewenst gedrag bij te sturen: Het geven van doe-instructies en het planmatig reageren, door planmatig te negeren en corrigeren in combinatie met planmatig belonen. Tot slot worden antecedentschema's besproken: Het maken van een plan van aanpak middels een ABC-schema of het maken van een functionele gedragsanalyse, door middel van een SGG-schema. Het doel hiervan is om de oorzaak van het gedrag te achterhalen. Dit kunnen de

participanten doen, wanneer het gedrag niet bij te sturen valt met de andere technieken die ze hebben geleerd.

## **Design**

Het onderzoeksdesign betreft een kwalitatief interviewonderzoek, omdat participanten hun ervaringen hierbij open en volledig kunnen delen (Flick, 2018). Er zijn semigestructureerde interviews gebruikt, vanwege het verkennende karakter van het huidige kwalitatieve onderzoek en het beoogde doel om gedetailleerde ervaringen van educatieve professionals met de training Druk & Dwars vast te leggen. De semigestructureerde interviews maken deel uit van een groter onderzoek, waarin het effect van de training Druk & Dwars wordt geëvalueerd. Huidig onderzoek is specifiek ingegaan op de ervaringen van de leraren, pedagogisch medewerkers en onderwijsassistenten met de Druk & Dwars training ten aanzien van hun visie op ADHD en zelfeffectiviteit.

## **Participanten**

De doelpopulatie betrof leraren, onderwijsassistenten en pedagogisch medewerkers die de training Druk & Dwars volgden. De uiteindelijke steekproef bestond uit 14 vrouwelijke leraren, onderwijsassistenten en pedagogisch medewerkers. Hiervan waren er acht participanten werkzaam op een reguliere basisschool; vijf als groepsleerkracht, één als onderwijsassistent, twee als onderwijsassistent en leerkracht en één als gymdocent. Eén participant was werkzaam op een voortgezet speciaal onderwijs school als groepsleerkracht. Twee participanten waren werkzaam als pedagogisch medewerker op een buitenschoolse opvang en één als pedagogisch medewerker op zowel een buitenschoolse opvang als op een kinderdagverblijf. Tot slot was één participant werkzaam als pedagogisch medewerker op een naschoolse opvang van een speciaal basisonderwijs school. Het huidige beroep, leeftijdscategorie van hun leerlingen en jaren werkervaring van participanten uit de uiteindelijke steekproef, zijn weergegeven in tabel 1.

**Tabel 1***Demografische Informatie*

Participant	Huidig Beroep	Huidige leeftijds- categorie leerlingen (groepen of jaren)	Werkervaring huidig beroep (jaren)
P1	Pedagogisch medewerker	+ - 0 t/m 13 jaar	2
P2	Pedagogisch medewerker	+ - 4 t/m 17 jaar	16
P3	Pedagogisch medewerker	+ - 4 t/m 12 jaar	4
P4	Pedagogisch medewerker	+ - 4 t/m 12 jaar	13
P5	Leerkracht	+ - 12 t/m 18 jaar	21,5
P6	Leerkracht	Groep 1/2/3	3
P7	Leerkracht	Groep 1/2	1
P8	Leerkracht	Groep 1	7
P9	Leerkracht	Groep 3 en 5	6
P10	Leerkracht	Groep 1/2	22
P11	Gymdocent	Groep 1 t/m 8	2
P12	Onderwijsassistent	Groep 6 en 7	2,5
P13	Onderwijsassistent en leerkracht	Groep 1 t/m 8	15
P14	Onderwijsassistent en leerkracht	Groep 1/2 en 3/4 en 4/5	7

**Procedure**

Werving van participanten voor de training vond plaats op basis van vrijwillige aanmelding van educatieve professionals in de noordelijke gemeenten van Nederland. Om de training te kunnen volgen, moest de beoogde participant werkzaam zijn als educatieve professional op een school of kinderopvangorganisatie. Via sociale media, e-mail, telefoon en werkbezoeken wezen de onderzoekers en gemeenteambtenaren op de mogelijkheid om gratis de training Druk & Dwars te volgen. Hierbij gold de voorwaarde dat beoogde participanten bereid waren om deel te nemen aan een onderzoek, door op 3 momenten een vragenlijst in te vullen. Het werven van participanten voor deelname aan de interviews vond plaats via een gemakssteekproef: Participanten die de training Druk & Dwars hadden afgerond en die de

drie vragenlijsten hadden ingevuld, werden gevraagd of ze bereid waren tot het geven van een interview. Degene die daartoe bereid waren, kregen per mail een informatie- en toestemmingsformulier (zie bijlage 1) opgestuurd. Door middel van het informatieformulier kregen de participanten inzicht in het doel van het onderzoek, werkwijze en hun daaraan verbonden rechten en gewaarborgde privacy. Hier werd ook beschreven dat de participanten contact kunnen opnemen met een onderzoeker, indien ze nadelige effecten ervaren van het interview. Vervolgens werd er een afspraak ingepland van maximaal een uur voor een fysiek interview op locatie (4 participanten) of online via Google Meet (10 participanten). Pas nadat een participant het toestemmingsformulier had ondertekend, werd het interview afgenomen. De participanten hadden door het ondertekenen van het Informed Consent, toestemming gegeven voor deelname aan het onderzoek, audio-opname en het gebruik van gepseudonimiseerde gegevens. De veertien educatieve professionals zijn afzonderlijk van elkaar geïnterviewd. De interviews zijn opgenomen, zodat ze vervolgens konden worden getranscribeerd door de betrokken masterstudenten. Alle transcripten zijn gepseudonimiseerd, in die mate dat de gegevens niet te herleiden zijn naar een persoon. De audio-opnames zijn opgeslagen in een beveiligde omgeving van de Rijksuniversiteit Groningen.

### **Instrumenten**

Dataverzameling vond plaats middels semigestructureerde interviews. De interviews zijn afgenomen aan de hand van een interviewleidraad bestaande uit een topic-list en geformuleerde vragen (zie bijlage 2). De interviewleidraad was voorafgaand aan dit onderzoek opgesteld en omvat meer constructen dan waar in huidig onderzoek op in wordt gegaan, omdat de afgenomen interviews deel uit maken van een groter onderzoek.

Bij aanvang van elk interview, werd eerst gestart met een introductie van het doel van het onderzoek, waarna enkele algemene vragen over de demografische kenmerken van de participant en de reden van deelname aan de training volgden. Vervolgens vroeg de onderzoeker een brede open vraag, met betrekking tot de ervaren impact van de training in het algemeen, waarna hier dieper op werd ingegaan. Doorvragen heeft gezorgd voor meer gedetailleerde informatie en heeft kunnen bijdragen aan het ontstaan van een diepgaander begrip van perspectieven van de geïnterviewden (Kakilla, 2021). Hierna vroeg de onderzoeker naar de impact van de training op specifieke vlakken, waaronder deelnemers hun zelfeffectiviteit. Aansluitend werd dieper ingegaan op onderdelen van de training die konden hebben bijgedragen aan deze ervaring, zoals de mogelijk vernieuwde visie op ADHD en druk gedrag.

