

# Visie en Vat op Druk & Dwars gedrag in de kinderopvang

---

*Invloed 'Druk & Dwars' training op visie en zelfeffectiviteit van  
pedagogisch medewerkers*

*Influence of 'Wild & Wildful' training on vision and self-efficacy of pedagogical employees*

**masterscriptie**



Student: Cassandra de Jong

Studentennummer: S2748177

E-mailadres: p.de.jong.14@student.rug.nl

Vakcode: PAMA5166

Eerste beoordelaar: Professor Dr. Laura Batstra

Tweede beoordelaar: Professor Dr. Mónica López López

Aantal woorden: 8309

Datum: 24 juni 2022

Master scriptie Orthopedagogiek

Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Rijksuniversiteit Groningen

## Samenvatting

Er zijn verschillende visies op ADHD, die grofweg te verdelen zijn in biomedisch en orthopedagogisch. In de huidige maatschappij is de biomedische visie dominant, wat in verband wordt gebracht met de toename van ADHD-classificaties en medicatiegebruik. Binnen de orthopedagogische visie pleit men voor terughoudendheid met psychiatrische labels en medicatie voor kinderen. Er is veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar het handelen van leerkrachten en ouders bij ADHD-problematieken. Daarentegen is er weinig onderzoek verricht bij pedagogisch medewerkers in de kinderdagopvang. Het Druk & Dwars project richt zich naast opvoeders en leerkrachten, ook op pedagogisch medewerkers. Doelstelling: Dit onderzoek poogt inzicht te verkrijgen in het effect van de Druk & Dwars training op de visie en de zelfeffectiviteit van pedagogisch medewerkers. Ook wordt de relatie tussen de mate van waardering van de cursus en het effect ervan onderzocht. Methode: Het kwantitatieve quasi-experimentele design bestaat uit een experimentele groep (N= 40) en een controlegroep (N= 25). Om het effect te meten zijn er op drie momenten vragenlijsten afgenomen: voormeting, nameting en follow-up na vier tot zes weken. Resultaten: Uit onafhankelijke t-toetsen blijkt een significant, *groot* effect voor *visie* bij de nameting, een *middelgroot* effect voor *visie* bij de follow-up en *geen effect* voor *zelfeffectiviteit* bij de nameting en follow-up. In een groep van 65 pedagogisch medewerkers is de visie op ADHD overwegend biomedisch en de mate van zelfeffectiviteit hoog. Conclusie: De training leidde tot een duurzame significante verschuiving van biomedisch naar orthopedagogisch. Het maakte hierbij niet uit of pedagogisch medewerkers de training hoog of laag waardeerden. De training had geen effect op de reeds hoog ervaren zelfeffectiviteit.

## **Abstract**

Perspectives on ADHD can be roughly divided into biomedical and pedagogical. In today's society, the biomedical vision is dominant, which has been associated with the increase in ADHD classifications and use of medication. The pedagogical vision is in favour of fewer psychiatric labels and medication prescriptions for children. A lot of scientific research on children with ADHD and hyperactive and oppositional behaviors has been done with teachers and parents. However, little research focused on pedagogical staff in daycare. The Wild & Willful (Druk & Dwars) project focuses not only on parents and teachers, but also on pedagogical staff. Objective: This research attempts to gain insight into the effect of the Wild & Willful training on the vision and the perceived self-efficacy of pedagogical staff. The research also investigates the relationship between the degree of appreciation of the course and the effect of it. Method: This study involves a quantitative quasi-experimental design with an experimental group (N= 40) and a control group (N= 25). Questionnaires were administered at three measurement moments: pretest, posttest, follow-up 4 to 6 weeks after the training. Results: The independent t-tests show a significant *large* effect for *vision* at the post-test, a *medium* effect for *vision* at the follow-up and *no effect* for *self-efficacy* at the post-test and follow-up. In a group of 65 pedagogical staff, the vision on ADHD was considered biomedical and the degree of self-efficacy was high. Conclusion: This research showed that the Wild & Willful training is an effective way to change the biomedical vision on ADHD to a more pedagogical perspective. The training had no effect on perceived self-efficacy.

