

**Train-de-trainerconstructies voor de
Druk&dwars-training in de kinderopvang**

Linde Muntinga

S4091663

Track orthopedagogiek

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Rijksuniversiteit Groningen

Begeleider: Laura Batstra

Tweede beoordelaar: Muirne Paap

4-7-2024

Aantal woorden: 7925

Abstract

In deze studie wordt de invloed van het type trainer op de effectiviteit van de Druk&Dwars-training onderzocht. Deze training is bedoeld om pedagogisch medewerkers te ondersteunen in het omgaan met druk gedrag bij kinderen. In een quasi-experimenteel design werden drie groepen vergeleken: een controlegroep, deelnemers getraind door pedagogisch medewerkers (train-de-trainer), en deelnemers getraind door professionele trainers. MANOVA's, ANOVA's en post-hoc toetsen leidden tot de volgende resultaten: de training beïnvloedde de visie op ADHD bij beide groepen, met een sterker effect bij professionele trainers. Alleen in de groep met professionele trainers nam ook de zelfeffectiviteit toe; perceptie van druk gedrag bleef onveranderd. Mogelijke verklaringen voor het verschil in effectiviteit tussen trainers zijn inhoudelijke deskundigheid, didactisch vermogen en ervaren autoriteit. Beperkingen zoals de verschillen tussen groepen en de geschiktheid van meetinstrumenten beïnvloeden de generaliseerbaarheid van de resultaten.

This study examines the impact of trainer type on the effectiveness of the Druk&Dwars training, designed to support childcare professionals in managing hyperactive child behaviour. A quasi-experimental design was used to compare three groups: a control group, participants trained by peer educators (train-the-trainer), and those trained by professional trainers. MANOVA's, three ANOVA's and post-hoc tests led to the following results: The training influenced participants' views on ADHD in both groups, with a stronger effect in the group trained by professionals. Only this group also showed increased self-efficacy; no significant change was found in the perception of hyperactive behaviour. Possible explanations for the difference in effectiveness between trainers include subject-matter expertise, didactic skills, and perceived authority. Limitations such as differences between groups and the suitability of measurement instruments affect the generalizability of the results.

Inhoudsopgave

Abstract	2
Train-de-trainerconstructies voor de Druk&Dwars-training in de kinderopvang.....	5
Ontwikkeling van de ADHD-classificatie.....	6
Het huidige beeld van ADHD	7
Prevalentie	8
Het huidige debat over ADHD en druk gedrag	8
Perceptie: ADHD of druk gedrag?	8
Visie op ADHD: Biomedisch of pedagogisch?	9
Druk&Dwars	10
Zelfeffectiviteit.....	10
Train-de-Trainer (TdT) -constructies	11
Onderzoeksvraag.....	12
Methoden.....	13
Onderzoeksdesign	13
Populatie.....	13
Steekproefkenmerken.....	13
Procedure.....	14
Ethische kwesties	15
Statistisch analyseplan.....	15
Analyse.....	15
Beslisregels.....	16
Assumpties	16
Variabelen en instrumenten	17
Onafhankelijke variabele: het type trainer	17
Afhankelijke variabele: Perceptie van ADHD	17
Afhankelijke variabele: Visie op ADHD	18
Afhankelijke variabele: Zelfeffectiviteit	19

Dataverwerking en samengestelde variabelen	19
Omgang met missende waarden.....	20
Resultaten	22
Beschrijvende statistiek van de groepsgemiddelden	22
MANOVA	24
ANOVA's.....	24
Post-hoc toetsen.....	26
Conclusie en discussie.....	28
Conclusie uit resultaten	28
Discussie.....	28
Beperkingen van het onderzoek	30
Implicaties	31
Bijlage A.....	33
Bijlage B.....	46
Bijlage C.....	48
Betrouwbaarheid	48
Controle van samenhang tussen uitkomstmaten	49
Multivariate normaliteit.....	50
Homogeniteit.....	51
Bronnen	52

Train-de-trainerconstructies voor de Druk&Dwars-training in de kinderopvang

In het onderwijs, de jeugdzorg en opvoedondersteuning lopen professionals regelmatig aan tegen druk, impulsief of snel afgeleid gedrag bij kinderen. Onderzoekers spreken zelfs van een “structurele crisis” in de klas (NOS Nieuws, 2025). Deze gedragingen zorgen voor uiteenlopende reacties. Steeds vaker brengen ouders en leerkrachten druk gedrag in verband met ADHD en classificeren het gedrag als medisch probleem (GGZ, 2016).

Steeds vaker klinkt er kritiek op de medicalisering van druk en dwars gedrag bij kinderen. Zo zegt Batstra (2023) dat druk en dwars gedrag meestal een combinatie is van eigenschappen van een kind en omgevingsfactoren die elkaar voortdurend beïnvloeden.

Er is een training ontwikkeld om begeleiders en opvoeders te versterken in hun inzicht en aanpak van druk gedrag: de Druk&Dwars-training. Verschillende professionals, van pedagogisch medewerkers tot gespecialiseerde trainers met een theoretische achtergrond, geven deze training. De variatie in wie de training verzorgt, maakt het aannemelijk dat het type trainer van invloed kan zijn op het leerproces van deelnemers (Timperley, 2007) De vraag of het type trainer invloed heeft op hoe deelnemers druk gedrag zien en hanteren, staat centraal in deze thesis.

Om de context van dit onderzoek te begrijpen, wordt eerst stilgestaan bij de inhoud en totstandkoming van de ADHD-classificatie. Vervolgens komt het debat tussen verschillende visies op druk gedrag aan bod, evenals de ontwikkeling van de Druk & Dwars-training, zelfeffectiviteit en train-de-trainerconstructies.

Ontwikkeling van de ADHD-classificatie

De classificatie van ADHD die nu bekend is, kent een lange voorgeschiedenis waarin uiteenlopende vormen van druk en onoplettend gedrag werden beschreven. Al vanaf het eind van de 18e eeuw zijn er beschrijvingen van gedrag die lijken op de huidige ADHD-symptomen. De Schotse arts Alexander Crichton beschreef in 1798 kinderen met aandachtsproblemen (Crichton, 1798). In 1844 schetste de Duitse arts Heinrich Hoffmann met zijn personage “Zappelphilipp” een beeld van hyperactief gedrag (Lange et al., 2010). Hoewel Bader et al. (2018) Zappelphilipp zien als een vroege ADHD-casus, lijkt het vooral te gaan om een moralistisch kinderverhaal en geen serieuze psychiatrische beschrijving (Batstra, 2021). In 1902 introduceerde George Still het idee van ‘morele controle’ bij impulsieve en snel afgeleide kinderen. Hij was de eerste die gedragsproblemen bij kinderen zonder lichamelijke of verstandelijke beperkingen systematisch beschreef (Lange et al., 2010).

Na deze vroege beschrijvingen vonden de belangrijkste ontwikkelingen plaats in de 20e eeuw. In de jaren 1930 beschreven Kramer en Pollnow een “hyperkinetische stoornis” met kenmerken die lijken op wat we nu ADHD noemen. In 1937 kregen kinderen voor het eerst stimulerende medicatie (Benzedrine) tegen hyperactiviteit (Bradley, 1937; Mahone & Denckla, 2017). Tussen 1940 en 1960 werd druk gedrag vaak gekoppeld aan hersenbeschadiging: “minimal brain damage”. Deze term werd al gauw vervangen door “minimal brain dysfunction”. Daarmee verschoof de focus van schade naar problemen in het functioneren van de hersenen (Lange et al., 2010).

In 1980 werd ADHD opgenomen in de derde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) (APA, 1980), toen nog als “Attention Deficit Disorder”, met of zonder hyperactiviteit. De term “Attention Deficit Hyperactivity Disorder” werd in de DSM-III-R (1987) geïntroduceerd. In de DSM-IV (1994) werd deze verder verfijnd met drie subtypes: het overwegend onoplettende type, het hyperactief-impulsieve type en het gecombineerde type (Lange et al., 2010). Hierdoor werd de classificatie ook toepasbaar op dromerige meisjes, en niet langer alleen op drukke jongetjes (Batstra, 2024). Door de voortdurende ontwikkeling van de definities en criteria verandert ook de manier waarop ADHD tegenwoordig wordt begrepen en geïnterpreteerd.

Het huidige beeld van ADHD

De meest recente versie van de DSM, de DSM-5-TR (APA, 2022), gebruikt net als de DSM-IV ook de drie subtypes van ADHD. In tabel 1 staan de criteria van ADHD beschreven zoals ze zijn opgenomen in de meest recente versie van de DSM-5 (APA, 2022).

Tabel 1

DSM-5 criteria voor de ADHD-diagnose (APA, 2022)

Onoplettendheid	Hyperactiviteit en impulsiviteit
Vaak onvoldoende aandacht voor details	Beweegt vaak onrustig met handen of voeten
Kan vaak aandacht niet bij taken of spel houden	Gaat vaak weg in situaties waarin wordt verwacht dat men blijft zitten
Lijkt vaak niet te luisteren	Rent vaak rond of klimt (in volwassenen is dit vaak beperkt door gevoel van onrust)
Maakt vaak taken/karweitjes niet af	Kan vaak moeilijk rustig spelen of rustig deelnemen aan vrijetijdsbesteding
Vaak moeite met organiseren van taken en activiteiten	Is vaak ‘in de weer’, als ‘aangedreven door een motor’
Vermijdt vaak langdurige geestelijke inspanning	Praat vaak aan een stuk door
Raakt vaak dingen kwijt	Gooit vaak antwoorden eruit of maakt zinnen af
Vaak afgeleid door uitwendige prikkels	Heeft vaak moeite met op zijn beurt wachten (bijvoorbeeld in een rij)
Vaak vergeetachtig	Verstoort of onderbreekt vaak anderen

Daarnaast gelden er een aantal aanvullende criteria (APA, 2022): het leeftijdscriterium (een deel van de symptomen moet al zichtbaar zijn vóór het twaalfde levensjaar), het contextcriterium (de symptomen komen voor in minstens twee situaties, bijvoorbeeld thuis én op school), het beperkingscriterium (de symptomen moeten het dagelijks leven verstoren) en het andere-stoornissencriterium (de klachten worden niet beter verklaard door een andere diagnose).

In de loop der jaren is de classificatie breder geworden. Wat bijvoorbeeld opvalt is het veelvuldige gebruik van het woord “vaak” bij de beschrijving van criteria. Termen als “vaak

afgeleid”, “vaak vergeetachtig” of “praat vaak aan een stuk door” klinken herkenbaar, maar blijven vaag en subjectief (Batstra, 2023). Daarnaast is de leeftijdsgrens opgeschoven van 7 naar 12 jaar. Hierdoor vallen bijvoorbeeld ook beginnende puberproblemen onder de classificatie. De grens tussen normaal gedrag en een stoornis is daardoor vervaagd, en het aantal ADHD-diagnoses is in de afgelopen jaren sterk toegenomen (Batstra, 2023). De diagnose wordt hiermee gevoeliger voor interpretatie. Deze ontwikkeling heeft mogelijk invloed op hoe vaak ADHD wordt vastgesteld.

Prevalentie

De verruimde criteria leiden tot de vraag hoe vaak ADHD tegenwoordig voorkomt. Cijfers over ADHD uit verschillende bronnen lopen sterk uiteen. De DSM-5 stelt dat de prevalentie wereldwijd ondertussen 7,2% van alle kinderen betreft, maar voegt daaraan de opmerking toe dat de prevalentie sterk verschilt per land, en varieert van 0,1% tot 10,2% voor kinderen en adolescenten (American Psychiatric Association, 2013). In een rapport van de Nederlandse Gezondheidsraad (2014) werden diverse prevalentiecijfers onderzocht, maar de conclusie luidde dat de cijfers zodanig uiteenliepen dat zij geen eenduidig antwoord konden geven.

ADHD-medicatiegebruik in Nederland is goed in kaart gebracht. In 2017 rapporteerde de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) dat er 230.000 gebruikers van methylfenidaat waren, waarvan 94.000 in de leeftijdscategorie van 6 tot en met 15 jaar (Stichting Farmaceutische Kengetallen [SFK], 2017). Uit recentere cijfers blijkt dat het totale gebruik van ADHD-medicatie de afgelopen jaren is toegenomen. In 2022 gebruikten 282.000 mensen in Nederland ADHD-medicatie, een stijging van 8% ten opzichte van het jaar ervoor (SFK, 2023). De grootste toename werd waargenomen bij volwassenen van 18 tot en met 49 jaar. Binnen de groep kinderen (6 t/m 17 jaar) bleef het gebruik van methylfenidaat stabiel, maar het gebruik van lisdexamfetamine steeg met 23%: van 7100 in 2021 naar 8700 in 2022 (SFK, 2023).

Het huidige debat over ADHD en druk gedrag

Perceptie: ADHD of druk gedrag?

De stijging in medicatiecijfers suggereert dat druk gedrag niet altijd eenduidig wordt geïnterpreteerd. Het al dan niet krijgen van een ADHD-diagnose lijkt sterk afhankelijk is van wie de diagnose stelt. Sonuga-Barke et al. (2008) schreven: “De DSM-criteria voor ADHD zijn niet objectief; waarneming en interpretatie van gedrag spelen een belangrijke rol. Gedragingen die door de één als ‘normaal druk’ worden gezien, kunnen door een ander als

ADHD-symptomen worden bestempeld.” Ook bijvoorbeeld Mieloo et al. (2012) tonen aan dat professionals en verzorgers ADHD op verschillende manieren waarnemen. Bruchmüller, Margraf en Schneider (2012) tonen aan dat therapeuten regelmatig ADHD diagnosticeren bij kinderen die formeel niet aan de DSM- of ICD-criteria voldoen. Jongens kregen bijna twee keer zo vaak een diagnose als meisjes met precies dezelfde klachten. Persoonlijke aannames, heuristieken en stereotypen spelen een grote rol in het stellen van de diagnose (Bruchmüller et al., 2012).

Omdat perceptie afhankelijk is van context, kunnen factoren zoals training, kennis en eerdere ervaring invloed hebben op hoe men gedrag beoordeelt (Bussing et al., 2003). De discussie tussen de biomedische en orthopedagogische visie benadrukt hoe belangrijk het is om gedragsproblemen niet los te zien van hun context.