## **Analyse**

De transcripties zijn gecodeerd en thematisch geanalyseerd, met behulp van het softwareprogramma ATLAS.ti. De transcripties zijn middels een semantische aanpak geanalyseerd, waar gekeken is naar de daadwerkelijke inhoud. Er is daarnaast gebruik gemaakt van de latente aanpak, wanneer de betekenis van bepaalde uitspraken in de transcripties niet direct duidelijk was. Hierbij wordt er gekeken naar mogelijk onderliggende aannames die ten grondslag lagen aan de gegeven antwoorden (Flick, 2018). De analyse is uitgevoerd volgens een systematische methode van 6 stappen van Braun en Clarke (2006). In de eerste stap maakt de onderzoeker zich bekend met de data, door de transcripten door te lezen. Hierna worden de transcripten in de tweede stap gecodeerd, door middel van inductief werken. Middels de sensitizing concepts ‘zelfeffectiviteit’ en ‘visie op ADHD’, wordt in het huidige onderzoek richting gegeven aan het coderen (Flick, 2018). Tijdens het lezen worden relevante zinnen en uitspraken van de participanten uit de interviews teruggebracht tot één of enkele woorden en als codes geformuleerd. Op deze manier komt één gezamenlijke codeboom (bijlage 3) voor alle transcripten tot stand. Om de betrouwbaarheid van het codeerproces te vergroten, wordt de eerste codeboom gezamenlijk opgezet door twee onderzoekers. In de derde stap worden thema’s toegekend. Dit wordt gedaan door de codes met elkaar te vergelijken en te groeperen, waarna aansluitend thema’s kunnen worden geïdentificeerd. In stap vier herziet de onderzoeker de thema’s en past waar nodig aan. Op deze manier kunnen vervolgens mogelijke onderlinge relaties worden ontdekt. In de vijfde stap wordt aansluitend betekenis gegeven aan elk thema, om inzichtelijk te maken hoe de thema’s bijdragen aan het begrijpen van de data. In stap zes worden de thema’s gerapporteerd en daarbij ondersteund met citaten.

## **Resultaten**

Doormiddel van het analyseren van de transcripten volgens de systematische methode van 6 stappen van Braun en Clarke (2006), zijn verschillende codes en overkoepelende thema’s geformuleerd. Op deze manier zijn er twee hoofdthema’s gevonden: ‘Visie op ADHD’ en ‘zelfeffectiviteit’. Hoofdthema ‘visie op ADHD’ is vervolgens opgedeeld in twee sub-thema’s ‘psychosociale visie’ en ‘biomedische visie’. De hoofd- en sub-thema’s zijn opgesteld aan de hand van verschillende codes. De codes vertegenwoordigen verschillende opvattingen waaruit een psychosociale of biomedische visie blijkt en verschillende elementen waaruit een toename in het ervaren van zelfeffectiviteit blijkt. De resultaten worden onderstaand per hoofdthema, sub-thema en code gepresenteerd.

## Visie op ADHD

### *Psychosociale visie*

Alle participanten doen tijdens de interviews uitspraken waaruit een psychosociale visie op gedrag naar voren komt. Zo geven participanten aan dat zij een classificatie niet noodzakelijk vinden. Ook benoemen ze dat ADHD alleen een beschrijvende classificatie is en dat ADHD niet een ‘defect’ is bij het kind. Daarnaast vertellen de participanten dat ADHD-gedrag een gevolg is van omgevingsfactoren en dat de aanpak van dit gedrag maatwerk is. De participanten geven aansluitend aan dat ze medicatie niet als eerste behandelmethodede voor het kind wensen. Deze verschillende opvattingen waaruit een psychosociale visie blijkt, worden hierna verder toegelicht. Sommige participanten vertellen dat hun visie is verschoven van een meer biomedische kijk op ADHD, naar een meer psychosociale kijk op ADHD na het volgen van de training Druk & Dwars. Anderen gaven aan al een psychosociale kijk op ADHD te hebben, alvorens hun deelname aan de training Druk & Dwars.

**Geen classificatie noodzakelijk.** Door het merendeel van de participanten ( $n=11$ ) wordt genoemd dat zij een ADHD-classificatie niet nodig vinden om te weten hoe zij met het problematische ADHD-gedrag om moeten gaan of om te bepalen wat een kind nodig heeft. Zij vinden een classificatie niet belangrijk. Ze zeggen dat je het kind te kort doet, wanneer er enkel een ‘label’ aan gehangen wordt en niet verder wordt gekeken naar het specifieke kind en gedrag. Enkele participanten ( $n=4$ ) vertellen dat de training heeft bijgedragen aan deze psychosociale kijk op het classificeren. Een participant zegt het volgende: *“En ik denk dat het vooral dat heeft opgeleverd, dat het de kaders wat meer weg heeft gehaald dat het daar niet om draait. Ja prima als er een leerling druk is of ongeconcentreerd is, maar hoe ga je ermee om, dat is het belangrijkste en een label lost daarin niks op natuurlijk.”* De overige zeven participanten geven aan dat zij gedurende hun loopbaan altijd al de noodzaak van een classificatie niet inzagen en niet houden van het ‘labelen’ van kinderen.

**Beschrijvende classificatie.** Enkele participanten ( $n=3$ ) benoemen dat een ADHD-classificatie enkel een naam is voor gedrag. De participanten benoemen dat ze deze kijk verworven hebben gedurende de training. Zo noemt een participant dat ze het een mooie eyeopener vond om te leren dat een ADHD-classificatie enkel een label is wat je op gedragskenmerken plakt en geen verklaring voor wat er gebeurt.

**Geen ‘defect’.** Sommige participanten ( $n=5$ ) geven aan dat ze het ADHD-gedrag van het kind niet zien als een gevolg van een ‘defect’. Een meerderheid ( $n=3$ ) zegt dat de training

heeft bijgedragen aan het verwerven van deze psychosociale opvatting. Ze vertellen dat ze in de training hebben geleerd dat ADHD geen hersenafwijking of een ‘probleem’ bij het kind is. De overige twee participanten benoemen deze psychosociale kijk op ADHD alvorens deelname aan de training te hebben. Eén participant zegt: *“Want ik denk helemaal niet dat zodra een kind druk is, dat daar wat mee is. Ja. Er zit altijd iets ten grondslag, maar dat hoeft niet meteen te betekenen dat dat zo is, omdat je iets in je hersens hebt of zo.”*

**Omgevingsfactoren.** Het merendeel van de participanten ( $n=8$ ) doet uitspraken waaruit naar voren komt dat zij ADHD-gedrag zien als reactie op omgevingsfactoren. Ze zoeken de oorzaken van het gedrag in de omgeving van het kind en stellen zichzelf vragen met betrekking tot hun eigen invloed op het ADHD-gedrag. Een meerderheid van deze participanten ( $n=6$ ) zegt dat de training heeft bijgedragen aan deze psychosociale kijk op de oorzaak van ADHD-gedrag. Eén van de participanten zegt hierover: *“Ja, en wat ik nu vooral de hele tijd ook in mijn gedachten daarbij heb, is wat de rol van de omgeving daarin ook kan doen en wat ouders daarin, de thuissituatie, hoe dat kan helpen. Dat je, nou bepaald gedrag, dat je veel meer, oh ja, maar dat komt daar vandaan.”* Twee andere participanten zeggen dat ze deze opvatting over de oorzaak van ADHD-gedrag al hadden voor de training. Ze vertellen dat de training dit alleen heeft bevestigd of gezorgd het beter theoretisch onder woorden te kunnen brengen.