## Inhoudsopgave

1. Inleiding .....	4
2. Theoretisch kader.....	7
2.1    Discutabele biomedische aannames .....	7
2.1.1    ADHD zit in je genen.....	7
2.1.2    ADHD zit in de hersenen .....	7
2.1.3    ADHD als oorzaak .....	8
2.1.4    ADHD en medicatie.....	8
2.2    Orthopedagogische visie.....	10
2.3    Zelfeffectiviteit .....	11
2.4    Pedagogisch medewerkers.....	11
3. Methode .....	12
3.1    Onderzoeksdesign.....	12
3.2    Participanten .....	12
3.3    Procedure .....	13
3.4    Meetinstrument.....	14
3.5    Onderzoeksvariabelen .....	14
3.6    Statische analyse.....	15
4. Resultaten.....	18
4.1    Effect van de Druk & Dwars training op visie .....	18
4.2    Effect van de Druk & Dwars training op de zelfeffectiviteit .....	20
4.4    De invloed van waardering op de visie en de zelfeffectiviteit.....	21
5. Conclusie en discussie.....	23
5.1    Conclusie .....	23
5.2    Sterke en zwakke punten van het onderzoek.....	23
5.3    Discussie.....	24
5.4    Implicaties voor praktijk.....	26
5.5    Implicaties voor onderzoek .....	26
Referenties .....	28
Bijlagen.....	38

## 1. Inleiding

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is de benaming voor problematische hyperactiviteit, impulsiviteit en/of concentratiemoeilijkheden in minstens twee settingen, bijvoorbeeld de school- en thuissituatie (American Psychiatric Association, 2013; Hinshaw & Scheffler, 2014; Sayal et al., 2018). Uit meta-analyses van epidemiologisch onderzoek naar ADHD wordt het aantal kinderen in Nederland dat voldoet aan de criteria voor ADHD geschat op 2 tot 7 procent (Gezondheidsraad, 2014). ADHD is de meest voorkomende classificatie die bij kinderen wordt gesteld (American Academy of Pediatrics, 2011). Een passende aanpak is zodoende van essentieel belang.

In Nederland is het aantal ADHD-classificaties in de specialistische kinderpsychiatrie tussen 2008 en 2011 met een derde gestegen (Gezondheidsraad, 2014). Door onder andere de toename van het aantal ADHD-classificaties is ook het ADHD-medicatiegebruik sterk gestegen. In de periode van 2003 tot 2013 was er in Nederland sprake van een verviervoudiging van het gebruik van Ritalin of Concerta onder kinderen (Gezondheidsraad, 2014). Deze stijgingen hebben onder meer te maken met de verruiming van het begrip ADHD in de DSM-IV en DSM-5, de hogere eisen die we aan kinderen stellen, de toename van prikkels en de verminderende tolerantie in de maatschappij (Batstra, 2017; Soest & Wiggers, 2008).

Een classificatie biedt de nodige voordelen, zoals de mogelijkheid van vergoeding van een behandeling (Langens, 2016). Ook kan een classificatie voor meer begrip en acceptatie voor het kind zorgen (Pameijer & Beukering, 2014). Een classificatie heeft echter ook nadelen. Ouders en leerkrachten kunnen een lagere verwachting hebben van een kind met een classificatie, waardoor het kind ook slechter kan gaan presteren (Pygmalion effect). Daarnaast kan een classificatie stigmatisering in de hand werken en de zelfeffectiviteit en het zelfvertrouwen van het kind aantasten (Sayal et al., 2010; Veenman & Mutsaers, 2020; Walker et al., 2008). ADHD-medicatie heeft verscheidene bijwerkingen, zoals slapeloosheid, verminderde eetlust, buik- of hoofdpijn, misselijkheid, psychologische bijwerkingen en een verminderde groei van het kind (Buitelaar & Medori, 2009; Charach & Fernandez, 2013; Powell et al., 2015).