Visie op ADHD: Biomedisch of pedagogisch?

ADHD werd in het verleden gezien als een hersenaandoening die vooral medisch behandeld moet worden (het medicaliseringsprobleem). Veel mensen en wetenschappelijke literatuur hanteren die visie nog steeds (Batstra, 2023). Castellanos et al. (2002) schrijven bijvoorbeeld: “onderzoek toonde een kleiner globaal hersenvolume aan en kleinere specifieke hersenstructuren, zoals het cerebellum en de nucleus caudatus”. Tripp en Wickens (2009) stellen dat “ADHD verband houdt met een veranderde gevoeligheid voor bekrachtiging en disfunctie in de neurale systemen die beloning en motivatie aansturen.” Ook Verhulst (2020) omschrijft ADHD als neurobiologische aandoening, waarbij hersenafwijkingen en erfelijkheid centraal staan. Te Meerman (2019) laat zien dat Nederlandstalige studieboeken meestal de biomedische benadering volgen. Dit leidt tot een eenzijdig beeld van ADHD als hersenafwijking die medicatie vereist (Batstra et al., 2020).

Deze visie wordt niet door iedereen ondersteund. Batstra (2023) noemt de biomedische visie “zorgwekkend en misleidend” en pleit voor een sociologisch-orthopedagogische benadering. Volgens deze visie worden normale gedragingen van (jonge) kinderen soms onterecht als ADHD gelabeld, met onnodige medicatie als gevolg (Sluiter et al., 2019). Ook verklaart men gedragsproblematiek die ontstaat uit sociale of omgevingsfactoren vaak te snel biologisch (Te Meerman et al., 2017). De sociologisch-orthopedagogische visie legt de nadruk op oudertraining, gedragsaanpassing en veranderingen in de omgeving (Batstra et al., 2020), en houdt rekening met maatschappelijke en culturele factoren (Batstra, 2023).

De wetenschappelijke visies lopen dus uiteen. Medicatie blijkt voor veel mensen effectief, maar er zijn zorgen over bijwerkingen en een snelle afhankelijkheid van medicijnen

(Armstrong, 1999; Gezondheidsraad, 2014). De World Health Organisation (WHO) besloot echter in 2019 en 2021 dat methylfenidaat géén essentieel medicijn is voor kinderen en jongeren met ADHD, vanwege beperkt bewijs en zorgen over bijwerkingen (Ponnou et al., 2024). De verdeeldheid tussen medische en pedagogische verklaringsmodellen laat zien dat er behoefte is aan praktische ondersteuning die gedragsproblemen niet automatisch medicaliseert, maar wél serieus neemt (Cortese, 2023).

Druk&Dwars

Vanuit zorgen over de toenemende medicalisering van druk gedrag en de snelle toekenning de ADHD-diagnose ontstond in 2012 De Druk&Dwars-training. Psycholoog en hoogleraar Laura Batstra, toen nog werkzaam in de kinderpsychiatrie, speelde hierin een belangrijke rol. Batstra uitte haar bezorgdheid over de snelheid waarmee kinderen psychische diagnoses en medicatie kregen (Batstra, 2023). Uit deze bezorgdheid werd de Druk&Dwars-training ontwikkeld: een training die ouders, leerkrachten en pedagogisch medewerkers praktische handvatten biedt, in combinatie met demedicaliserende voorlichting (Batstra, 2024). Het doel van de training is om onnodig gebruik van psychiatrische classificaties en medicatie te voorkomen, door laagdrempelige ondersteuning te bieden bij milde gedragsproblemen. Op die manier blijft specialistische zorg beschikbaar voor kinderen met ernstige en hardnekkige problematiek (drukendwars.nl, 2024).

Druk&Dwars was in eerste instantie gericht op ouders (Sluiter, 2019), maar is later uitgebreid naar het onderwijs en de kinderopvang. Daarmee werd beoogd om in verschillende contexten dezelfde informatie en handvatten aan te bieden (drukendwars.nl, 2024). De training veronderstelt dat wanneer ADHD minder wordt opgevat als een vastliggende hersenaandoening, (beroeps)opvoeders zich bekwaamer voelen in het omgaan met druk gedrag. Deze toegenomen zelfeffectiviteit vergroot vervolgens hun handelingsruimte om het gedrag bij te sturen (Te Meerman et al., 2017).

Zelfeffectiviteit

Zelfeffectiviteit is voor de (beroeps)opvoeder cruciaal voor het daadwerkelijk gebruiken van nieuwe technieken en trainingen in de praktijk (Waddington, 2023). Zelfeffectiviteit is het geloof en vertrouwen van iemand in zijn of haar vermogen om specifieke taken goed uit te voeren (Bandura, 1977). Voor professionals in het onderwijs en de zorg, zoals leerkrachten en pedagogisch medewerkers, bepaalt zelfeffectiviteit mede hoe zij omgaan met lastige situaties in de klas of op de groep (Woolfolk, 2020). Zelfeffectiviteit is iets anders dan zelfvertrouwen of eigenwaarde. Het gaat om het geloof in het succesvol

uitvoeren van een specifieke taak in een specifieke situatie (Woolfolk, 2020). In dit onderzoek betekent het: hoeveel vertrouwen een pedagogisch medewerker heeft in zijn of haar aanpak van druk en dwars gedrag, na het volgen van de training. De rol van de trainer is hierin belangrijk. Trainers die goed ondersteunen en motiveren, kunnen de zelfeffectiviteit versterken (Moen & Allgood, 2009).

Train-de-Trainer (TdT) -constructies

De vraag naar Druk&Dwars-trainingen groeit. De trainingen worden nu vooral gegeven door ervaren professionals van het Noordelijk Onderwijsgilde (Druk & Dwars, z.d.). Om het bereik van de Druk&Dwars-training te vergroten, maakt de training steeds vaker gebruik van train-de-trainerconstructies. Train-de-Trainer (TdT) constructies zijn bedoeld om kennis en vaardigheden snel en efficiënt te verspreiden binnen organisaties. Dit gebeurt via een cascadeprincipe: experts leiden een kleine groep op. Deze groep traint vervolgens anderen op de werkvloer (Harper, Gore & Harris, 2024). Zo kan kennis breed worden verspreid zonder afhankelijk te zijn van een paar specialisten.

Het model is duurzaam en kosteneffectief: het maakt gebruik van bestaande structuren en trainers blijven werkzaam in hun praktijkcontext. Wel moet het curriculum duidelijk zijn, de trainers moeten goede richtlijnen krijgen en er moet blijvende ondersteuning en evaluatie beschikbaar zijn (Harper, Gore & Harris, 2024). Onderzoek laat zien dat een train-de-trainer-aanpak binnen een programma over omgevingsgezondheid voor kinderopvangprofessionals effectief bleek. De getrainde trainers gaven aan meer kennis en zelfvertrouwen te hebben opgedaan, wat hen hielp bij het overdragen van de inhoud aan collega's. Er is dus steun gevonden voor het gebruik van TdT in de kinderopvangsector. Een onderzoek van Woda et al. (2023) wijst uit dat TdT ook de zelfeffectiviteit van trainers en deelnemers kan verhogen. Goed voorbereide trainers voelen zich competent in het overbrengen van kennis, wat de effectiviteit van de training vergroot (Woda et al., 2023).

Toch heeft dit model ook nadelen. Bij elke stap in de cascade gaat wat informatie verloren (Harper, Gore & Harris, 2024). Als trainers echter goed worden begeleid, kunnen deze risico's worden beperkt (Woda et al., 2023).

Onderzoeksvraag

Hoewel de Druk&Dwars-training steeds meer professionals ondersteunt bij het omgaan met druk en dwars gedrag, is het dus nog onduidelijk hoe het type trainer (professionals versus getrainde pedagogisch medewerkers) de visie, perceptie en zelfeffectiviteit van cursisten beïnvloedt. Dit onderzoek stuurt erop dat met het geleerde in de cursus de zelfeffectiviteit, perceptie van gedrag en visie te beïnvloeden valt. Dit onderzoek richt zich daarom op de vraag:

“Wat is de invloed van het type trainers (professionals of medewerkers) op het effect van de Druk&Dwars-training op de perceptie van druk gedrag, de visie op ADHD en de zelfeffectiviteit van de cursisten?”

Methoden

Onderzoeksdesign

In dit onderzoek wordt een quasi-experimenteel design gebruikt. Dit design vergelijkt bestaande groepen cursisten, geleid door verschillende typen trainers (beroepstrainers en pedagogisch medewerkers als trainers). De groepen worden vergeleken met een controlegroep (geen training). Het gekozen design is passend, omdat de groepen in de praktijk op deze manier al bestaan (Shadish, Cook & Campbell, 2002). Randomisatie is hierbij niet mogelijk, omdat de groepen en trainers al vastliggen binnen de context van de Druk&Dwars-training.

Dit design maakt het mogelijk om verschillen in ervaringen van cursisten van twee typen trainers te onderzoeken, terwijl het rekening houdt met de praktische beperkingen van de setting. Het ontbreken van randomisatie beperkt de mogelijkheid tot sterke causale conclusies. Toch biedt het design voldoende inzicht in mogelijke samenhangen tussen het type trainer en de effecten van de cursus op pedagogisch medewerkers in de kinderopvang.

Populatie

De doelpopulatie bestaat uit educatieve professionals die werken met kinderen van 0 tot 12 jaar binnen kinderopvangorganisaties.

De onderzoekspopulatie omvat pedagogisch medewerkers die werkzaam zijn binnen de kinderopvang en die voldoen aan de inclusiecriteria: pedagogisch medewerkers die werken met kinderen van 0 tot 12 jaar, die werkzaam zijn binnen de kinderopvang. Deze medewerkers werden geworven via hun organisatie, e-mails, telefoongesprekken en werkbezoeken. Ze ontvingen een gratis training en het boek *ADHD: Macht en mistverstand* in ruil voor deelname. Collega's binnen dezelfde organisatie konden deelnemen aan de controlegroep door vragenlijsten in te vullen zonder aan de training deel te nemen.

Steekproefkenmerken

In tabel 2 staan verschillende kenmerken van de steekproef weergegeven per onderzoeksgroep.

Tabel 2*Steekproefkenmerken*

Kenmerk	Controle (n=30)	PM-groep (n=42)	PT-groep (n=34)	Totaal (N=106)
Leeftijd	31 (11,1)	36 (12,6)	35 (11,6)	34 (11,9)
Geslacht (%)				
Man	3,3	7,1	2,9	4,7
Vrouw	96,7	92,9	97,1	95,3
Opleidingsniveau (%)				
Middelbaar onderwijs ^a	13,3	2,4	0,0	4,6
Mbo	63,3	59,5	67,6	63,2
Hbo	20,0	26,2	32,4	26,4
Wo	0,0	4,8	0,0	1,9
Werksetting (%)				
Buitenschoolse opvang	30,0	82,9	44,1	54,7
Kinderdagverblijf	33,3	7,3	29,4	21,7
Gastouder	0,0	0,0	5,9	1,9
Anders	36,7	9,8	20,6	18,9

Noot. Leeftijd is weergegeven als M (SD). Geslacht en overige kenmerken zijn weergegeven in percentages. PM = pedagogisch medewerker als trainer; PT = professionele trainer als trainer.

^aMiddelbaar onderwijs omvat mavo, havo en vwo.

De deelnemers waren overwegend vrouw (95,3 %) en gemiddeld 34 jaar oud (SD=11,9). De meerderheid had een mbo- of hbo-opleiding afgerond. In de controlegroep kwamen wat meer medewerkers voor die nog geen vervolgopleiding hebben afgerond. Enkel in de PT-groep kwam de functie van gastouder voor en in de PM-groep zaten voornamelijk medewerkers uit de buitenschoolse opvang.

Procedure

De dataverzameling vond plaats in het kader van het project Druk&Dwars, in de periode van juli 2022 tot juli 2024. Pedagogisch medewerkers uit diverse gemeenten werden benaderd met een e-mail aan hun organisatie, Stichting Kinderopvang Stad Groningen (SKSG). Deelnemers konden zich vrijwillig aanmelden voor de training, op voorwaarde dat zij bereid waren om op drie meetmomenten vragenlijsten in te vullen (vooraftgaand aan de training, na afloop, en acht weken later). De controlegroep bestond uit collega's op dezelfde werkplekken. De vragenlijst had een digitale versie (via Qualtrics) en een papieren versie. Zie bijlage A voor de vragenlijst die gebruikt is tijdens het onderzoek.

De dataverzameling werd gecoördineerd door een onderzoeksteam van de Rijksuniversiteit Groningen, bestaande uit Wietske de Vries, prof. dr. Laura Batstra en dr. Rink Hoekstra. De professionele trainers die de Druk&Dwars-training gaven waren onderdeel van het Noordelijk Onderwijsgilde (NOG) die voorafgaand aan hun inzet specifiek waren opgeleid in de Druk&Dwars-methodiek.

Ethische kwesties

Alle participanten zijn voorafgaand aan deelname schriftelijk geïnformeerd over het doel van het onderzoek, de werkwijze en de manier waarop hun gegevens worden verwerkt. Nadat de participanten het informatieformulier hadden gelezen tekenden ze een toestemmingsformulier (zie bijlage B). Daarin staat alle informatie over het onderzoek en hoe de data wordt verwerkt en gepseudonimiseerd. In het formulier staat ook waar de data opgeslagen wordt (beveiligde Y-schijf van de Rijksuniversiteit Groningen), wie er toegang toe heeft en hoe lang gegevens bewaard worden (10 jaar). De data zijn zodanig opgeslagen dat deze alleen toegankelijk zijn voor leden van het onderzoeksteam en zijn gedeïdentificeerd. Het onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie van Pedagogische Wetenschappen en Onderwijskunde op 15 juli 2022 onder dossiernummer PED-2122-S-0091.