**Aanpak is maatwerk.** Door een groot deel van de participanten ( $n=10$ ) wordt benoemd dat de aanpak van ADHD-gedrag maatwerk is. Vanuit de psychosociale visie wordt ADHD-gedrag gezien als gevolg van een unieke interactie van het kind met variërende sociale en omgevingsfactoren. De aanpak van het ADHD-gedrag wordt daarom aansluitend ook gezien als maatwerk, gericht op individuele behoeften van het kind en omgevingsaanpassingen. In de interviews vertellen de participanten dat ze zichzelf vragen stellen met betrekking tot de behoeften van het kind; wat heeft het kind van hen nodig, wat kunnen ze doen door middel van omgevingsaanpassingen en hoe kunnen zij het beste met het gedrag omgaan? Een aantal participanten ( $n=4$ ) vertelt dat de training heeft bijgedragen aan een verandering naar deze psychosociale kijk op de aanpak van ADHD-gedrag. Zo zegt een participant: *“Maar ik denk wel dat het de aanpak veranderd heeft. Ja, dat je nu gewoon meer kijkt: hé, wat heeft het kind nodig? Wat vraagt het kind van mij en hoe kan ik het kind daarin bereiken?”* Vier andere participanten noemen dat zij deze visie met betrekking tot de aanpak van ADHD-gedrag al hadden voor de training en de overige participanten ( $n=2$ ) benoemen



niet expliciet of ze deze kijk voor de training al hadden of dat ze deze opvattingen hebben opgedaan gedurende de training.

**Niet medicamenteus.** Een groot deel van de participanten ( $n=10$ ) geeft aan medicatie niet als eerste keuze te wensen bij de aanpak van ADHD-problematiek bij kinderen. De participanten vinden medicatie niet altijd direct noodzakelijk voor kinderen. Bij ernstigere gevallen van ADHD-problematiek stellen ze echter dat er mogelijk wel medicatie nodig zou kunnen zijn. Een meerderheid ( $n=7$ ) geeft aan dat de training hen bewuster heeft gemaakt van de mogelijke nadelen van medicamenteuze behandeling. Een participant verwoordt dit als volgt: *“Ja en vooral het stukje medicatie daar ben ik nog meer me bewust van ja. Als het niet hoeft, doe het dan niet.”* De overige participanten ( $n=3$ ) hadden deze kritische kijk op medicamenteuze behandeling al voorafgaand aan de training. Zo zegt een van hen nooit geloofd te hebben, dat medicatie altijd de oplossing is bij ADHD-problematiek.

### ***Biomedische visie***

Hoewel alle participanten uitspraken doen waaruit een psychosociale visie blijkt, doen enkele hiervan tegelijkertijd ook nog uitspraken die aansluiten bij een biomedische kijk op ADHD. Deze uitspraken hebben betrekking op de genoemde oorzaak van het gedrag, classificeren en verdinglijking van het concept ADHD.

**Neurobiologische oorzaak.** Een participant ( $n=1$ ) impliceert met een uitspraak, dat er een neurobiologische oorzaak ten grondslag ligt aan ADHD-gedrag. Deze persoon gelooft dat ADHD een neurobiologische oorzaak heeft, in de vorm van een hersendefect. De participant zegt hierover het volgende: *“Wat gebeurt daar in die hersenen dat iemand dat uit door lichamelijk druk te zijn?”*

**Classificatie biedt inzichten.** Enkele participanten ( $n=3$ ) stellen ook na de training dat classificeren hen inzichten biedt in het begrijpen het problematische gedrag en hoe je er mee om zou kunnen gaan. Zo vertelt een participant dat zij ervan overtuigd is dat ouders hun kind beter kunnen helpen, wanneer duidelijk is dat hun kind een diagnose heeft. Een andere participant antwoordt naar aanleiding van een vraag over in hoeverre diegene inzichten heeft verkregen op het gedrag: *“Ja ook dat ik vooral geleerd heb dat ik toch wel het heel fijn vind als er een diagnose is. Want dan denk ik, oké, dan hadden we het toch bij het rechte eind. Maar ja, wat is een diagnose eigenlijk? Een diagnose is mooi, dat is niet daar doe je een kind soms niet helemaal recht mee. Want als je een diagnose stelt, dan zet je een kind in een bepaald kader.”* Aan de ene kant is de participant zich bewuster dat ze een diagnose voor

haarzelf fijn vindt, omdat het voor haar gevoel iets ‘verklaart’. Aan de andere kant vindt ze het voor het kind niet prettig. De participant ziet opvallende genoeg de classificatie nog steeds als een verklaring, dit staat haaks op de psychosociale theorie die behandeld wordt in de training.

**Verdinglijking van ADHD.** Een aantal participanten ( $n=5$ ) lijkt ondanks het volgen van de psychosociale training nog steeds de naam ADHD te zien als verklaring voor bepaald gedrag, zoals in het hierboven genoemde citaat naar voren komt. Een andere participant zegt het volgende: *“(Naam) heeft ja ook wel wat ADHD. Ja, mogen we eigenlijk niet zo zeggen natuurlijk. Maar verschijnselen zeg maar, dat die toch heel vaak ongelukken, de gekste dingen.”* Ze formuleren het concept ADHD als een ‘bestaand ding’ wat de kinderen kunnen ‘hebben’. Een participant verwoordt dit als volgt: *“Ik denk wel dat ADHD bestaat en ik denk ook wel dat er kinderen zijn die dat ook wel echt hebben.”*

### **Zelfeffectiviteit**

De participanten geven aan naar aanleiding van de training een gevoel van meer bekwaamheid te ervaren om gedrag te beïnvloeden of beter met het gedrag om te kunnen gaan. Het overgrote deel ervaart meer zelfvertrouwen, sterkere bewustwording van eigen invloed en bevestiging door een overeenkomstige denk- en handelwijze met de training. Deze verschillende elementen, waaruit een toename in het ervaren van zelfeffectiviteit blijkt, worden hierna verder toegelicht.