Er bestaan verschillende visies op wat ADHD nou eigenlijk precies is, en deze visies zijn grofweg te verdelen in een meer biomedisch dan wel een meer (ortho)pedagogisch perspectief (Batstra et al., 2020). Binnen de biomedische visie is er relatief weinig aandacht voor de nadelen van ADHD classificaties en medicatie. Desalniettemin was deze visie de afgelopen decennia dominant. Dit heeft mogelijk bijgedragen aan de toename in het

medicatiegebruik onder kinderen met een ADHD-classificatie. De biomedische visie gaat er vanuit dat ADHD een chronische hersenziekte is die je het beste zo vroeg mogelijk kunt opsporen en behandelen met medicatie (Barkley, 2006; Buitelaar & Paternotte, 2013; Hoogman et al., 2017; Biederman 2005; Williams et al., 2010). In veel studieboeken, kinderboeken, kranten en op internet en televisie wordt ADHD veelal belicht vanuit de biomedische visie (Batstra et al., 2020; Gonon et al., 2012; Ponnou & Gonon, 2017; Mitchell & Read, 2011; Te Meerman et al., 2017).

De orthopedagogische visie op ADHD bekijkt ADHD-gedrag vanuit een sociale context, waarbij de omgeving en het kind niet goed zijn afgestemd op elkaar. Behandeling richt zich zodoende op ondersteuning aan volwassenen rondom een kind, waarbij er geen medicatie wordt gepromoot (Batstra, 2017; Coles et al., 2020; Fabiano et al., 2009; Macphee et al., 2017). Binnen de orthopedagogische visie pleit men voor terughoudendheid met psychiatrische labels voor kinderen, en voor het in eerste instantie hulp bieden zonder kindgebonden classificatie (Batstra et al., 2014).

De visie die volwassenen op ADHD hebben staat mogelijk in relatie met de ervaren zelfeffectiviteit bij het omgaan met drukke kinderen. Zelfeffectiviteit is het vertrouwen van mensen in hun eigen bekwaamheid (van Beek, 2015). Vanuit de biomedische visie bekeken is ADHD een chronische hersenziekte die hyperactief, impulsief en ongeconcentreerd gedrag veroorzaakt en waarbij een behandeling met medicatie de voorkeur heeft (Durstun, 2007). Bij deze individuele kindgerichte aanpak hebben opvoeders en professionals weinig invloed op het gedrag. De orthopedagogische visie ziet ADHD als een beschrijvende classificatie, waarbij ADHD de benaming is voor hyperactief, impulsief en ongeconcentreerd gedrag. De oorzaak wordt gezien in een mismatch tussen het kind en de omgeving. Bij deze visie ervaren opvoeders en professionals mogelijk meer zelfeffectiviteit en invloed op het gedrag (Batstra et al., 2017).

Er is veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar het handelen van leerkrachten en ouders bij ADHD-problematieken. Ook zijn er trainingen voor leerkrachten en ouders over gedragsinterventies bij drukke kinderen (Hart et al., 2016; Hornstra et al., 2021; Pieterse et al., 2013). Daarentegen is er tot heden weinig onderzoek verricht bij pedagogisch medewerkers in de kinderdagopvang. Ook worden er weinig trainingen gegeven aan deze beroepsgroep. Echter, pedagogisch medewerkers hebben ook te maken met kinderen met druk gedrag in de groep. Daarnaast vraagt de maatschappij steeds meer van pedagogisch medewerkers en worden ouders steeds kritischer over de opvoeding en vorming binnen de kinderopvang (Van der Woude, 2021). Zodoende is ook voor pedagogisch medewerkers ondersteuning bij de omgang met kinderen met druk gedrag van belang (Nederlands Jeugdinstituut, 2011).