Statistisch analyseplan

Analyse

Voor de statistische analyses is gebruikgemaakt van IBM SPSS Statistics, versie 30.0. Gezien het meetniveau van de variabelen en het aantal afhankelijke maten, is gekozen voor een Multivariate Analysis of Variance (MANOVA). Deze wordt uitgevoerd via de multivariate-procedure en niet via de repeated measures-procedure, omdat SPSS een repeated measures MANOVA voor drie uitkomstvariabelen niet ondersteunt. Daarom wordt er een MANOVA uitgevoerd op verschillscores, wat overeenkomt met de repeated measures-procedure. Deze analysetechniek is geschikt voor meerdere onderling samenhangende afhankelijke variabelen in relatie tot een categorische onafhankelijke variabele. In dit onderzoek zijn dat drie afhankelijke variabelen: *perceptie*, *visie* en *zelfeffectiviteit* van de cursisten. De onafhankelijke variabele is *type trainer*, met drie categorieën: controlegroep, training met een pedagogisch medewerker als trainer (hierna: *PM-groep*) en training met een professionele trainer (hierna: *PT-groep*).

Een MANOVA houdt rekening met de onderlinge samenhang tussen afhankelijke variabelen en verlaagt de kans op Type I-fouten in vergelijking met afzonderlijke ANOVA's (Rencher & Christensen, 2012). Na het uitvoeren van de MANOVA genereert het

analysemodel de drie univariate ANOVA's. Deze maken inzichtelijk bij welke specifieke afhankelijke variabelen significante groepsverschillen optreden. De F-waarde en η^2 beschrijven of en in welke mate de groepsverschillen significant en betekenisvol zijn. Als uit een van deze ANOVA's een significant effect blijkt, bepaalt een post-hoc toets tussen welke groepen de verschillen zich voordoen. De post-hoc toets genereert de LSD en Tukey's HSD, dit zijn de meest gangbare maten om verschillen tussen groepen in een post-hoc toets te bekijken zonder extra controlevariabelen.

Een significante MANOVA betekent dat er een statistisch verschil is tussen groepen op een combinatie van afhankelijke variabelen. Het is dan mogelijk dat afzonderlijke ANOVA's niet significant zijn, omdat deze per variabele toetsen. De MANOVA detecteert dan een patroon van kleine groepsverschillen die samen wel betekenisvol zijn.

Voordat de MANOVA wordt uitgevoerd, wordt onderzocht of de afhankelijke variabelen onderling gecorreleerd zijn, omdat de analyse ervan uitgaat dat de uitkomsten samenhangen. Dit is geen vereiste assumptie, maar wel van belang om rekening mee te houden. Zie hiervoor bijlage C.

Ten slotte gebruikt SPSS bij de uitvoering van een MANOVA listwise deletion, hetgeen de steekproefgrootte beïnvloedt. Een groot deel van de missende waarden is echter al niet meegenomen tijdens het samenstellen van de schaalvariabelen.

Beslisregels

Bij de interpretatie van de analyses zijn standaard beslisregels gehanteerd op het gebied van significantie en effectgrootte. Een resultaat is significant wanneer de p-waarde kleiner is dan 0,05 ($p < 0,05$). Een p-waarde groter dan 0,05 wordt geïnterpreteerd als niet significant (Agresti, 2023).

Voor deze analyse is eta squared (η^2) gebruikt: waarden van $\eta^2 \geq 0,01$ worden als klein, waarden $\geq 0,06$ als gemiddeld en waarden $\geq 0,14$ als groot beschouwd (Cohen, 1988). Hierbij wordt erkend dat effectgroottes contextafhankelijk geïnterpreteerd moeten worden, zoals gesuggereerd door recentere literatuur (Lakens, 2013).

Assumpties

Alle assumptiecontroles zijn te vinden in bijlage C. Hoewel multivariate variantieanalyses (MANOVA) gepaard gaan met enkele statistische aannames, is deze toetsvorm relatief robuust is bij lichte tot matige schendingen ervan (Rencher & Christensen, 2012).

De eerste aanname betreft onafhankelijkheid van observaties, wat in dit onderzoek is gegarandeerd door de onderzoeksopzet: iedere respondent behoort tot slechts één trainingsgroep (professional, pedagogisch medewerker of controlegroep) en levert slechts één set van gegevens aan.

Een tweede aanname voor de uitvoering van een MANOVA is multivariate normaliteit. Dit houdt in dat de gecombineerde set van afhankelijke variabelen binnen elke groep normaal verdeeld moet zijn. De aanname is gemeten met de Box's M-test. Deze test toetst de homogeniteit van variantie-covariantiematrices. Een niet-significante uitkomst duidt erop dat aan deze aanname is voldaan. Daarnaast heeft de M-test van Box bij kleine steekproeven zeer weinig power (Cohen, 2008). Hierom beveelt Hahs-Vaughn (2016) aan een kleinere alfa-waarde te hanteren ($p < 0,001$). Als deze toets wel significant is, wordt Pillai's Trace gebruikt in plaats van Wilks' Λ , omdat deze toets robuuster is bij schending van deze aanname (Rencher&Christensen, 2012).

Variabelen en instrumenten

Onafhankelijke variabele: het type trainer

Aangezien de onderzoeksvraag het effect van het type trainer onderzoekt, vindt er een vergelijking plaats tussen drie groepen. In de controlegroep zitten pedagogisch medewerkers die geen Druk&Dwars-training hebben gevolgd. In de PM-groep zitten pedagogisch medewerkers die wel de Druk&Dwars-training hebben gevolgd van ingetrainde collega's. In de PT-groep zitten pedagogisch medewerkers die de Druk&Dwars-training hebben gevolgd met een beroepstrainer. In dit onderzoek wordt de controlegroep gecodeerd als 0, de groep met een pedagogisch medewerker als trainer gecodeerd als 1 en de groep met een professionele trainer als 2.

Afhankelijke variabele: Perceptie van ADHD

De eerste uitkomstvariabele van de onderzoeksvraag is de perceptie van pedagogisch medewerkers ten aanzien van ADHD. Om de perceptie van druk en dwars gedrag op de groep te meten, is in dit onderzoek gekozen voor de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Deze korte, gestandaardiseerde vragenlijst is ontwikkeld door Goodman (1997) en wordt wereldwijd gebruikt in onderzoek, onderwijs en zorg om (sociaal-)emotionele en gedragsproblemen in kaart te brengen.

De respondent vult de SDQ in voor één kind in de groep die zij als het meest druk en dwars ervaart. De SDQ bestaat uit 25 items verdeeld over 5 subschalen. In dit onderzoek zijn alleen de 4 probleemschalen meegenomen: emotionele problemen, gedragsproblemen,

hyperactiviteit/onoplettendheid en problemen met leeftijdsgenoten. Elke vraag heeft 3 antwoordopties (1=Niet waar, 2=Een beetje waar, 3=Zeker waar). Een hogere gemiddelde score op de 20 probleemitems wijst op problemen van het kind in de ogen van de pedagogisch medewerker.

Bij kinderen van 5 tot 6 jaar in Nederland vonden van Widenfelt et al. (2003) voor de SDQ een ondergrens van de betrouwbaarheid met Cronbach's α van $\alpha=0,77$ voor de ouderversie en $\alpha=0,81$ voor de leerkrachtversie. In een longitudinale studie onder 1.433 Nederlandse kinderen van 4 tot 7 jaar onderzochten Stone et al. (2015) zowel de betrouwbaarheid als de validiteit. De constructvaliditeit is met factoranalyse onderzocht. De onderzoekers vonden een goede modelfit (CFI=0,92-0,93). Zij rapporteerden dat hogere SDQ-scores op jonge leeftijd voorspellend waren voor latere psychosociale problemen (predictieve validiteit) (Stone et al., 2015). In het Verenigd Koninkrijk werd de SDQ onderzocht bij 2.040 kinderen van 1 tot 2 jaar. Murray et al. (2021) vonden hier een ondergrens van de betrouwbaarheid met Cronbach's α van 0,78 voor de totaalscore en een test-hertestbetrouwbaarheid van $r=0,60$ tot $r=0,80$ over een periode van twee weken. Deze cijfers wijzen op een acceptabele stabiliteit over tijd (Murray et al., 2021). Er is dus steun gevonden voor de totaalscore van de SDQ als betrouwbaar en valide instrument voor gebruik bij jonge kinderen binnen bovengenoemde onderzoekscontexten.

Afhankelijke variabele: Visie op ADHD

Een andere uitkomstvariabele in dit onderzoek is visie op ADHD. Deze variabele meet hoe cursisten denken over ADHD, inclusief hun opvattingen over de oorzaken, diagnose en behandeling van ADHD bij kinderen.

De visie op ADHD wordt gemeten met een op maat samengestelde vragenlijst, bestaande uit 8 stellingen over ADHD. Deze items behandelen verschillende aspecten van ADHD, waaronder kennis over ADHD (bijvoorbeeld genetische oorzaken, hersenstructuren, neurobiologische kenmerken), diagnose en behandeling (bijvoorbeeld de rol van diagnostiek, medicatie en langetermijneffecten) en effecten van medicatie (bijvoorbeeld invloed op schoolprestaties en effectiviteit over tijd). De vragenlijst maakt gebruik van een 4-puntsschaal zonder neutrale optie, om heldere standpunten van respondenten te verkrijgen (1=helemaal oneens; 4=helemaal eens). Hogere scores duiden op een meer biomedische visie op ADHD, lage scores op een meer pedagogische visie.

De vragenlijst is samengesteld door onderzoekers van Druk&Dwars en is gebaseerd op bestaande wetenschappelijke inzichten over ADHD. De vragenlijst leunt op theorieën over

percepties en attitudes ten opzichte van gedragsstoornissen. De score voor visie op ADHD is het gemiddelde van de 8 stellingen.

Afhankelijke variabele: Zelfeffectiviteit

De derde uitkomstvariabele in dit onderzoek is zelfeffectiviteit: het vertrouwen van een persoon in zijn of haar vermogen om specifieke taken succesvol uit te voeren. In dit geval gaat het om het vertrouwen dat cursisten (zoals pedagogisch medewerkers en leerkrachten) hebben in hun eigen kunnen bij het omgaan met druk en dwars gedrag van kinderen tijdens en na het volgen van de Druk&Dwars-training.

De mate van zelfeffectiviteit is gemeten met de Teacher Self-Efficacy Scale (TSES), ontwikkeld door Schwarzer, Schmitz en Daytner (1999). Deze schaal is door de werkgroep minimaal aangepast aan de setting. De schaal bestaat uit 10 stellingen verdeeld over 4 domeinen: taakuitvoering, vaardigheden ontwikkelen op het werk, sociale interactie en omgaan met werkstress. De TSES sluit aan bij Bandura's sociaal-cognitieve theorie: wie gelooft in eigen kunnen, onderneemt sneller actie, blijft gemotiveerd en gaat beter om met tegenslag (Bandura, 1997). Respondenten geven op een 4-puntsschaal aan in hoeverre de stellingen op hen van toepassing zijn (1=Helemaal niet waar; 4=Helemaal waar). Een hogere totaalscore wijst op een hogere mate van zelfeffectiviteit.

De TSES laat in verschillende onderzoeken een hoge betrouwbaarheid zien. In de oorspronkelijke validatiestudie met 255 Amerikaanse leraren uit diverse schooltypes werd een hoge ondergrens voor de betrouwbaarheid gevonden (totaalschaal $\alpha=0,94$; subschalen $\alpha=0,87-0,91$) (Tschannen-Moran & Woolfolk Hoy, 2001). Ook in een studie met 109 Singaporese basisschoolleerkrachten werd een hoge ondergrens voor de betrouwbaarheid gevonden ($\alpha=0,87-0,92$) (Nie et al., 2012). In een Chileense studie onder 1.406 leraren uit het openbaar en gesubsidieerd basisonderwijs werd $\alpha=0,972$ en $\omega=0,985$ voor de totaalscore gevonden (Gálvez-Nieto et al., 2023). Er is dus steun gevonden voor betrouwbaarheid binnen de bovengenoemde onderzoekscontext. Wat betreft validiteit bevestigden zowel de Amerikaanse als de Singaporese studie het verwachte driemodel (instructiestrategieën, klassenmanagement en leerlingbetrokkenheid) via confirmatieve factoranalyse (Tschannen-Moran & Woolfolk, 2001; Nie et al., 2012). Er is dus steun gevonden voor de TSES als valide meetinstrument.

Dataverwerking en samengestelde variabelen

De samengestelde schaalscores van de uitkomstvariabelen zijn berekend door het gemiddelde te nemen van alle items. De betrouwbaarheid van de schaal werd geschat aan de hand van Guttman's λ_2 . Conform de richtlijnen van Nunnally en Bernstein (1994) geldt een

waarde van $\geq 0,70$ als ondergrens voor een acceptabele betrouwbaarheid. Zie hiervoor bijlage C.

De schaalvariabele perceptie is samengesteld uit 20 items. Schaalscores worden eerst per subschaal berekend. De handleiding van de SDQ vermeldt dat er minstens 3 items ingevuld moeten zijn om de subschaalscore te mogen berekenen. Vervolgens is het gemiddelde van de 4 subschalen berekend. De schaalvariabele zelfeffectiviteit is samengesteld uit 10 items, beoordeeld op een schaal van 1 tot 4. Eerst werden alleen de respondenten waarbij alle 10 items werden beantwoord meegenomen in de schaal. Later werd het minimaal aantal items vastgesteld op 8. Zie hiervoor de paragraaf: ‘Omgang met missende waarden’. De schaalvariabele visie op ADHD is samengesteld uit 8 items. Enkel de respondenten waarbij alle 8 items werden beantwoord zijn meegenomen in de schaal.

Om tot vershilscores te komen is voor de drie variabelen de voormeting van de nameting afgetrokken. Hetzelfde is gedaan met de follow-upmeting en de nameting, en de follow-upmeting en de voormeting. Voor de variabele visie op ADHD (hierna: *visie*) geldt: een negatieve score duidt op een pedagogischere visie en een positieve score duidt op een meer biomedische visie. Een score van 0 betekent dat er geen verandering heeft plaatsgevonden. Voor de variabele perceptie van ADHD (hierna: *perceptie*) geldt: een negatieve score duidt op een lagere perceptie van probleemgedrag, een positieve score duidt op een hogere perceptie van probleemgedrag. Ook hier betekent een score van 0 dat er geen verandering heeft plaatsgevonden. Voor de variabele *zelfeffectiviteit* geldt: een positieve score duidt op meer zelfeffectiviteit en een negatieve score duidt op minder zelfeffectiviteit. Wederom betekent een score van 0 dat er geen verandering heeft plaatsgevonden.