**Zelfvertrouwen.** Het merendeel van de participanten ( $n=10$ ) geeft aan een toename in het vertrouwen in eigen vaardigheden op te merken, doordat ze het gevoel hebben dat ze door de training meer technieken tot hun beschikking hebben en aangeleerde technieken beter kunnen inzetten. Zo noemt een participant naar aanleiding van een vraag of de training een impact heeft gehad op hoeveel vertrouwen ze heeft voor de klas: *“Ik merk dat het in dat opzicht heeft het me vertrouwen gegeven dat ik gewoon makkelijker nu kan denken ‘oké, de leerling doet dit, oh, dan zet ik dit in of ik probeer nu dit’. Dus het heeft gewoon wat, ja wat bredere, ja wat meer tools in handen, meer mogelijkheden.”*

**Bewustwording eigen invloed.** Alle participanten ( $n=14$ ) geven aan dat zij zich door de opgedane theorie en ervaringen gedurende de training bewuster zijn van hun eigen invloed op de kinderen. Zo zegt een participant: *“Nou dat alles constant effect heeft op elkaar, hè? Dat wat ik doe, hoe klein het ook lijkt dat dat wel effect heeft op het gedrag van een kind en van je klas, maar ook van jezelf.”* De meeste participanten ( $n=12$ ) vertellen hiernaast dat ze

door de training meer inzichten hebben in de manier hoe zij zelf invloed kunnen uitoefenen op het gedrag van de kinderen of welke andere houding zij kunnen aannemen om beter met het gedrag om te gaan. De participanten reflecteren op zichzelf en gaan bij zichzelf na welke verschillende technieken zij kunnen inzetten om het gedrag van een kind te voorkomen, beïnvloeden of er beter mee om te kunnen gaan. Een participant zegt hierover: *“Dan kun je zeggen, ‘oké, ik moet dus zorgen dat die overgangen voor hem gewoon gestructureerder verlopen of dat die even op een andere plek is of dat hij vlak bij me is’. Dus dan kun je daar zelf kritisch naar je eigen handelen kijken, van hé hoe kun je het aanpakken dat hij dat niet vertoont?”* Het merendeel van de participanten ( $n=11$ ) geeft aan hun eigen invloed gedurende de training in de praktijk te ervaren. Ze merken verandering op bij het gedrag van de kinderen, doordat de participanten een andere handelswijze hanteren waarin ze gebruik maken van verschillende gedragstechnieken. Zo vertelt een participant dat ze naar aanleiding van de training de naam van een kind vaker koppelt aan positieve dingen, in plaats van negatieve dingen. Ze merkt dat de algemene sfeer hierdoor veel positiever is.

**Bevestiging.** Sommige participanten ( $n=4$ ) voelen gedurende de training bevestiging in hun eerdere opvattingen, houding en aanpak ten aanzien van probleemgedrag, doordat dit overeen komt met de behandelde psychosociale theorie en gedragstechnieken. Zo zegt een participant dat de cursus voor haar heeft bevestigd dat het goed is om een bepaalde techniek te gebruiken, zoals zij voor de deelname aan Druk & Dwars ook al deed. De participanten kunnen hun eerdere gevoelsmatige opvattingen en manier van handelen daarnaast ook beter onderbouwen met de opgedane kennis uit de training. Zo zegt een participant: *“Nou eigenlijk meer, ja, meer bevestigd in wat je al wel weet, ja. Ik kan het nu beter onder woorden brengen.”*

### **Verband zelfeffectiviteit en psychosociale visie**

Uit de interviews komt naar voren dat de toename in zelfeffectiviteit deels voortkomt uit de opgedane psychosociale kijk op de oorzaak en aanpak van ADHD-gedrag. Er zijn verschillende manieren waarop de verschuiving naar een psychosociale visie ervoor heeft gezorgd dat de participanten meer invloed ervaren; door het bewustzijn van eigen invloed, de kennis dat medicamenteuze behandeling niet altijd noodzakelijk is en doordat een deel wordt bevestigd in hun eerdere psychosociale opvattingen.

Bij een deel van de participanten lijkt de verschuiving naar de psychosociale kijk op de oorzaak en op aanpak van ADHD-gedrag bij te dragen aan een onderzoekende en

reflecterende houding. De participanten ( $n=5$ ) hebben hierbij meer oog voor de omgevingsfactoren die van invloed kunnen zijn op het ADHD-gedrag en dus ook voor hun eigen rol in het aanpakken van het problematische gedrag. Zo reflecteert een participant op de negatieve invloed die zij kan hebben op een kind: Ze vertelt dat het voor een kind heel vervelend kan zijn wanneer ze bijvoorbeeld hakken draagt. Een andere participant vond voor deelname aan de training dat medicatie nodig was, om het kind aan te passen aan 'het systeem'. Na het volgen van de training kijkt ze nu eerst naar de specifieke ondersteuningsbehoeften van de leerling. Participanten ( $n=7$ ) overdenken vervolgens hoe ze hun invloed kunnen inzetten om het gedrag te kunnen aanpakken en gaan hierbij na welke gedragstechnieken zij kunnen inzetten om de omgeving aan te passen. Een participant geeft aan dat ze hierdoor het gevoel heeft dat ze nu beter het gedrag kan beïnvloeden. De participanten ( $n=4$ ) die al psychosociale opvattingen hadden en de psychosociale aanpak door gedragstechnieken al inzetten zijn hierin bevestigd, wat kan hebben geleid tot meer vertrouwen in hun functioneren.

## **Conclusie en discussie**

### **Beantwoording onderzoeksvraag**

Huidig onderzoek heeft de veranderingen in zelfeffectiviteit en visie op ADHD onderzocht, die educatieve professionals ervaren na het volgen van de training Druk & Dwars. Op basis van de resultaten kan geconcludeerd worden dat een deel van de participanten een verschuiving heeft ervaren naar een meer psychosociale kijk op ADHD door de Druk & Dwars training. De participanten geven daarnaast aan dat de Druk & Dwars training heeft bijgedragen aan een toename van hun ervaren zelfeffectiviteit. Deze toename in zelfeffectiviteit komt deels voort uit de verschuiving naar een psychosociale kijk op ADHD.

### **Interpretatie van resultaten aan de hand van theoretische achtergrond**

Bij een deel van de participanten is zoals verwacht een verschuiving waargenomen van een overwegend biomedische naar een meer psychosociale kijk op ADHD door de Druk & Dwars training. Zo beschouwen deze participanten ADHD niet langer als een verklaring, maar zien ze het als een beschrijvende classificatie (Batstra, 2017). Ze hebben daarnaast ook in de training geleerd dat ADHD geen 'hersendefect' is, maar zien ADHD-gedrag nu als gevolg van omgevingsfactoren (Batstra et al., 2020). De participanten zijn zich daardoor ook bewuster van hun eigen mogelijke invloed bij het ontstaan, in stand houden, voorkomen of verminderen van het problematische ADHD-gedrag. De verandering naar een psychosociale visie blijkt daarnaast ook uit een veranderde kijk op de aanpak van het problematische

ADHD-gedrag. Na de training hanteren de participanten namelijk een meer op maat gemaakte aanpak, waarbij ze zich afvragen welke omgevingsfactoren, inclusief zichzelf, van invloed kunnen zijn geweest op het specifieke kind en ze bewuster zijn dat medicatie niet altijd noodzakelijk is.

Een deel van de participanten gaf aan al overwegend psychosociaal te denken voorafgaand aan de training en heeft dus geen of weinig verschuiving in hun visie ervaren. Zo benoemden ze dat voorafgaand aan de training een classificatie voor hen ook al niet als noodzakelijk werd gezien om effectieve ondersteuning te bieden aan kinderen. Ze keken bovendien ook voor deelname aan de training al naar de behoeften van het individuele kind bij de aanpak van problematisch ADHD-gedrag. Dit is in tegenstrijd met eerdere aannames dat er een overheersend biomedische visie heerst bij de educatieve professionals ten aanzien van ADHD (Wienen et al., 2019). Een mogelijke verklaring voor de al aanwezige psychosociale visie bij participanten voorafgaand aan de training, is dat participanten wiens denken en handelen al sterk overeenkomen met de psychosociale inhoud van de cursus, mogelijk sneller geneigd zijn om de training te gaan volgen. Participanten hebben er vrijwillig voor gekozen om deel te nemen aan de training, waardoor er kans is op self-selection bias. Hoewel deze participanten geen verschuiving in hun visie ervaarden door de training, voelden zij zich wel bevestigd in hun opvattingen en aanpak. Ze kunnen tevens hun gevoelsmatige en overeenkomstige denk- en handelswijze na het volgen van de training beter theoretisch onderbouwen. Dit geeft hen meer vertrouwen in hun opvattingen en aanpak bij het problematische gedrag.

Een klein deel van de participanten doet naast psychosociale uitspraken, tegelijkertijd ook nog uitspraken die een biomedische kijk op ADHD suggereren. Hoewel de training een verandering in de visie lijkt op te brengen, lijken eerdere biomedische opvattingen met betrekking tot de oorzaak van het gedrag, classificeren en verdinglijking van het concept ADHD tegelijkertijd niet volledig te zijn losgelaten.

De meeste participanten beweren dat voor hen een classificatie niet noodzakelijk is en het geen volledig inzicht geeft in de oorzaak van ADHD-gedrag. Enkele participanten stellen desondanks ook dat een ADHD-classificatie hen enige inzichten biedt in het begrijpen en verklaren van het gedrag, terwijl deze biomedische misvatting in de training wordt ontkracht. Deze ambivalente houding komt overeen met bevindingen van het onderzoek van Wienen en collega's (2019). Leraren geven in deze studie aan dat zij zowel nadelen als voordelen ervaren van ADHD-classificaties. Een voordeel van ADHD-classificaties die in deze studie door

leraren wordt ervaren, is het gevoelsmatig de schuld wegnemen bij zichzelf, ouders en de leerling. Mogelijk vinden de participanten in de huidige studie het lastig om te accepteren dat problematisch gedrag niet verklaart kan worden door een ADHD-classificatie, omdat dit de schuld van het problematische gedrag van het kind voor hun gevoel meer bij hen kan leggen.

Hoewel de meeste participanten ADHD-gedrag na de training toeschrijven aan omgevingsfactoren, stelt één participant daarentegen dat er daarnaast ook een neurobiologische oorzaak ten grondslag ligt aan het ADHD-gedrag. Deze biomedische misvatting wordt echter in de training expliciet ontkracht. Een mogelijk verklaring voor de ambivalente houding van deze participant is de sterke vertegenwoordiging van de biomedische kijk op ADHD in boeken, terwijl psychosociale informatie over ADHD veel minder wordt behandeld (Batstra et al., 2020; Freedman, 2015). Het kan hierdoor lastig zijn om de biomedische manier van denken bij een participant door middel van één training volledig bij te sturen naar een psychosociale kijk op ADHD.

De participanten ervaren na het volgen van de Druk & Dwars training een positieve verandering ten aanzien van hun zelfeffectiviteit. Er lijkt een wisselwerking te zijn tussen de psychosociale visie, de inzet van gedragstechnieken en verhoogd zelfeffectiviteit. De participanten geven aan dat zij zich door de psychosociale theorie uit de training bewuster zijn van hun eigen invloed op kinderen. Ze hebben door de gedragstechnieken die in de psychosociale training worden aangeboden vervolgens ook meer inzicht in de manier hoe zij zelf die invloed kunnen inzetten, om het gedrag van de kinderen positief te beïnvloeden. Door het oefenen van de aangeboden technieken gedurende de training, kunnen de participanten de technieken gevoelsmatig beter inzetten. Ze ervaren daarnaast de impact van hun eigen invloed op het gedrag van de kinderen, wat leidt tot meer vertrouwen in hun eigen vaardigheden om met het ADHD-gedrag om te kunnen gaan.

Dit suggereert dat een psychosociale visie, in combinatie met het aanbieden van gedragstechnieken, bijdraagt aan een toename in de ervaren zelfeffectiviteit bij educatieve professionals. Dit wordt ondersteund door het onderzoek van Mikami en collega's (2019), waar educatieve professionals die vanuit een psychosociale visie het ADHD-gedrag van een kind zien als gevolg van interactie met zijn omgeving, sterker het gevoel hebben invloed te kunnen uitoefenen op het gedrag van. Het is daarnaast ook in overeenstemming met het onderzoek van Reinke en collega's (2013), waar leraren zich zekerder voelen in het managen van de klas, na het volgen van een training gericht op het aanleren van gedragstechnieken.

## **Sterke punten en beperkingen**

Vanwege het verkennende karakter van het huidige kwalitatieve onderzoek en het vastleggen van ervaringen, is gekozen voor het gebruiken van semigestructureerde interviews. Door gebruik te maken van semigestructureerde interviews, kon diepgaande en gedetailleerde informatie in kaart gebracht worden, met betrekking tot ervaringen van de training Druk & Dwars. Er was daarnaast sprake van datasaturatie. Na het opstellen van de codeboom aan de hand van de eerste twee transcripten zijn er gedurende de verdere data-analyse geen nieuwe codes naar voren gekomen. Dit ondersteunt de volledigheid in de verzamelde resultaten, om valide conclusies te kunnen trekken. Bestaande codes zijn gedurende de data-analyse meermaals geherformuleerd, om ze meer representatief te maken voor de uitspraken van de participanten in alle transcripten.

De transcripten zijn geanalyseerd middels een semantische aanpak. Wanneer echter de betekenis van een ervaring of visie niet duidelijk was, is daarnaast een latente aanpak toegepast. Dit bood het voordeel dat mogelijke onderliggende aannames, betekenissen of visies inzichtelijk werden. Een nadeel van de latente aanpak is echter dat de interpretatie van de resultaten meer afhankelijk is van de onderzoeker. Dit kan hebben geleid tot een hogere mate van subjectiviteit, wat vervolgens de betrouwbaarheid negatief kan beïnvloeden. Om de betrouwbaarheid van het codeerproces te vergroten, is de eerste codeboom gezamenlijk opgezet door twee onderzoekers op basis van het eerste transcript. De twee afzonderlijk gecodeerde transcripten zijn vervolgens vergeleken, waarna duidelijk is geworden dat de twee onderzoekers los van elkaar tot soortgelijke codes kwamen. Eén onderzoeker heeft daarna individueel de overige data-analyse gedaan.