Omgang met missende waarden

Tijdens de dataverwerking bleek dat niet alle deelnemers op elk meetmoment gegevens hadden ingevuld. Tabel 3 toont het aantal missende waarden per variabele.

Tabel 3

Overzicht van missende waarden per variabele (N=106)^a

	Voormeting	Nameting	Follow-up
Zelfeffectiviteit	0	28	26
Visie	0	18	26
Perceptie	2	26	26

^aN=106 betreft het totaal aantal deelnemers vóór verwerking van missende waarden.

Er is een Missing Values Analysis (MVA) uitgevoerd om te controleren of de ontbrekende data willekeurig (Missing Completely at Random, MCAR) waren. De resultaten van Little's MCAR-test gaven een X^2 van 46,88 en een p-waarde van 0,07, wat groter is dan de gebruikelijke significantiedrempel van $p < 0,05$. Dit suggereert dat de missings willekeurig zijn en geen systematische patronen vertonen in de data. Aangezien de missings willekeurig zijn, wordt listwise deletion toegepast.

De variabele zelfeffectiviteit miste relatief veel waarden bij de nameting. Daarom is ervoor gekozen om een schaalscore te berekenen wanneer ten minste 8 van de 10 items (80%) waren ingevuld. Volgens De Vet et al. (2011) is het toegestaan om schaalgemiddelden te berekenen wanneer ten minste 80% van de items is ingevuld, zonder dat dit de betrouwbaarheid of validiteit noemenswaardig schaadt. Ook Tabachnick en Fidell (2019) beschrijven dat deze methode geschikt is om dataverlies te beperken. Deze aanpassing leverde 10 extra bruikbare casussen op. Een tweede MVA toonde aan dat de missings willekeurig verdeeld waren ($X^2(22, N=87)=31,46; p=0,09$).

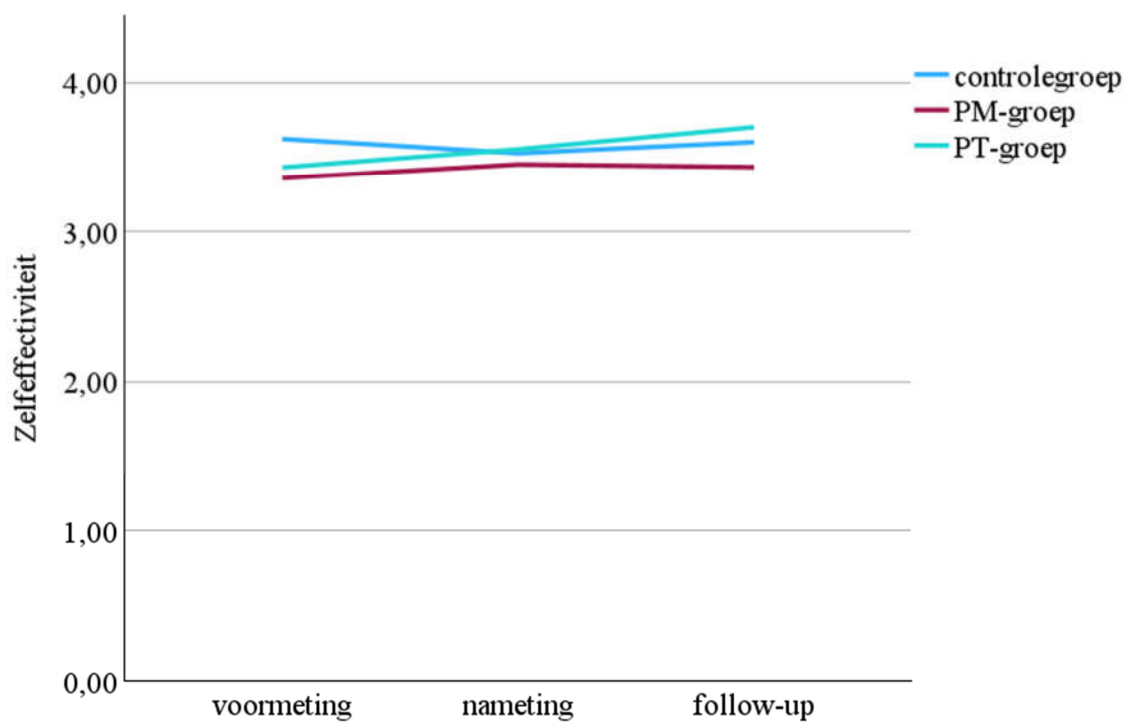
Resultaten

Beschrijvende statistiek van de groepsgemiddelden

Dit hoofdstuk opent met drie beschrijvende grafieken ter illustratie van de data. Figuur 1 tot en met 3 tonen per groep en meetmoment de gemiddelde scores op zelfeffectiviteit, perceptie van druk gedrag en visie op ADHD. De lijnen laten de scores zien tussen de voor-, na- en follow-up-meting.

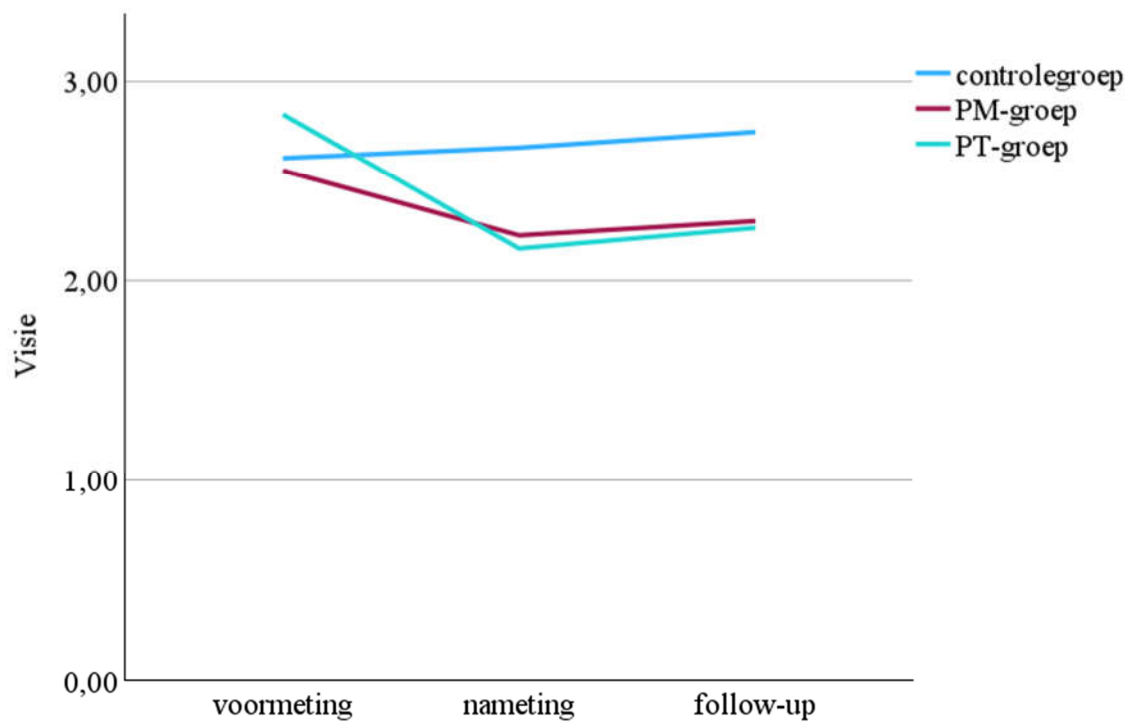
Figuur 1

Gemiddelde per meting per groep van de variabele zelfeffectiviteit

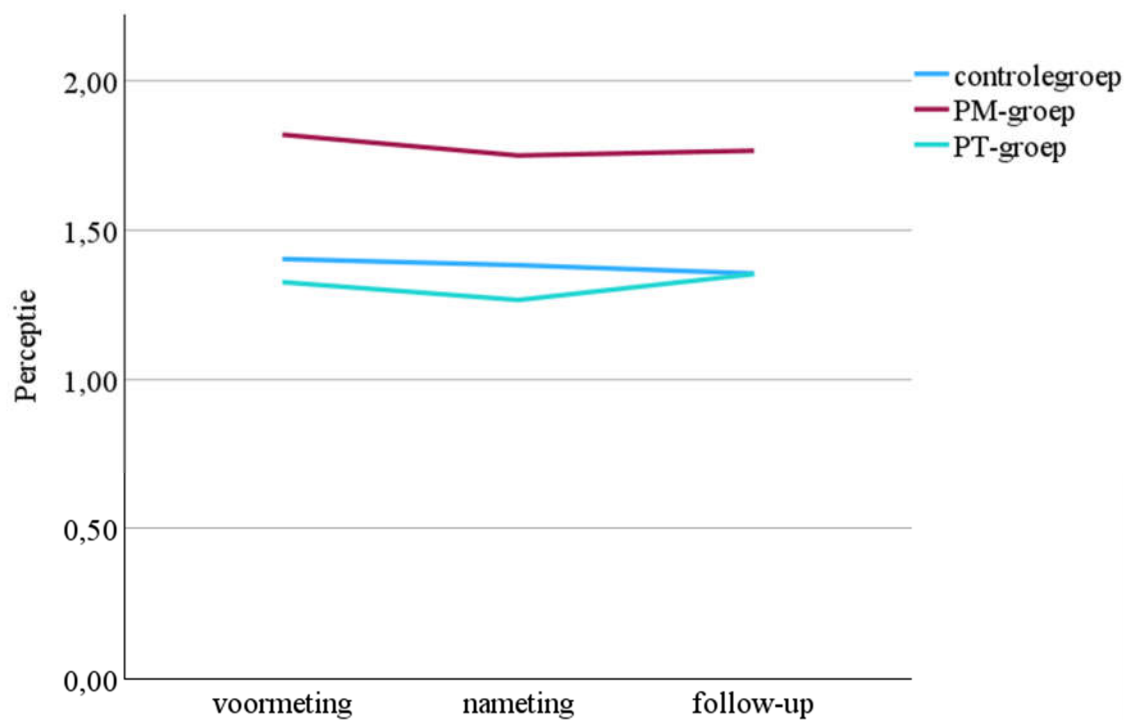


Figuur 2

Gemiddelde per meting per groep van de variabele visie

**Figuur 3**

Gemiddelde per meting per groep van de variabele perceptie



De figuren geven een globaal beeld van de ontwikkeling in de tijd. Zelfeffectiviteit (figuur 1) neemt in alle groepen licht toe. Perceptie van druk gedrag (figuur 2) blijft relatief stabiel tussen groepen. Er is een afname in visie op ADHD na de interventie (figuur 3), met een lichte stijging in de follow-up bij zowel de PM- als PT-groep.

MANOVA

Een MANOVA beoordeelt of groepen van elkaar verschillen op meerdere samenhangende variabelen tegelijk. Tussen de voor- en nameting werd een statistisch significant verschil gevonden in de gecombineerde verschilscores op zelfeffectiviteit, visie op ADHD en perceptie van ADHD ($F(6,164)=3,06, p=0,007$; Wilks' $\Lambda=0,81$; partial $\eta^2=0,10$). De η^2 -waarde van 0,10 wijst op een middelgroot effect (Cohen, 1988): het type trainer verklaarde 10% van de variantie in de gecombineerde verschilscores tussen de voor- en nameting. Dit wijst erop dat het type trainer een merkbare invloed had op de ontwikkeling van de deelnemers.

Bij het verschil tussen de nameting en de follow-up werd geen statistisch significant verschil gevonden in de verschillende cursusgroepen op de gecombineerde uitkomstmaten ($F(6,130)=1,41; p=0,22$; Wilks' $\Lambda=0,88$; partial $\eta^2=0,06$). De η^2 van 0,06 wijst op een gemiddeld effect (Cohen, 1988): het type trainer verklaarde maximaal 6% variantie in de gecombineerde verschilscores. Dit betekent dat dat er misschien een klein deel van de variantie verklaard kan worden door het type trainer. Dit effect is echter niet statistisch significant.

ANOVA's

Tabel 4 toont de resultaten van univariate ANOVA's op de verschilscores tussen drie meetmomenten (voor-na, na-follow-up en voor-follow-up) voor visie op ADHD, zelfeffectiviteit en perceptie van druk gedrag. De gemiddelde verschilscores (M) en standaarddeviaties (SD) worden weergegeven voor de controlegroep, de PM-groep en de PT-groep. Een grotere afwijking van 0 wijst op een sterker verschil tussen twee meetmomenten.

Tabel 4

Overzicht van de uitkomst van de losse ANOVA's met groepsgemiddelden en standaarddeviaties op 3 meetmomenten

Meting	Controlegroep		PM-groep		PT-groep		F	η²
	M	SD	M	SD	M	SD		
Visie								
Na-voor	0,00	0,54	-0,33	0,48	-0,63	0,69	7,51*	0,15
Follow-up-na	0,08	0,37	0,07	0,46	0,10	0,27	0,05	0,00
Follow-up-voor	0,10	0,65	-0,22	0,56	-0,58	0,87	5,60*	0,13
Zelfeffectiviteit								
Na-voor	-0,09	0,25	0,05	0,35	0,09	0,29	2,23	0,05
Follow-up-na	0,07	0,27	-0,02	0,25	0,15	0,26	2,68	0,07
Follow-up-voor	-0,03	0,31	0,04	0,37	0,27	0,35	5,16*	0,12
Perceptie								
Na-voor	-0,18	0,88	-0,42	0,96	-0,25	1,38	0,38	0,01
Follow-up-na	-0,03	0,17	0,02	0,18	0,09	0,31	1,36	0,04
Follow-up-voor	-0,05	0,24	-0,04	0,20	-0,01	0,28	0,24	0,01

Noot. De weergegeven F-waarden zijn gebaseerd op ANOVA's met per meting verschillende vrijheidsgraden (84-87).

* $p < 0,001$.