Het gebruik van een gemakssteekproef om participanten te werven voor de interviews vormt een mogelijke beperking in dit onderzoek. Door gebruik te maken van een gemakssteekproef, ontbreekt randomisatie bij de werving. De uiteindelijke steekproef zou hierdoor mogelijk onvoldoende representatief kunnen zijn voor een bredere populatie. Omdat participanten vrijwillig hebben kunnen kiezen om een interview te geven, is er kans op self-selection bias. Op basis van de resultaten is het aannemelijk dat met name educatieve professionals die baat hadden bij de training en die een positieve verandering hebben ervaren, zich hebben aangemeld voor de interviews. Daarnaast was er ook mogelijk al sprake van self-selection bias bij de aanmelding voor de training, aangezien waarschijnlijk met name participanten wiens visie al deels overeenkomt met de training zich aanmelden. Hierdoor zijn de resultaten mogelijk niet generaliseerbaar naar andere deelnemers. Om deze reden wordt er

ook kwantitatief onderzoek gedaan, naar de uitkomsten van alle participanten die de training Druk & Dwars hebben gevolgd. Middels kwantitatief onderzoek kan onderzocht worden of de huidige gevonden veranderingen ook op grotere schaal zichtbaar zijn.

Een laatste beperking van het onderzoek is een defect in de opnameapparatuur, waardoor één van de interviews niet is opgenomen. Om variatie in de antwoorden te voorkomen is het interview niet opnieuw afgenomen, maar is er daarentegen een uitgebreide samenvatting opgesteld direct na afloop van het interview. De desbetreffende participant heeft de informatie uit de samenvatting gecontroleerd en waar nodig gecorrigeerd. In de samenvatting van het interview staat vermoedelijk de belangrijkste informatie beschreven. Het kan desondanks zo zijn dat specifieke ervaringen en opvattingen die van belang waren geweest voor huidig onderzoek ontbreken en daardoor niet zijn meegenomen in de huidige data-analyse.

### **Aanbevelingen voor vervolgonderzoek en pedagogische praktijk**

Huidig onderzoek is ingegaan op de veranderingen die leraren, pedagogisch medewerkers en onderwijsassistenten ervaren ten aanzien van hun zelfeffectiviteit en visie op ADHD, na het volgen van de training Druk & Dwars. Dit onderzoek wijst uit dat de psychosociale training Druk & Dwars bij educatieve professionals heeft bijgedragen aan een verschuiving naar een meer psychosociale kijk op ADHD. De psychosociale training kan daarnaast ook zorgen voor een ontwikkeling in kennis van en ervaring met gedragstechnieken bij educatieve professionals, om het ADHD-gedrag beter te kunnen aanpakken in de context. Dit kan in samenhang met een meer psychosociale visie bijdragen aan een verhoogde mate van ervaren zelfeffectiviteit. Deze inzichten suggereren dat een ADHD-classificatie en medicamenteuze behandeling niet noodzakelijk zijn voor educatieve professionals om met mild tot matig ADHD-gedrag om te kunnen gaan. Om deze reden wordt er aanbevolen om de psychosociale training Druk & Dwars volgens de aanpak Stepped-Diagnosed van Batstra en Frances (2013), breder beschikbaar te stellen voor educatieve professionals in de praktijk. Het investeren in het trainen van educatieve professionals in de omgang met ADHD-gedrag middels de Druk & Dwars training, kan een eerste stap zijn om overclassificatie te voorkomen en een medicamenteuze aanpak te beperken. De resultaten van dit onderzoek suggereren dat de Druk & Dwars training het beste binnen een organisatie aangeboden kan worden, in plaats van op basis van individuele inschrijving. Op die manier kan er voor worden gezorgd dat niet alleen educatieve professionals die al vanuit een psychosociale visie denken en handelen



deelnemen aan de training, maar ook degenen die mogelijk nog overwegend biomedisch denken en dus het meeste baat hebben bij de training.

Om de veranderingen in visie op ADHD en zelfeffectiviteit op de langere termijn te kunnen onderzoeken, wordt aanbevolen om longitudinaal vervolgonderzoek te doen naar de impact van de Druk & Dwars training. De informatie over ADHD in boeken is overheersend biomedisch van aard, waardoor educatieve professionals hier in de praktijk veelvuldig aan worden blootgesteld (Batstra et al., 2020; Freedman, 2015). Het is om deze reden waardevol om effecten van een psychosociale training, waar participanten tegenstrijdige informatie krijgen aangeboden, op de langere termijn te evalueren. Hiermee zou beoordeeld kunnen worden of de educatieve professionals mogelijk behoefte hebben aan een vorm van nascholing of een terugkomdag, om te zorgen voor blijvende verandering in visie.

Voor zover bekend is dit de eerste studie waarin is onderzocht welke veranderingen het volgen van een psychosociale training teweeg kan brengen bij educatieve professionals, ten aanzien van hun visie op ADHD en ervaren zelfeffectiviteit. Uit het onderzoek blijkt dat educatieve professionals door de Druk & Dwars training een meer psychosociale kijk op ADHD kunnen ontwikkelen, wat in combinatie met de inzet van gedragstechnieken ten grondslag ligt aan de verhoogde mate van ervaren zelfeffectiviteit. Dit onderzoek levert hiermee een belangrijke bijdrage aan de normaliserende aanpak van ADHD-gedrag, waar zowel educatieve professionals als de kinderen van profiteren.

## Literatuurlijst

- Arnett, A. B., MacDonald, B., & Pennington, B. F. (2013). Cognitive and behavioral indicators of ADHD symptoms prior to school age. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(12), 1284–1294. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12104>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122–147. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.37.2.122>
- Barkley, R. A. (2018). *Attention-Deficit hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. Guilford Publications.
- Batstra, L. (2017). *ADHD: macht en misverstanden*. Lucht.
- Batstra, L., & Frances, A. (2013). Psychiatrische overdiagnostiek voorkomen zonder onderbehandeling te riskeren. *De Psycholoog*, 48(6), 10–17.
- Batstra, L., Foget, L., Van Haeringen, C., Meerman, S. T., & 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), 1–9. <https://doi.org/10.21307/sjcapp-2020-001>
- Batstra, L., Hadders-Algra, M., Nieweg, E., Van Tol, D., Pijl, S. J., & Frances, A. (2012). Childhood emotional and behavioral problems: reducing overdiagnosis without risking undertreatment. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 54(6), 492-494. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2011.04176.x>
- Batstra, L., Nieweg, E. H., & Hadders-Algra, M. (2014). Exploring five common assumptions on Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Acta Paediatrica*, 103(7), 696-700. <https://doi.org/10.1111/apa.12642>
- Batzle, C. S., Weyandt, L. L., Janusis, G. M., & DeVietti, T. L. (2009). Potential impact of ADHD with stimulant medication label on teacher expectations. *Journal of Attention Disorders*, 14(2), 157–166. <https://doi.org/10.1177/1087054709347178>
- Biederman J., & Faraone, S.V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366(9481), 237-48. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66915-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66915-2)
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Chunta, A. M., & DuPaul, G. J. (2022). Educational diagnostic label and teacher self-efficacy: Impact on classroom intervention choice. *School Psychology, 37*(4), 298–308. <https://doi.org/10.1037/spq0000509>
- Chronis, A. M., Jones, H. A., & Raggi, V. L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review, 26*(4), 486–502. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.002>
- Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Ghandour, R. M., 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. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1417860>
- 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. *Nature Reviews Disease Primers, 1*(1). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20>
- Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research*. SAGE.
- Freedman, J. E. (2015). An analysis of the discourses on attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in US special education textbooks, with implications for inclusive education. *International Journal of Inclusive Education, 20*(1), 32–51. <https://doi.org/10.1080/13603116.2015.1073375>
- Harwood, V., & Allan, J. (2014). *Psychopathology at school: Theorizing mental disorders in education*. Routledge.
- Hinshaw, S. P., & Scheffler, R. M. (2014). *The ADHD explosion: Myths, Medication, Money, and Today's Push for Performance*. Oxford University Press.
- Jager, L., & Denessen, E. (2015). Within-teacher variation of causal attributions of low achieving students. *Social Psychology of Education, 18*(3), 517–530. <https://doi.org/10.1007/s11218-015-9295-9>
- Johnston, C., Mash, E. J., Miller, N., & Ninowski, J. E. (2012). Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review, 32*(4), 215–228. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.007>

- Kakilla, C. (2021). *Strengths and Weaknesses of Semi-Structured Interviews in Qualitative Research: A Critical essay*. <https://doi.org/10.20944/preprints202106.0491.v1>
- Kortekaas-Rijlaarsdam, A. F., Luman, M., Sonuga-Barke, E., & Oosterlaan, J. (2018). Does methylphenidate improve academic performance? A systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry, 28*(2), 155–164. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1106-3>
- Latouche, A. P., & Gascoigne, M. (2019). In-Service Training for increasing Teachers' ADHD knowledge and Self-Efficacy. *Journal of Attention Disorders, 23*(3), 270–281. <https://doi.org/10.1177/1087054717707045>
- Lebowitz, M. S., Rosenthal, J. E., & Ahn, W. (2016). Effects of Biological versus Psychosocial Explanations on stigmatization of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 20*(3), 240–250. <https://doi.org/10.1177/1087054712469255>
- Leijten, P., Gardner, F., Melendez-Torres, G., Van Aar, J., Hutchings, J., Schulz, S., Knerr, W., & Overbeek, G. (2019). Meta-Analyses: Key Parenting Program Components for Disruptive Child Behavior. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry, 58*(2), 180–190. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.900>
- Meerman, S. T. (2024). *New Guidelines on How to Accurately Convey ADHD Information - Mad In America*. Mad in America. <https://www.madinamerica.com/2024/10/new-guidelines-on-how-to-accurately-convey-adhd-information/>
- Meerman, S. T., 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*(sup1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1298267>
- Mikami, A. Y., Smit, S., & Johnston, C. (2019). Teacher attributions for children's attention-deficit/hyperactivity disorder behaviors predict experiences with children and with classroom behavioral management in a summer program practicum. *Psychology in the Schools, 56*(6), 928–944. <https://doi.org/10.1002/pits.22250>
- Molina, B. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Vitiello, B., Jensen, P. S., Epstein, J. N., Hoza, B., Hechtman, L., Abikoff, H. B., Elliott, G. R., Greenhill, L. L., Newcorn, J. H., Wells, K. C., Wigal, T., Gibbons, R. D., Hur, K., & Houck, P. R. (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 &*

- Adolescent Psychiatry*, 48(5), 484–500.  
<https://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(4), 489–498. <https://doi.org/10.1111/cch.12448>
- Phillips, C. B. (2006). Medicine goes to school: Teachers as sickness brokers for ADHD. *PLoS Medicine*, 3(4), e182. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030182>
- Riddle, M. A., Yershova, K., Lazzaretto, D., Paykina, N., Yenokyan, G., Greenhill, L., Abikoff, H., Vitiello, B., Wigal, T., McCracken, J. T., Kollins, S. H., Murray, D. W., Wigal, S., Kastelic, E., McGough, J. J., dosReis, S., Bauzó-Rosario, A., Stehli, A., & 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.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.12.007>
- Rigler, T., Manor, I., Kalansky, A., Shorer, Z., Noyman, I., & Sadaka, Y. (2016). New DSM-5 criteria for ADHD — Does it matter? *Comprehensive Psychiatry*, 68, 56–59. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.03.008>
- Reinke, W. M., Herman, K. C., & Stormont, M. (2013). Classroom-Level Positive Behavior Supports in schools implementing SW-PBIS. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 15(1), 39–50. <https://doi.org/10.1177/1098300712459079>
- Russell, G., Ford, T., Rosenberg, R., & Kelly, S. (2013). The association of attention deficit hyperactivity disorder with socioeconomic disadvantage: alternative explanations and evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(5), 436–445. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12170>
- Sciutto, M. J., Terjesen, M. D., Kučerová, A., Michalová, Z., Schmiedeler, S., Antonopoulou, K., Shaker, N. Z., Lee, J., Alkahtani, K., Drake, B., & Rossouw, J. (2016). Cross-National Comparisons of teachers' knowledge and misconceptions of ADHD. *International Perspectives in Psychology*, 5(1), 34–50. <https://doi.org/10.1037/ipp0000045>
- Sluiter, M. N., Bos, E. H., Doornenbal, J. M., De Jonge, P., & Batstra, L. (2023). Wild and Willful Kids: Can we help parents? The effectiveness of a group parent training

- program without a psychiatric label. *Journal of Psychiatric Practice*, 29(3), 246–259.  
<https://doi.org/10.1097/pr.0000000000000704>
- Sonuga-Barke, E. J., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M.,  
Stevenson, J., Danckaerts, M., Van Der Oord, S., Döpfner, M., Dittmann, R. W.,  
Simonoff, E., Zuddas, A., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Hollis, C.,  
Konofal, E., Lecendreux, M., . . . Sergeant, J. (2013). Nonpharmacological  
Interventions for ADHD: Systematic Review and Meta-Analyses of Randomized  
Controlled trials of dietary and Psychological Treatments. *American Journal of  
Psychiatry*, 170(3), 275–289. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070991>
- Stolzer, J. (2005). ADHD in America: A Bioecological analysis. *Ethical Human Psychology  
and Psychiatry*, 7(1), 65-75.
- Swanson, J. M., Arnold, L. E., Molina, B. S., 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., . . . Kraemer, H. C. (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*, 58(6), 663–678. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12684>
- Stichting Farmaceutische Kengetallen. (2017). Toename in Gebruik Van Methylfenidaat lijkt  
Voorbij. *Pharmaceutisch Weekblad*, 152(38). <https://www.sfk.nl>
- Spiel, C. F., Evans, S. W., & Langberg, J. M. (2014). Evaluating the content of Individualized  
Education Programs and 504 Plans of young adolescents with attention  
deficit/hyperactivity disorder. *School Psychology Quarterly*, 29(4), 452–468.  
<https://doi.org/10.1037/spq0000101>
- Taylor, E. A., & 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.  
*Rutter's Child and adolescent Psychiatry*. 5, 521-542. Wiley-Blackwell.  
<https://doi.org/10.1002/9781444300895.ch34>
- Thomas, R., Mitchell, G. K., & Batstra, L. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder: are  
we helping or harming? *BMJ*, 347, 18-20. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6172>