Voor de variabele visie werd tussen de voormeting en de nameting een significant groepsverschil gevonden ($F(2,84)=7,51$, $p < 0,001$). De effectgrootte is $\eta^2=0,15$, wat volgens Cohen (1988) duidt op een redelijk groot effect. De controlegroep vertoonde geen verandering in visie ($M=0,00$; $SD=0,54$), terwijl de PM-groep een duidelijke afname vertoonde ($M=-0,33$; $SD=0,48$). De PT-groep liet een nog sterkere afname zien ($M=-0,63$; $SD=0,69$). Een lagere score wijst op een meer pedagogische visie. Tussen de nameting en follow-up werden geen verdere groepsverschillen gevonden ($F(2,67)=0,05$). De gemiddelden lagen dicht bij elkaar ($M=0,08-0,10$). Ook in het verschil tussen de voormeting en follow-up werd een significant groepsverschil gevonden ($F(2,77)=5,60$, $p=0,005$; $\eta^2=0,13$), wat bevestigt dat het trainingseffect op visie behouden bleef.

Voor zelfeffectiviteit werd tussen de voormeting en nameting geen significant verschil gevonden ($F(2,84)=2,23$, $p=0,114$), hoewel de effectgrootte ($\eta^2=0,05$) wijst op een klein effect (Cohen, 1988). De controlegroep liet een lichte afname zien ($M=-0,09$), de PM-groep een

toename ($M=0,05$) en de PT-groep een iets sterkere toename ($M=0,09$). Hetzelfde patroon kwam terug tussen de nameting en follow-up, maar wederom zonder statistische significantie ($F(2,67)=2,68$). Tussen de voormeting en follow-up werd wél een significant groepsverschil gevonden ($F(2,77)=5,16$, $p=0,022$; $\eta^2=0,12$). Post-hoc-toetsen verduidelijken tussen welke groepen dit verschil optreedt.

Voor perceptie werden op geen enkel meetmoment significante groepsverschillen gevonden. De verschillen waren klein (met F-waarden: 0,38, 1,36 en 0,24), en ook de effectgroottes (η^2) waren laag (0,01-0,04).

Samenvattend suggereren de ANOVA-resultaten dat vooral de visie op ADHD significant beïnvloed werd door de training, terwijl de effecten op zelfeffectiviteit pas later zichtbaar werden en perceptie van druk gedrag grotendeels stabiel bleef.

Post-hoc-toetsen

De aanvullende post-hocanalyses geven inzicht in welke groepen significant van elkaar verschilden op de variabelen visie (voor-na en voor-follow-up) en zelfeffectiviteit (voor-follow-up). Deze verschillen bestaan voor de variabelen visie (voor-na en voor-follow-up) en zelfeffectiviteit (voor-follow-up). Voor de overige metingen en variabelen werden in de ANOVA's geen significante groepsverschillen gevonden; aanvullende toetsen zijn daar niet van toepassing.

De PT-groep liet na afloop van de training een grotere afname zien in medisch georiënteerde visies dan de controlegroep (verschil=0,63; Tukey HSD: $p=0,004$; LSD: $p<0,001$) en de PM-groep (verschil=0,29; LSD: $p=0,047$). Dit duidt erop dat de visie van deelnemers uit de PT-groep sterker verschoof in de richting van een pedagogische benadering. Tussen de controlegroep en de PM-groep werd een kleiner verschil in gemiddelden gevonden (0,33), dat enkel significant was volgens de LSD-toets ($p=0,029$). Het effect van de PM-training was hier dus minder aanwezig.

In de vergelijking tussen voormeting en follow-up bleef het verschil tussen de controlegroep en de PT-groep significant (verschil in gemiddelden=0,68; Tukey HSD: $p=0,004$, LSD: $p=0,001$). Hoewel beide interventiegroepen zich bij de nameting onderscheidden van de controlegroep, toont de analyse tussen de voormeting en de follow-up aan dat dit verschil na verloop van tijd alleen in de PT-groep statistisch significant blijft.

Met betrekking tot zelfeffectiviteit rapporteerde de PT-groep bij de follow-up een significant sterkere toename in ervaren bekwaamheid dan de controlegroep (verschil in gemiddelden =0,30; Tukey HSD: $p=0,012$, LSD: $p=0,004$) en de PM-groep (verschil in gemiddelden=0,23; Tukey HSD: $p=0,036$, LSD: $p=0,014$). Deze resultaten suggereren dat

training door een professionele trainer een duurzamer en sterker positief effect heeft op de zelfeffectiviteit. Tussen de controlegroep en de PM-groep werd geen significant verschil gevonden (verschil in gemiddelden=0,07; Tukey HSD: $p=0,774$; LSD: $p=0,496$). Dit geeft aan dat training door pedagogisch medewerkers minder invloed had op langdurige veranderingen in zelfeffectiviteit.

Conclusie en discussie

Conclusie uit resultaten

De onderzoeksvraag luidde: “Wat is de invloed van het type trainers (professionele trainers of pedagogisch medewerkers als trainers) op het effect van de Druk&Dwars-training, op de perceptie van druk gedrag, de visie op ADHD en de zelfeffectiviteit van de cursisten?” De resultaten tonen aan dat het type trainer daadwerkelijk invloed heeft op de effectiviteit van de training, zij het op verschillende manieren per uitkomstmaat.

De visie op ADHD veranderde het meest zichtbaar: deelnemers ontwikkelden door de training een meer pedagogisch perspectief, maar vooral in de groep met een professionele trainer. Hoewel dit effect bij de follow-up licht afnam, bleef het verschil met de niet-getrainde groep bestaan. De training versterkt het bekwaamheidsgevoel op de lange termijn.

De zelfeffectiviteit van de deelnemers steeg alleen in de groep met een professionele trainer tussen de voormeting en de follow-upmeting. Een toename in zelfeffectiviteit, lijkt dus meer tijd te kosten dan bijvoorbeeld visie. In de groep met een pedagogisch medewerker als trainer veranderde de zelfeffectiviteit niet. De perceptie van de deelnemers veranderde niet significant in de groepen.

Samenvattend lijkt vooral de professionele trainer invloed te hebben op de effectiviteit van de Druk-Dwarstraining als het gaat om visie op ADHD en zelfeffectiviteit. De training had geen effect op perceptie.

Discussie

Op basis van literatuur over Train-de-Trainer-constructies (Harper et al., 2024) en demedicaliserende interventies (Batstra, 2023) werd verwacht dat de training visie, perceptie en zelfeffectiviteit zou veranderen. Daarnaast werd verwacht dat een TdT-constructie effectief is mits trainers goed zijn ingewerkt. De onderzoeksresultaten ondersteunen deze verwachtingen slechts gedeeltelijk.

De sterkere effecten die professionele trainers bereiken, kunnen verklaard worden door hun grotere inhoudelijke deskundigheid. Volgens Gegenfurtner et al. (2009) zijn trainers met sterke theoretische en praktische kennis effectiever in het overbrengen van complexe informatie. Deze verklaring sluit aan bij kwalitatief onderzoek van Van der Wal (2025), waaruit blijkt dat deelnemers pedagogisch medewerkers als trainers soms als minder deskundig beoordeelden, mede door uiteenlopende visies binnen de trainersgroep.

De didactische vaardigheid van trainers speelt ook een belangrijke rol. Professionele trainers hebben doorgaans meer ervaring met groepsprocessen het en afstemmen van

instructie op verschillende leerstijlen (Bates, 2004). Daardoor kunnen zij beter omgaan met weerstand, vragen effectiever beantwoorden en de lesstof beter integreren.

Verder zou het zogenoemde autoriteitseffect (Milgram, 1963) kunnen bijdragen aan het sterkere effect van professionele trainers: mensen zijn eerder geneigd aanwijzingen op te volgen van personen die zij als gezaghebbend ervaren, zoals een dokter in een witte jas. Dit effect treedt ook op buiten de medische context (Blumhagen, 1979), bijvoorbeeld bij trainers met een professionele achtergrond. De demedicaliserende boodschap van de lesstof wordt niet altijd positief ontvangen (Batstra, 2023). Deelnemers stonden mogelijk meer open voor de boodschap van professionele trainers dan collega's in een trainersrol.

De relatief trage en beperkte toename in zelfeffectiviteit kan verklaard worden vanuit Bandura's (1977) theorie over zelfeffectiviteit: zelfeffectiviteit ontstaat pas na herhaalde, succesvolle metingen. Omdat deelnemers strategieën pas na afloop van de training daadwerkelijk beginnen toe te passen, wordt het effect op zelfeffectiviteit pas na verloop van tijd zichtbaar. Dit kan verklaren waarom significante verbeteringen pas bij de follow-up werden gevonden.

Voor perceptie van druk gedrag werden geen significante veranderingen gevonden. Dit kan komen door de complexiteit en contextafhankelijkheid van gedragspercepties. Waar het aanbieden van nieuwe denkkaders de visie van deelnemers al kan beïnvloeden (Sluiter, 2021), vereist gedragsperceptie een herinterpretatie van concrete, vaak terugkerende situaties. Interpretaties van gedrag zijn ingebed in sociaal-culturele kaders, waardoor perceptieverandering vaak trager verloopt (Poortinga & Van de Vijver, 2007).

Daarnaast blijkt uit interventieonderzoek dat duur en intensiteit van training cruciale factoren zijn voor duurzame gedragsverandering (Joyce & Showers, 2002; Durlak & DuPre, 2008). De relatief korte duur van de Druk&Dwars-training kan daarom onvoldoende zijn om diepgewortelde percepties blijvend te beïnvloeden.

Tot slot speelt ook werkdruk een cruciale rol. Hamre et al. (2008) en Jennings en Greenberg (2009) benadrukken dat gedragspercepties sterk samenhangen met controlegevoel en stress bij pedagogisch medewerkers. Blijven stressvolle contextfactoren zoals groepsgrootte en gedragscomplexiteit gelijk, dan verloopt perceptieverandering ondanks nieuwe kennis moeizaam. Dit sluit aan bij de kwalitatieve bevindingen van Van der Wal (2025): deelnemende pedagogisch medewerkers gaven aan zoekende te zijn naar hoe ze de training konden toepassen in een drukke werkomgeving.

Beperkingen van het onderzoek

Voorafgaand aan de bespreking van methodologische beperkingen is het belangrijk stil te staan bij enkele sterke kanten van dit onderzoek. Allereerst wordt er gebruik gemaakt van een controlegroep. Hierdoor kon de effectiviteit van training gegeven door pedagogisch medewerkers en professionele trainers niet alleen onderling worden vergeleken, maar ook met een situatie zonder training. Dit maakt de meerwaarde van beide trainingsvarianten inzichtelijk. Ook de samenstelling van de steekproef sluit goed aan bij de praktijk. Vrijwel alle deelnemers waren vrouw (95,3%), wat overeenkomt met de beroepsgroep in de kinderopvang, waar ruim 93% vrouw is (CBS, 2023). De steekproef weerspiegelt daarmee de populatie in de kinderopvang. Tot slot is de gebruikte schaal voor zelfeffectiviteit (de Teacher Self-Efficacy Scale; TSES) goed gevalideerd en theoretisch stevig onderbouwd (Tschannen-Moran & Hoy, 2001).

Tegelijkertijd kent het onderzoek ook een aantal methodologische beperkingen. Een daarvan is het ontbreken van randomisatie: deelnemers werden vooraf toegewezen aan trainingsgroepen binnen hun organisatiecontext, wat de kans op selectiebias vergroot (Fraenkel et al., 2015). Vooral de pedagogisch medewerkers die zich vrijwillig aanmeldden voor de training, waren mogelijk bovengemiddeld gemotiveerd (Shadish, Cook & Campbell, 2002). Hoewel dit de interne validiteit kan ondermijnen, zou zelfs bij randomisatie de generaliseerbaarheid naar andere doelgroepen beperkt blijven. De setting en doelgroep van dit onderzoek blijven immers specifiek voor de kinderopvangsector.

Daarnaast verschilden de drie onderzoeksgroepen van elkaar op basis van werkplek en opleidingsniveau. Zo werkte een aanzienlijk deel van de deelnemers in de PM-groep in de buitenschoolse opvang, terwijl dit in de controlegroep en PT-groep veel minder vaak voorkwam. Werken in een BSO kan samenhangen met andere ervaringen van druk gedrag, andere routines en andere kinderen dan in kinderdagverblijven. In de PT-groep waren bovendien relatief meer hbo-opgeleide deelnemers vertegenwoordigd, wat kan samenhangen met een grotere ontvankelijkheid voor de training. Daardoor is het lastig vast te stellen of de gevonden effecten uitsluitend toe te schrijven zijn aan het type trainer, of deels ook aan verschillen in werkomgeving en opleiding.

Een andere beperking betreft mogelijke vertekeningen in de metingen. Zo kan sociale wenselijkheid een rol hebben gespeeld bij het invullen van de vragenlijsten, zeker gezien de maatschappelijke discussie over ADHD en het 'labelen' van gedrag (Paulhus, 1991). Bekendheid met de inhoud van de Druk&Dwars-training kan ertoe hebben geleid dat deelnemers antwoorden gaven die aansloten bij de verwachte boodschap. Ook het verzoek aan

deelnemers om ‘het drukste kind’ in gedachten te nemen, kan retrospectieve bias of confirmation bias hebben veroorzaakt (Podsakoff et al., 2003). Daarnaast was de zelfeffectiviteit bij aanvang van de training al relatief hoog, wat mogelijk heeft geleid tot een plafondeffect. Hierdoor is er weinig ruimte voor verbetering (Field, 2018).

Verder zijn er beperkingen in de gebruikte meetinstrumenten. De schaal ‘visie op ADHD’ is ontworpen voor en door de Druk&Dwars-werkgroep en niet gevalideerd in onafhankelijke datasets, waardoor de betrouwbaarheid in andere steekproeven onbekend blijft (De Vet et al., 2011). Ook het gebruik van de SDQ als maat voor gedragsperceptie is discutabel, aangezien deze vragenlijst oorspronkelijk is ontwikkeld als screeningsinstrument voor gedragsproblemen bij kinderen (Goodman, 2001) en niet voor het meten van de perceptie van een specifieke professional over een ongespecificeerd kind. Bovendien zijn gestandaardiseerde vragenlijsten zoals de SDQ mogelijk niet gevoelig genoeg voor subtiele veranderingen in perceptie of attitude, en zijn ze vatbaar voor sociaal wenselijke antwoorden en beperkte nuance (Flick, 2018; Patton, 2015; Podsakoff et al., 2003).