- Tschannen-Moran, M., & Hoy, A. W. (2001). Teacher efficacy: capturing an elusive construct. *Teaching and Teacher Education, 17*(7), 783–805. [https://doi.org/10.1016/s0742-051x\(01\)00036-1](https://doi.org/10.1016/s0742-051x(01)00036-1)
- Van Der Oord, S., & Daley, D. (2015). Moderation and mediation of treatment outcomes for children with ADHD. *Oxford University Press*.
- Van Rooijen, K., & Foolen, N. (2017). *Jeugdigen met ADHD: Wat werkt?* Nederlands Jeugdinstituut. <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-05/Jeugdigen%20met%20ADHD%20Wat%20werkt.pdf>
- Walker, J. S., Coleman, D., Lee, J., Squire, P. N., & Friesen, B. J. (2008). Children's Stigmatization of childhood depression and ADHD: Magnitude and demographic variation in a national sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(8), 912–920. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318179961a>
- Walter, H. J., Gouze, K., & Lim, K. G. (2006). Teachers' beliefs about mental health needs in inner city elementary schools. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*(1), 61-68. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000187243.17824.6c>
- 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. <https://doi.org/10.1080/08856257.2019.1580838>

## Bijlagen

### Bijlage 1: Toestemmingsformulier

Ik heb de informatie over het onderzoek gelezen. Ik heb daarnaast genoeg mogelijkheden gekregen om vragen te stellen over het onderzoek.

- Ik begrijp waar het onderzoek over gaat, wat er van mij verwacht wordt, welke consequenties er zijn voor mijn deelname aan dit onderzoek, hoe de onderzoeksgegevens verwerkt zullen worden en wat mijn rechten zijn als deelnemer van dit onderzoek.
- Ik begrijp dat deelname aan dit onderzoek vrijwillig is. Ik kan zelf kiezen om deel te nemen. Ik kan tevens op elk moment ervoor kiezen om te stoppen met mijn deelname aan dit onderzoek. Als ik stop, dan hoef ik hiervoor geen uitleg te geven. Het stoppen als deelnemer van dit onderzoek zal geen negatieve gevolgen voor mij hebben.
- Hieronder geef ik aan waar ik toestemming voor geef.

Toestemming tot deelname aan het onderzoek:

- Ja ik stem in tot deelname; deze deelname is geldig tot direct na het onderzoek
- Nee, ik geef geen instemming tot deelname aan het onderzoek

Toestemming tot het maken van audio-opnames tijdens het onderzoek:

- Ja, ik stem in met het maken van audio-opnames van mij als deelnemer in het onderzoek
- Nee, ik stem niet in met het maken van audio-opnames van mij

Instemming tot het gepseudonimiseerd verwerken van mijn persoonlijke gegevens:

- Ja, ik stem in met het verwerken van mijn persoonlijke gegevens zoals beschreven in het informatieformulier over het onderzoek. Ik weet dat ik tot twee jaar na het interview kan vragen om mijn gegevens te verwijderen uit de dataset van het onderzoek. Ik kan hier ook om vragen als ik besluit om te stoppen als deelnemer in dit onderzoek. Indien er al gepubliceerd is over mijn interview, dan kunnen mijn gegevens niet uit de publicatie verwijderd worden. Ik ben echter niet als persoon herkenbaar in publicaties.
- Nee, ik geef geen toestemming voor het verwerken van mijn persoonlijke gegevens.



## **Bijlage 2: Interviewleidraad**

Voorafgaand:

- Introduceren doel onderzoek
- Uitleggen hoe er wordt omgegaan met de data
- Toestemmingsformulier laten tekenen:

[https://rug.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV\\_8HVraGqEKI5u7Ea](https://rug.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_8HVraGqEKI5u7Ea)

- Opname apparatuur starten

Interviewvragen:

Algemeen

1. Wil je eerst kort voorstellen: naam, groep, ervaring.
2. Waarom heb je besloten om deel te nemen aan de training?
3. Hoe heb je de training ervaren?

Impact training

Welke impact heeft de training gehad op:

4. Jouw vermogen om met uitdagende situaties/gedrag in de groep/klas om te gaan? (eigen gedrag)
    - a. in welke mate heeft het impact gehad op het vertrouwen waarmee je voor de groep staat?
  5. Het drukke en dwarse gedrag dat je ervaart van de kinderen in je groep/klas? (gedrag kind/ gevoel)
  6. De stress die je ervaart als leerkracht/pedagogisch medewerker? (zelfzorg)
- Effectieve elementen
- Vervolg vraag op vraag 2-5:
1. Welke onderdelen van de training hebben bijgedragen aan deze ervaren impact?

Indien nodig, specifiek doorvragen naar:

2. Visie op ADHD: In hoeverre is jouw kijk op Druk & Dwars gedrag/ADHD door de training verandert?
3. Contact: In hoeverre is de manier waarop je contact maakt met de kinderen in je groep nu verandert?
4. Zelfzorg: In hoeverre heb jij aanpassingen gemaakt in de manier waarop je voor je zelf zorgt?
5. Methodes: In hoeverre gebruik je nu andere methodes dan voorheen?

Belemmerende elementen

6. Waar liep je tegen aan tijdens het volgen van de training?
7. Waar liep je tegen aan bij het in het praktijk brengen van hetgeen dat je geleerd hebt tijdens de training?
8. Hoe zou de training voor jou nog meer hebben kunnen opleveren?

Slotvraag

9. Zijn er nog andere dingen die we niet besproken hebben en je wel graag zou willen delen?

Probes

- Kun je daar een voorbeeld van geven?
- Hoe voelde je je in die situatie?
- Hoe was dat voor jou (om het op deze manier aan te pakken)?
- Wat voor invloed/effect heeft dat op jou?
- Wat heeft ervoor gezorgd dat je dit nu zo denkt?
- Waar komt het door dat je daar nu zo naar kijkt/over denkt?
- Je zei eerder.. zou je iets meer kunnen vertellen over hoe..
- Je gaf al aan dat... in hoeverre draagt dat bij aan..
- In welke mate..

### **Bijlage 3: Codeboom**

Onderstaand staat de codeboom beschreven, waarin de verschillende thema's en codes zijn weergegeven. De dikgedrukte woorden zijn de uiteindelijke thema's en de schuingedrukte woorden zijn de sub-thema's. De thema's zijn opgesteld aan de hand van verschillende codes (aangeduid met een streepje (-)).

#### **Visie op ADHD**

##### *Psychosociale visie*

- Geen classificatie noodzakelijk
- Beschrijvende classificatie
- Niet iets 'defect'
- Omgevingsfactoren
- Aanpak is maatwerk
- Niet medicamenteus

##### *Biomedische visie*

- Neurobiologische oorzaak
- Classificatie biedt inzichten
- Verdinglijking van ADHD

#### **Zelfeffectiviteit**

- Zelfvertrouwen
- Bewustwording van eigen invloed
- Bevestiging