Ten slotte was er uitval door listwise deletion, waardoor respondenten met te weinig ingevulde vragen geheel uitgesloten werden van de analyse. De steekproef van 78 respondenten is relatief klein. Hoewel geen aanwijzingen gevonden werden voor systematische uitval, verkleint dit wel de statistische power van het onderzoek (Tabachnick & Fidell, 2013).

De generaliseerbaarheid van dit onderzoek is redelijk binnen de context van vrouwelijke pedagogisch medewerkers in de kinderopvang. Omdat de steekproef overeenkomt met de demografische opbouw van de beroepsgroep, zijn de resultaten relevant voor vergelijkbare praktijken. Tegelijkertijd is voorzichtigheid geboden bij generalisatie naar andere sectoren of doelgroepen, door onder meer de vrijwillige deelname aan de training, verschillen in werkomgeving en opleidingsniveau tussen groepen en de setting binnen één organisatie. Elke organisatie heeft haar eigen werkwijze, benadrukt het Nederlands Jeugdinstituut (z.d.), waardoor lastig te zeggen is hoe de training elders uitpakt.

Implicaties

Dit onderzoek biedt waardevolle aanknopingspunten voor wetenschap en praktijk, maar roept tegelijkertijd kritische vragen op over de grenzen van wat trainingen als Druk&Dwars werkelijk kunnen bereiken. Een demedicaliserende training beïnvloedt de visie van pedagogisch medewerkers. Tegelijk blijkt dat de mate van verandering in visie en zelfeffectiviteit sterk afhangt van de wijze van overdracht: professionele trainers lijken hierin

effectiever dan getrainde collega's, wat vragen oproept over de haalbaarheid en duurzaamheid van TdT-constructies binnen de kinderopvangpraktijk.

Voor de praktijk benadrukt dit onderzoek het belang van trainers die niet alleen inhoudelijk goed onderlegd zijn, maar ook didactisch vaardig zijn en de kernboodschap overtuigend kunnen overbrengen. TdT-constructies zijn aantrekkelijk vanuit kosten oogpunt, maar dit onderzoek suggereert dat de inhoudelijke impact beperkt blijft wanneer trainers onvoldoende expertise of overtuigingskracht hebben. Daarmee komt de rendabiliteit van deze vorm van scholing in twijfel, vooral wanneer het doel is om zelfeffectiviteit of gedragsopvattingen te veranderen. Tegelijk laat het onderzoek zien dat een dergelijke training soms voldoende is, althans voor visieverandering. In haar proefschrift Wild & Willful laat Sluiter (2021) zien dat een korte online lezing van twintig minuten al kan leiden tot een verschuiving in perspectief. Dit maakt het interessant te heroverwegen welke vorm van training wanneer passend en rendabel is. In sommige gevallen is een compacte, scherp gepositioneerde boodschap mogelijk effectiever dan een uitgebreide cursus.

Op basis van dit onderzoek kunnen enkele aanbevelingen worden gedaan voor vervolgonderzoek. Ten eerste is het aan te raden om een specifiek en gevoeliger meetinstrument te gebruiken voor gedragsperceptie. Daarnaast is het zinvol te experimenteren met de trainingsduur om het effect op zelfeffectiviteit en gedragsperceptie te onderzoeken. Uit de thesis van Van der Wal (2025) blijkt bovendien dat deelnemers zelf aangeven behoefte te hebben aan meer herhaling. Verder is het wenselijk om te werken met grotere en meer diverse steekproeven, bij voorkeur binnen meerdere kinderopvangorganisaties, om de generaliseerbaarheid van de resultaten te vergroten. Tot slot kan het waardevol zijn om alternatieve werkvormen te vergelijken, zoals korte interventies of lezingen gericht op visieverandering bij de deelnemers.

In bredere zin roept dit onderzoek de vraag op of structurele, langdurige trainingen altijd de meest efficiënte route zijn naar gedragsverandering bij professionals. Om de effectiviteit van trainingen te vergroten, is het belangrijk zorgvuldig te blijven afwegen welk doel centraal staat, voor wie de interventie bedoeld is en onder welke omstandigheden deze het best tot zijn recht komt.

Bijlage A

Vragenlijsten

Start van blok: Persoonsgegevens

Q3 Hieronder vragen we eerst om een aantal persoonsgegevens die we nodig hebben om deze voormeting straks te kunnen koppelen aan de nameting en follow-up. We slaan uw antwoorden op onder een code en bewaren uw persoonsgegevens in een ander bestand. Uw antwoorden zijn dan dus niet meer gekoppeld aan uw persoon.

Q2 Wat is uw naam?

Q4 Voor welke locatie werkt u?

Q30 Wat is uw emailadres?

Einde blok: Persoonsgegevens

Start van blok: Functie

Q47 Hieronder volgt de vragenlijst van de voormeting.

Q9 Bent u werkzaam als leerkracht, onderwijsassistent of als pedagogisch medewerker? *Klik alleen de optie 'Anders' aan als u helemaal niet als leerkracht, onderwijsassistent of pedagogisch medewerker werkzaam bent.*

- ☐ leerkracht (4)
- ☐ onderwijsassistent (7)
- ☐ pedagogisch medewerker (5)
- ☐ Anders, namelijk.. (6) _____

Q30 Werkt u in uw functie regelmatig met kinderen?

☐ Ja (1)

☐ Nee (2)

Q31 Heeft u in uw werk op regelmatige basis contact met dezelfde kinderen?

☐ Ja (1)

☐ Nee (2)

Einde blok: Functie

Start van blok: demografische kenmerken



Q2 Wat is uw leeftijd?

Q3 Wat is uw geslacht?

☐ Man (1)

☐ Vrouw (2)

☐ Non-binair (3)

☐ Anders (4)

Q4 Wat is uw hoogst genoten opleiding?

☐ MAVO (1)

☐ HAVO (2)

☐ VWO (3)

☐ MBO (4)

☐ HBO (5)

☐ WO (6)

☐ Anders, namelijk... (7) _____

Pagina-einde

Einde blok: demografische kenmerken

Start van blok: Groep

Q6 In wat voor soort groep bent u werkzaam? (bijv. groep 4 regulier onderwijs, sbo)

Q7 Hoeveel jaar werkt u al in het onderwijs?

Einde blok: Groep

Start van blok: PM type

Q62 Voor wat voor soort opvang bent u werkzaam?

☐ Buitenschoolse opvang (1)

☐ Kinderdagverblijf (2)

☐ Gastouder (3)

☐ Anders, namelijk... (4) _____

Q63 Hoelang werkt u al in de kinderopvang?

Einde blok: PM type

Start van blok: ADHD

Pagina-einde



Q12 Bij hoeveel kinderen op uw groep speelt volgens u momenteel ADHD-problematiek (al dan niet gediagnosticeerd)?

Q13 Geef alstublieft aan in hoeverre u het eens bent met de onderstaande stellingen:

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

Q18 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)
Ik ben ervan overtuigd dat ik zelfs de moeilijkste leerlingen nieuwe dingen kan leren (1)	☐	☐	☐	☐
Ik weet dat ik een positieve relatie met ouders kan handhaven, zelfs als er spanningen ontstaan (2)	☐	☐	☐	☐
Als ik veel moeite doe, ben ik in staat ook de meest moeilijke leerlingen te bereiken (3)	☐	☐	☐	☐
Ik ben ervan overtuigd dat ik met het verstreken van de jaren steeds beter zal worden in het tegemoet komen aan de behoeften van de leerlingen in mijn groep (4)	☐	☐	☐	☐
Zelfs als ik word gestoord tijdens een activiteit of in het contact met een leerling, ben ik vol vertrouwen dat ik mijn rust kan bewaren en de activiteit of het contactmoment goed kan vervolgen (5)	☐	☐	☐	☐
Ik ben vol vertrouwen over mijn vermogen om te reageren op de behoeften van de leerlingen, zelfs als ik een slechte dag heb (6)	☐	☐	☐	☐

Als ik genoeg moeite doe, weet ik dat ik een positieve invloed kan uitoefenen op de verschillende ontwikkelingsgebieden en ontwikkelingstaken van de leerlingen (7)

☐ ☐ ☐ ☐

Ik ben ervan overtuigd dat ik creatieve manieren kan vinden om om te gaan met beperkingen in het onderwijs (zoals bezuinigingen of problemen rondom bemensing) en het werk goed kan vervolgen (8)

☐ ☐ ☐ ☐

Ik weet dat ik de leerlingen kan motiveren om deel te nemen aan vernieuwende activiteiten (9)

☐ ☐ ☐ ☐

Ik weet dat ik vernieuwende activiteiten kan uitvoeren die passen bij de ontwikkelingstaken van de leerlingen, zelfs als ik word tegengewerkt door sceptische collega's (10)

☐ ☐ ☐ ☐

Einde blok: Zelf-effectiviteit

Start van blok: Probleemgedrag

Q18 De volgende vragen kunt u invullen voor 1 kind in uw klas waarvan u het meeste drukke en dwarse gedrag ervaart. Geef aan in hoeverre de volgende stellingen op hem of haar van toepassing zijn.

	Niet waar (1)	Een beetje waar (2)	Zeker waar (3)
Houdt rekening met gevoelens van anderen (1)	☐	☐	☐
Rusteloos, overactief, kan niet lang stilzitten (2)	☐	☐	☐
Klaagt vaak over hoofdpijn, buikpijn, of misselijkheid (3)	☐	☐	☐
Deelt makkelijk met andere kinderen (bijv. speelgoed, snoep, potloden, enz.) (4)	☐	☐	☐
Heeft vaak driftbuien of woede-uitbarstingen (5)	☐	☐	☐
Nogal op zichzelf, neigt er toe alleen te spelen (6)	☐	☐	☐
Doorgaans gehoorzaam, doet gewoonlijk wat volwassenen vragen (7)	☐	☐	☐
Heeft veel zorgen, lijkt vaak over dingen in te zitten (8)	☐	☐	☐
Behulpzaam als iemand zich heeft bezeerd, van streek is of zich ziek voelt (9)	☐	☐	☐
Constant aan het wiebelen of friemelen (10)	☐	☐	☐
Heeft minstens één goede vriend of vriendin (11)	☐	☐	☐

Vecht vaak met andere kinderen of pest ze (12)	☐	☐	☐
Vaak ongelukkig, in de put of in tranen (13)	☐	☐	☐
Wordt over het algemeen aardig gevonden door andere kinderen (14)	☐	☐	☐
Gemakkelijk afgeleid, heeft moeite om zich te concentreren (15)	☐	☐	☐
Zenuwachtig of zich vastklampend in nieuwe situaties, verliest makkelijk zelfvertrouwen (16)	☐	☐	☐
Aardig tegen jongere kinderen (17)	☐	☐	☐
Liegt of bedriegt vaak (18)	☐	☐	☐
Wordt getreiterd of gepest door andere kinderen (19)	☐	☐	☐
Biedt vaak vrijwillig hulp aan anderen (ouders, groepsleiders, andere kinderen) (20)	☐	☐	☐
Denkt na voor iets te doen (21)	☐	☐	☐
Pikt dingen thuis, op de kinderopvang of op andere plaatsen (22)	☐	☐	☐
Kan beter opschieten met volwassenen dan met andere kinderen (23)	☐	☐	☐
Voor heel veel bang, is snel angstig (24)	☐	☐	☐
Maakt opdrachten af, kan de aandacht goed vasthouden (25)	☐	☐	☐

Q18 De volgende vragen kunt u invullen voor 1 kind waarvan u tijdens uw werk het meeste drukke en dwarse gedrag ervaart. Geef aan in hoeverre de volgende stellingen op hem of haar van toepassing zijn.

	Niet waar (1)	Een beetje waar (2)	Zeker waar (3)
Houdt rekening met gevoelens van anderen (1)	☐	☐	☐
Rusteloos, overactief, kan niet lang stilzitten (2)	☐	☐	☐
Klaagt vaak over hoofdpijn, buikpijn, of misselijkheid (3)	☐	☐	☐
Deelt makkelijk met andere kinderen (bijv. speelgoed, snoep, potloden, enz.) (4)	☐	☐	☐
Heeft vaak driftbuien of woede-uitbarstingen (5)	☐	☐	☐
Nogal op zichzelf, neigt er toe alleen te spelen (6)	☐	☐	☐
Doorgaans gehoorzaam, doet gewoonlijk wat volwassenen vragen (7)	☐	☐	☐
Heeft veel zorgen, lijkt vaak over dingen in te zitten (8)	☐	☐	☐
Behulpzaam als iemand zich heeft bezeerd, van streek is of zich ziek voelt (9)	☐	☐	☐
Constant aan het wiebelen of friemelen (10)	☐	☐	☐
Heeft minstens één goede vriend of vriendin (11)	☐	☐	☐

Vecht vaak met andere kinderen of pest ze (12)	☐	☐	☐
Vaak ongelukkig, in de put of in tranen (13)	☐	☐	☐
Wordt over het algemeen aardig gevonden door andere kinderen (14)	☐	☐	☐
Gemakkelijk afgeleid, heeft moeite om zich te concentreren (15)	☐	☐	☐
Zenuwachtig of zich vastklappend in nieuwe situaties, verliest makkelijk zelfvertrouwen (16)	☐	☐	☐
Aardig tegen jongere kinderen (17)	☐	☐	☐
Liegt of bedriegt vaak (18)	☐	☐	☐
Wordt getreiterd of gepest door andere kinderen (19)	☐	☐	☐
Biedt vaak vrijwillig hulp aan anderen (ouders, groepsleiders, andere kinderen) (20)	☐	☐	☐
Denkt na voor iets te doen (21)	☐	☐	☐
Pikt dingen thuis, op de kinderopvang of op andere plaatsen (22)	☐	☐	☐
Kan beter opschieten met volwassenen dan met andere kinderen (23)	☐	☐	☐
Voor heel veel bang, is snel angstig (24)	☐	☐	☐
Maakt opdrachten af, kan de aandacht goed vasthouden (25)	☐	☐	☐

Q20 De volgende vragen gaan nog steeds over het kind in uw klas waarvan u het meeste drukke en dwarse gedrag ervaart. Wilt u aankruisen wat van toepassing is? _____

Q21 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 (1)
 - ☐ Ja, kleine moeilijkheden (2)
 - ☐ Ja, duidelijke moeilijkheden (3)
 - ☐ Ja ernstige moeilijkheden (4)
-

Q22 Hoe lang bestaan deze moeilijkheden?

- ☐ Korter dan een maand (1)
 - ☐ 1-5 maanden (2)
 - ☐ 6-12 maanden (3)
 - ☐ Meer dan een jaar (4)
-

Q23 Maken deze moeilijkheden het kind overstuur of van slag?

- ☐ Helemaal niet (1)
 - ☐ Een beetje maar (2)
 - ☐ Tamelijk (3)
 - ☐ Heel erg (4)
-

Q24 Belemmeren de moeilijkheden het dagelijks contact van het kind met leeftijdsgenoten?

- ☐ Helemaal niet (1)
 - ☐ Een beetje maar (2)
 - ☐ Tamelijk (3)
 - ☐ Heel erg (4)
-

Q25 Belemmeren de moeilijkheden het dagelijks vermogen van het kind om nieuwe dingen te leren?

- ☐ Helemaal niet (1)
 - ☐ Een beetje maar (2)
 - ☐ Tamelijk (3)
 - ☐ Heel erg (4)
-

Q26 Belasten de moeilijkheden u of de klas als geheel?

- ☐ Helemaal niet (1)
 - ☐ Een beetje maar (2)
 - ☐ Tamelijk (3)
 - ☐ Heel erg (4)
-

Pagina-einde

Einde blok: Probleemgedrag

Start van blok: Stress

Q19 De volgende twee stellingen gaan tot slot over de stress die u ervaart als
 \${Q9/ChoiceGroup/SelectedChoicesTextEntry}.

	Helemaal niet	Helemaal wel									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hoe stressvol is uw werk als als \${Q9/ChoiceGroup/SelectedChoicesTextEntry} op dit moment? ()											
Hoe goed kunt u omgaan met de stress van uw werk als \${Q9/ChoiceGroup/SelectedChoicesTextEntry}? ()											

Einde blok: Stress

Start van blok: Block 3

Q27 Als u nog opmerkingen of aanvullingen hebt n.a.v. deze vragenlijst, nodigen we u uit om deze in onderstaande vak met ons te delen.

Q28 Bedankt voor uw deelname! Dit was de eerste vragenlijst van het onderzoek naar de training Druk & Dwars voor het onderwijs en de kinderopvang. Voorafgaand aan de vijfde bijeenkomst zult u een mail ontvangen met daarin de link naar de tweede vragenlijst.

Einde blok: Block 3

Bijlage B

Informatieformulier deelname onderzoek



**rijksuniversiteit
 groningen**

faculteit gedrags- en
 maatschappijwetenschappen

INFORMATIE OVER HET ONDERZOEK VERSIE VOOR INTERVENTIEGROEP VRAGENLIJSTEN

“EFFECTEN VAN DE TRAINING DRUK & DWARS VOOR EDUCATIEVE PROFESSIONALS” PED-2122-S-0091

➤ **Waarom krijg ik deze informatie?**

Binnen de gemeente waar u werkt loopt een onderzoek naar het effect van een training van 6 bijeenkomsten op de ervaren zelf-effectiviteit van educatieve professionals, hun perceptie van probleemgedrag op de groep en hun visie op ADHD en druk gedrag. Gezien uw functie komt u in aanmerking voor (gratis) deelname aan deze training en het bijbehorende onderzoek. Het betreft een onderzoek van Wietske de Vries onder leiding van prof. dr. Laura Batstra van de Faculteit Gedrags- en Maatschappij Wetenschappen van de Rijksuniversiteit van Groningen.

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

Meedoen het onderzoek is vrijwillig, maar wel een voorwaarde als u de training wilt volgen. Ook is uw toestemming voor het onderzoek 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 en leerkrachten) van ADHD en 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 groepen die de training op dat moment volgen en groepen die de training niet of op een later moment 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?**

Aan de cursisten die deelnemen aan de training vragen we direct voor, direct na en 8 weken na de training een vragenlijst in te vullen. Dit kan zowel digitaal als op papier. De controlegroep, die (op dat moment) de training niet volgt, vragen we om hetzelfde te doen. Zo kunnen we het effect van de training vergelijken met het effect van niets doen.

Het invullen van de vragenlijsten kost per keer hooguit 20 minuten.

De vragen in de vragenlijsten gaan over uw visie op ADHD en druk gedrag, 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, sekse en aantal jaar werkervaring is.

➤ **Welke gevolgen kan deelname hebben?**

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 hoofdonderzoeker (l.batstra@rug.nl).



**rijksuniversiteit
 groningen**

faculteit gedrags- en
 maatschappijwetenschappen

➤ **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 groepsgemiddelden beschrijven die niet terug te leiden zijn naar uw persoon. 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. Het sleutelbestand dat uw persoonlijke gegevens aan de code koppelt, wordt op weer een andere plek op de beveiligde Y-schijf van de universiteit van Groningen bewaard.

Alleen Laura Batstra en Wietske de Vries hebben toegang tot uw persoonlijke gegevens, zoals uw emailadres of de locatie waar u werkt. U kunt zelf op elk moment besluiten dat u uw gegevens in wilt zien, aan wilt passen of wilt laten verwijderen. Indien er al gepubliceerd is over de antwoorden op de vragenlijsten, dan kunnen we uw gegevens niet uit de publicatie laten verwijderen. U bent echter niet als persoon herkenbaar in publicaties, omdat we daarin alleen gemiddelden beschrijven van de hele groep deelnemers.

Papieren vragenlijsten worden direct na digitaal invoeren vernietigd. De gedeïdentificeerde databestanden, het bestand met uw persoonlijke gegevens en het koppelbestand zullen 10 jaar lang gescheiden van elkaar bewaard worden in de beveiligde online omgeving van de universiteit. Alleen Laura Batstra en Wietske de Vries hebben toegang tot deze bestanden. De gedeïdentificeerde bestanden kunnen eventueel hergebruikt worden voor onderzoek, nadat contact op is genomen met Laura Batstra.

➤ **Wat moet u nog meer weten?**

U kunt altijd vragen stellen over het onderzoek: nu, tijdens het onderzoek, en na afloop. Dit kan door Laura Batstra te e-mailen (l.batstra@rug.nl) of te bellen (050-3636566).

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 C

Assumptiecontroles en controle van onderlinge samenhang

Betrouwbaarheid

Tabel C1 geeft alle maten weer tussen de verschillende items. De betrouwbaarheid van de schalen is voldoende bevonden. Elke variabele heeft een acceptabele Guttman's λ (Guttman, 1945).

Tabel C1

Overzicht van Guttman's λ voor alle geschaalde variabelen

		Guttman's λ^a	Interpretatie
Visie	Voormeting	0,75	acceptabel
	Nameting	0,82	Goed
	Follow-up	0,87	Goed
Perceptie	Voormeting	0,90	Uitstekend
	Nameting	0,90	Uitstekend
	Follow-up	0,93	Uitstekend
Zelfeffectiviteit	Voormeting	0,79	Acceptabel
	Nameting	0,77	Acceptabel
	Follow-up	0,81	Goed

^agebaseerd op Guttman's λ_2 .

Controle van samenhang tussen uitkomstmaten

Voordat de MANOVA werd uitgevoerd, is gecontroleerd of de drie uitkomstmaten - visie op ADHD, zelfeffectiviteit en perceptie van druk gedrag - onderling samenhangen. Tabel C2 toont de correlaties tussen de verschillen van de voor- en nameting, gebaseerd op het verschil tussen voormeting en nameting.

Tabel C2

Correlatiematrix van verschillen tussen voor- en nameting (N=87)

	1.	2.	3.
1. Visie	-		
2. Perceptie	0,11	-	
3. Zelfeffectiviteit	0,04	-0,10	-

Noot. Pearson-correlaties, tweezijdig getoetst. Geen van de correlaties is statistisch significant ($p > 0,35$).

Tabel C3 laat de correlaties zien voor de verschillen tussen nameting en follow-up.

Tabel C3

Correlatiematrix van verschillen tussen nameting en follow-up (N=87)

	1.	2.	3.
1. Visie	-		
2. Perceptie	0,03	-	
3. Zelfeffectiviteit	-0,12	-0,13	-

Noot. Pearson-correlaties, tweezijdig getoetst. Geen van de correlaties is statistisch significant ($p > 0,22$).

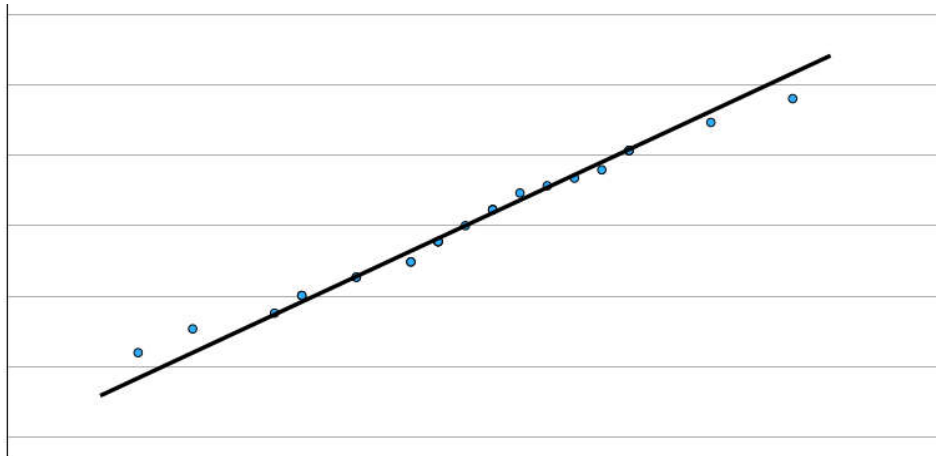
Hoewel de correlaties zwak zijn en geen statistische samenhang aantonen, is ervoor gekozen om de drie uitkomstmaten gezamenlijk te analyseren via een multivariate variantieanalyse (MANOVA). Deze keuze is gebaseerd op inhoudelijke overwegingen: de drie maten weerspiegelen samen de kerndoelen van de Druk&Dwars-training. MANOVA biedt in dit geval de mogelijkheid om te toetsen of er sprake is van een bredere, samengenomen verandering als gevolg van de training, afhankelijk van het type trainer. Daarbij voorkomt een gezamenlijke analyse dat de kans op toevallige uitkomsten toeneemt door meervoudige toetsing. Ter controle zijn aanvullend ook losse ANOVA's uitgevoerd, zodat verschillen per uitkomstmaat afzonderlijk beoordeeld konden worden.

Multivariate normaliteit

Voor de toetsing van normaliteitsaannames zijn per groep normale Q-Q plots gegenereerd. Deze zijn beoordeeld op visuele afwijkingen van de diagonale lijn. In figuur C1 en C2 staan voorbeelden van de verdeling per groep per variabele. Elke QQ-plot loopt ongeveer via dezelfde lijn.

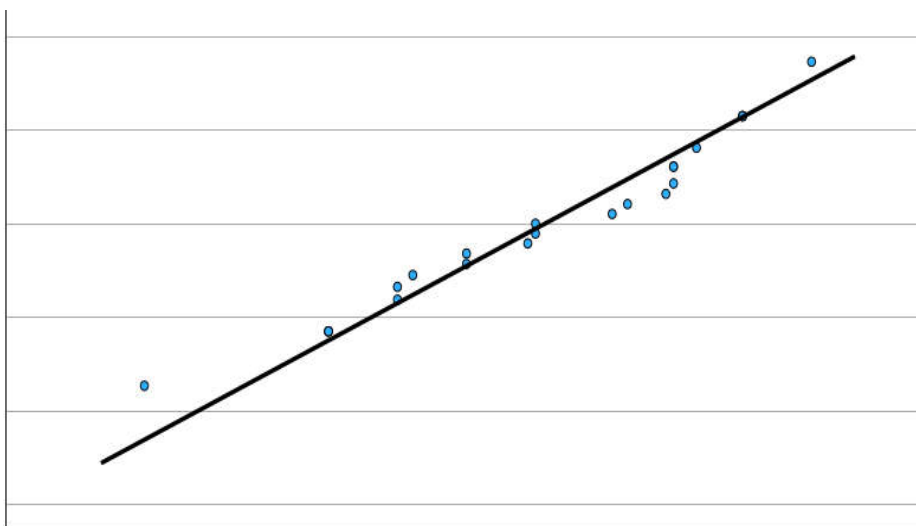
Figuur C1

QQ-plot van visie in de PT-groep (voor- en nameting)



Figuur C2

QQ-plot van zelfeffectiviteit in de controlegroep (voor- en nameting)



De QQ-plots voor de verschillen op visie, zelfeffectiviteit en gedragsperceptie tonen allemaal per groep een redelijk lineair patroon zonder duidelijke afwijkingen. De verdelingen binnen de groepen zijn voldoende normaal om de MANOVA uit te voeren. Ook alle QQ-plots bij de verschillen tussen de nameting en de follow-up lopen allemaal

ongeveer lineair. Er zijn geen duidelijke afwijkingen te zien. Dit bewijst geen multivariate normaliteit maar wijst wel op sterke vermoedens ervan.

Homogeniteit

De aanname van homogeniteit van de variantie-covariantiematrices werd getoetst met behulp van de Box's M-test. Aangezien de steekproef relatief klein is, is een strengere toetsingsdrempel gehanteerd van $\alpha=0,001$, zoals aanbevolen door Hahs-Vaughn (2016). De toets was niet significant, (*Box's M*=18,14; $F(12, 25101)=1,43$; $p=0,144$). De toets beschouwd de covariantiematrices als gelijk. Er is daarom gekozen voor Wilks' Lambda als toetsstatistiek bij de interpretatie van de MANOVA-resultaten.

Bronnen

- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5de editie).
- Armstrong, T. (1999). *ADD/ADHD Alternatives in the Classroom*. ASCD.
- Bader, M., Tannock, R., Hadjikhani, N. (2018). The Zappel-Philipp a historical example of ADHD Clinics. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 10, 119-127
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman
- Bates, R. (2004). A critical analysis of evaluation practice: the Kirkpatrick model and the principle of beneficence. *Evaluation and Program Planning*, 27(3), 341–347. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2004.04.01><https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2004.04.01>
- Batstra, L. (2013, 5 juni). *Jong gedrag vaak verward met ADHD*. Medischcontact. <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/jong-gedrag-vaak-verward-met-adhd>
- Batstra, L. (2021). Is er toekomst voor ADHD? *De Psycholoog*. <https://www.tijdschriftdepsycholoog.nl/wetenschap/is-er-toekomst-voor-adhd/>
- Batstra, L. (2023). *ADHD: macht en misverstanden* (6de editie). Lucht.
- 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), 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 & Child Neurology*, 54(6), 492-494. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2011.04176.x><https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2011.04176.x>
- Blumhagen, D. W. (1979). The doctor's white coat: The image of the physician in modern America. *Annals of Internal Medicine*, 91(1), 111–116. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-91-1-11>
- Box, G. E. P., 1949. A general distribution theory for a class of likelihood criteria. *Biometrika*, 36: 317-346.

- Bruchmüller, K., Margraf, J., & Schneider, S. (2011). Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 128-138. <https://doi.org/10.1037/a0026582>
- Bussing, R., Zima, B. T., Gary, F. A., & Garvan, C. W. (2003). Barriers to detection, help-seeking, and service use for children with ADHD symptoms. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 30(2), 176-189. <https://doi.org/10.1007/BF02289806>
- Castellanos, F. X. (2002). Developmental Trajectories of Brain Volume Abnormalities in Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA*, 288(14), 1740. <https://doi.org/10.1001/jama.288.14.1740>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2023). *Beroepsbevolking; beroepen, opleiding, geslacht, leeftijd en migratieachtergrond*. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83978NED>
- Cohen, B. (2008). *Explaining Psychological Statistics*. John Wiley & Sons.
- Cohen, J. (1987). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- 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)
- Cook, T. D., & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*. Rand McNally.
- Cortese, S. (2023). *Evidence-based prescribing of medications for ADHD: Where are we in 2023?* Expert Opinion on Pharmacotherapy, 24(4), 425-434. <https://doi.org/10.1080/14656566.2023.2169604>
- Crichton, A. (1798). *Alexander Crichton : An inquiry into the nature and origin of mental derangement : comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects*. printed for T. Cadell, junior, and W. Davies in the Strand.
- De Vet, H. C. W., Terwee, C. B., Mokkink, L. B., & Knol, D. L. (2011). *Measurement in medicine: A practical guide*. Cambridge University Press.
- Denhoff, E., Laufer, M. W., & Solomons, G. (1957). Hyperkinetic impulse disorder in children's behavior problems. *Psychosomatic Medicine*, 19(1), 38-49.
- Domitrovich, C. E., Bradshaw, C. P., Greenberg, M. T., Embry, D., Poduska, J. M., & Ialongo, N. S. (2010). INTEGRATED MODELS OF SCHOOL-BASED PREVENTION:

- LOGIC AND THEORY. *Psychology in the schools*, 47(1), 71–88.
<https://doi.org/10.1002/pits.20452>
- Druk & Dwars - Begeleiding voor kinderen met druk & dwars gedrag*. (Z.d.).
<https://drukendwars.nl/>
- Druk en Dwars. (Z.d.). *P.O. & K.D.V. - Druk & Dwars*. Geraadpleegd op 2 maart 2025, van
<https://drukendwars.nl/po-kdv/in-het-po-en-kdv/>
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3–4), 327–350.
<https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>
- Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (5th ed.). SAGE Publications.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. University of South Florida.
- Flick, U. (2018). *An Introduction to Qualitative Research* (6th ed.). SAGE Publications.
- Gálvez-Nieto, J. L., Salvo-Garrido, S., Domínguez-Lara, S., Polanco-Levicán, K., & Mieres-Chacaltana, M. (2023). Psychometric properties of the Teachers' Sense of Efficacy Scale in a sample of Chilean public school teachers. *Frontiers in Psychology*, 14, 1272548. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1272548>
- Gegenfurtner, A., Veermans, K., Festner, D., & Gruber, H. (2009). The effectiveness of training design and evaluation in a train-the-trainer program: A quasi-experimental field study. *Human Resource Development International*, 12(5), 441–458.
<https://doi.org/10.1080/13678860903135921>
- Gezondheidsraad. (2014). ADHD: medicatie en maatschappij. In www.gezondheidsraad.nl (J/3132004).
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337–1345.
- Groen, Y. (2019). Een 'antibreinvisie' op ADHD. *Neuropraxis*, 23(1), 22–24.
<https://doi.org/10.1007/s12474-018-00213-z>

- Guttman, L. (1945). A basis for analyzing test-retest reliability. *Psychometrika*, 10(4), 255-282. <https://doi.org/10.1007/BF02288892>
- Hahs-Vaughn, D. (2016). *Applied Multivariate Statistical Concepts*. Taylor & Francis.
- Hamre, B. K., Pianta, R. C., Burchinal, M., & Downer, J. T. (2008). Teachers' perceptions of conflict with young students: Looking beyond problem behaviors. *Social Development*, 17(1), 115–136. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00418.x>
- Harper, M., Gore, J., & Harris, J. (2024). *A new conceptual framework for understanding and implementing train-the-trainer professional development on a large scale*. Professional Development in Education. <https://doi.org/10.1080/19415257.2024.2306992>
<https://www.nji.nl/opvoeden/wat-past-bij-uw-kind>
- Jennings, P. A., & Greenberg, M. T. (2009). The prosocial classroom: Teacher social and emotional competence in relation to student and classroom outcomes. *Review of Educational Research*, 79(1), 491–525. <https://doi.org/10.3102/0034654308325693>
- Joyce, B., & Showers, B. (2002). *Student achievement through staff development* (3rd ed.). ASCD.
- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863>
- Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit And Hyperactivity Disorders*, 2(4), 241-255. <https://doi.org/10.1007/s12402-010-0045-8>
- Mahone, E. M., & Denckla, M. B. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Historical Neuropsychological perspective. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 23(9-10), 916-929. <https://doi.org/10.1017/s1355617717000807>
- Mieloo, C. L., Raat, H., van Oort, F. V. A., Bevaart, F., Vogel, I., & Jansen, W. (2012). Validity and reliability of the Strengths and Difficulties Questionnaire in 5-6-year-olds: Differences by gender or by parental education? *PLoS ONE*, 7(5), e36805. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036805>
- Milgram, S. (1963). Behavioral study of obedience. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67(4), 371–378. <https://doi.org/10.1037/h0040525>
- Moen, F., & Allgood, E. (2009). Coaching and the effect on self-efficacy. *Journal of Education and Human Development*, 3(1), 1-10.

- Murray, A. L., Speyer, L. G., Hall, J., Thomson, K. C., Creswell, C., Cooper, P. J., & Pote, H. (2021). Psychometric properties of the preschool Strengths and Difficulties Questionnaire in a national sample of 1–2 year-olds. *Child Psychiatry & Human Development*, 52(1), 10–20. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01003-0>
- Nederlands Jeugdinstituut. (z.d.). *Wat past bij uw kind?*
- Nie, Y., Lau, S., & Liao, A. K. (2012). The teacher efficacy scale: A reliability and validity study. *The Asia-Pacific Education Researcher*, 21(2), 414–421.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4th ed.). SAGE Publications.
- Paulhus, D. L. (1991). Measurement and control of response bias. In J. P. Robinson et al. (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 17–59). Academic Press.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879–903. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879>
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E., Salum, G., Kiehling, C., & Rohde, L. (2014). ADHD Prevalence Estimates Across Three Decades: An Updated Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *International Journal Of Epidemiology*, 43, 434–442.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Ponnou, S., Timimi, S., Briffault, X., Batstra, L., Gøtzsche, P. C., & Gonon, F. (2024). WHO Essential Medicines List and methylphenidate for ADHD in children and adolescents. *The Lancet Psychiatry*, 11(2), 92–93. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(23\)00392-9](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(23)00392-9)
- Poortinga, Y. H., & van de Vijver, F. J. R. (2007). Culture and behavior: Research methods and applications. In J. W. Berry, Y. H. Poortinga, & J. Pandey (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology* (2nd ed., Vol. 1, pp. 1–48). Allyn & Bacon.
- Project - Druk & Dwars. (z.d.). <https://drukendwars.nl/over-dd/project/>
- Schwarzer, R. (2008, 15 mei). *Teacher Self-Efficacy*. https://userpage.fu-berlin.de/~health/teacher_se.htm

- Schwarzer, R., Schmitz, G. S., & Daytner, G. T. (1999). Teacher Self-Efficacy Scale: Manual. Freie Universität Berlin. Retrieved from http://userpage.fu-berlin.de/~health/teacher_se.htm
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and Quasi-experimental Designs for Generalized Causal Inference*. Houghton Mifflin.
- Sluiter, M. (2021). *Wild & Willful: Pedagogical perspectives on ADHD* [Doctoral dissertation, Rijksuniversiteit Groningen]. <https://research.rug.nl>
- Sluiter, M. N., De Vries, Y. A., Koning, L. G., Hak, E., Bos, J. H. J., Schuiling-Veninga, C. C. M., Batstra, L., Doornenbal, J. M., & De Jonge, P. (2019). A Prescription Trend Analysis of Methylphenidate: Relation to Study Reports on Efficacy. *Administration And Policy in Mental Health And Mental Health Services Research*, 47(2), 291-299. <https://doi.org/10.1007/s10488-019-00983-6>
- Smith, M. (2024). Commentary: When does the history of ADHD not begin? *Child and Adolescent Mental Health*, 29(4), 385-387. <https://doi.org/10.1111/camh.12727>
- Smith, R., McElroy, K., Friedmann, E., Spanier, A., & Son, R. (z.j.). *Train-the-Trainer Approach in the Eco-Healthy Child Care® Program* [Onderzoeksrapport]. Research Connections. <https://researchconnections.org/childcare/resources/36558>
- Sonuga-Barke, E. J. S., Dalen, L., Daley, D., & Remington, B. (2008). Do executive function deficits and delay aversion make independent contributions to preschool attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(11), 1335-1342. <https://doi.org/10.1097/01.chi.00000087564.34977.21>
- Stichting Farmaceutische Kerngetallen [SFK]. (2017, September 21). *Toename in gebruik van methylfenidaat lijkt voorbij*. Stichting Farmaceutische Kengetallen. <https://www.sfk.nl/publicatie/2017/pw-artikel/toename-gebruik-van-methylfenidaat-lijkt-voorbij>
- Stichting Farmaceutische kerngetallen [SFK]. (2023, Oktober 26). *Toename volwassen gebruikers ADHD-medicatie*. Stichting Farmaceutische Kengetallen. <https://www.sfk.nl/publicatie/2023/pw-artikel/toename-volwassen-gebruikers-adhd-medicatie>
- Stone, L. L., Otten, R., Engels, R. C. M. E., Vermulst, A. A., & Janssens, J. M. a. M. (2010). Psychometric Properties of the Parent and Teacher Versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire for 4- to 12-Year-Olds: A review. *Clinical Child and*

- Family Psychology Review*, 13(3), 254-274. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0071-2>
- Stone, L. L., Otten, R., Engels, R. C. M. E., Vermulst, A. A., & Janssens, J. M. A. M. (2015). *Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire for 4- to 7-year-olds: A longitudinal study*. *BMC Psychology*, 3(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0061-8>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). *Using multivariate statistics* (7th ed.). Pearson.
- Te Meerman, S. (2024). Guidelines Psychoeducational Literature On ADHD. In *drukendwars.nl*.
- Te 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), 1298267. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1298267>
- Te Meerman, S. (2019). *ADHD and the power of generalization: exploring the faces of reification*. [Thesis, University of Groningen]. Rijksuniversiteit Groningen. <https://doi.org/10.33612/diss.84379221>
- Theunissen MHC, de Wolff M, Vugteveen J, Timmerman ME, de Bildt A. Handleiding voor het gebruik van de SDQ bij adolescenten (12-17 jaar) binnen de Jeugdgezondheidszorg. Vragenlijst voor het signaleren van psychosociale problemen. Leiden: TNO; 2019.
- Theunissen MHC, de Wolff MS, Reijneveld SA. The Strengths and Difficulties Questionnaire Self-Report: A Valid Instrument for the Identification of Emotional and Behavioral Problems. *Acad Pediatr*. 2019 May - Jun; 19(4):471-476. doi:10.1016/j.acap.2018.12.008
- Timperley, H. (2007). *Teacher professional learning and development: Best evidence synthesis iteration (BES)*. Wellington: Ministry of Education.
- Tripp, G., & Wickens, J. R. (2009). Neurobiology of ADHD. *Neuropharmacology*, 57(7-8), 579-589. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2009.07.026>
- Tschannen-Moran, M., & Hoy, A. W. (2001). Teacher efficacy: Capturing an elusive construct. *Teaching and Teacher Education*, 17(7), 783–805.
- Tschannen-Moran, M., & Woolfolk Hoy, A. (2001). Teacher efficacy: Capturing an elusive
- Van der Wal, N. J. (2025). *Druk en dwars in de kinderopvang: een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van pedagogisch medewerkers met een training voor het omgaan met*

- druk en dwars gedrag van kinderen op de groep* [Masterscriptie]. Rijksuniversiteit Groningen.
- Van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., Treffers, P. D. A., & Goodman, R. (2003). *Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(6), 281–289. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-0341-3>
- Verhulst, F. C. (2020). *Leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie* (5de editie). koninklijke van gorcum.
- Vugteveen J, de Bildt A, Theunissen M, Reijneveld M, Timmerman M. Validity Aspects of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Adolescent Self-Report and Parent-Report Versions Among Dutch Adolescents. *Assessment*. 2019 Jul 1
doi:10.1177/1073191119858416
- Waddington, J. (2023). Self-efficacy. *ELT Journal*, 77(2), 237-240.
<https://doi.org/10.1093/elt/ccac046>
- Wijnen, L. (2024). *ADHD op TikTok: Reïficatie en decontextualisering op sociale media* [Masterscriptie]. Rijksuniversiteit Groningen.
- Woda, A., Bradley, C. S., Johnson, B. K., Hansen, J., Peña, S., & Dreifuerst, K. T. (2023). Early evidence for using a train-the-trainer program to teach debriefing for meaningful learning. *Clinical Simulation in Nursing*, 83, 101447.
<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2023.101447>
- Woolfolk, A. (2020). *Educational Psychology* (14de editie). Pearson Higher Ed.
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research: Design and Methods* (5th ed.). SAGE Publications