Het 'Druk en Dwars' project van de Rijksuniversiteit Groningen richt zich niet alleen op opvoeders en leerkrachten, maar ook op pedagogisch medewerkers. Het doel van het project is om de overheersende biomedische visie in de maatschappij te verschuiven richting een meer pedagogische visie, zodat opvoeders en professionals meer grip krijgen op kinderen met druk en dwars gedrag door hun eigen handelen en de context aan te passen. Een ander doel van het project is om door de transitie in visie en het bieden van cursussen en trainingen voor het omgaan met druk en dwars gedrag het aantal ADHD-classificaties en hiermee ook het aantal kinderen dat medicatie gebruikt te verminderen (<https://drukendwars.nl/>).

Het huidige onderzoek richt zich op het effect van de training van Druk en Dwars op de visie en de zelfeffectiviteit van pedagogisch medewerkers. Ook poogt het onderzoek inzicht te verkrijgen in het verband tussen van de mate van waardering van de training en het effect van de training. De hypothese is dat de Druk en Dwars training voor een meer orthopedagogische visie zorgt, aangezien de training geschreven is vanuit deze visie. Ook is de verwachting dat de training voor een verhoging van het gerapporteerde gevoel van zelfeffectiviteit zorgt. Tenslotte is de verwachting dat een hogere waardering van de training zal samenhangen met een groter effect ervan.

Gezien het feit dat er tot heden weinig onderzoek is verricht naar pedagogisch medewerkers, is het van wetenschappelijk belang om dit onderzoek te verrichten. Daarnaast is het van maatschappelijk belang, aangezien pedagogisch medewerkers ook veel te maken hebben met drukke en dwarse kinderen en hier tot heden weinig scholing over hebben gehad. Het is zodoende interessant om te onderzoeken of de training zorgt voor een toename in de ervaren zelfeffectiviteit en voor een meer orthopedagogische visie op ADHD. Wanneer dit het geval is kan de training gepromoot worden op meer kinderdagverblijven en buitenschoolse opvangen in het land. De volgende hoofdvraag en deelvragen worden er in dit onderzoek onderzocht:

- *Wat is de invloed van de Druk en Dwars training op de visie en zelfeffectiviteit van pedagogisch medewerkers ten opzichte van ADHD en hangt de mate van waardering van de training samen met het effect ervan?*
  - *Zorgt de Druk en Dwars training voor een meer orthopedagogische visie van de pedagogisch medewerkers op ADHD en druk en dwars kindgedrag?*
  - *Zorgt de Druk en Dwars training voor een groter gerapporteerd gevoel van zelfeffectiviteit van pedagogisch medewerkers in de omgang met ADHD en druk en dwars kindgedrag?*

- *Hangt de mate van waardering voor de training samen met het effect ervan op de visie op ADHD en de ervaren zelfeffectiviteit van pedagogisch medewerkers ten opzichte van kinderen met druk en dwars gedrag?*

## **2. Theoretisch kader**

In het theoretisch kader zal er dieper worden ingegaan op de discutabele aannames van de dominante biomedische visie op ADHD. Vervolgens zal de orthopedagogische visie worden belicht en de rol van zelfeffectiviteit in de omgang met kinderen met druk en dwars gedrag. Ten slotte wordt er dieper ingegaan op het belang van pedagogisch medewerkers bij de omgang met kinderen met druk en dwars gedrag.

### **2.1 Discutabele biomedische aannames**

**2.1.1 ADHD zit in je genen** Volgens de biomedische visie is ADHD in sterke mate erfelijk, namelijk rond de 76% (Biederman & Faraone, 2005; Martin et al., 2002; Rietveld et al., 2004; Rhee et al., 1999). Dit percentage is afkomstig van tweelingstudies. Tweelingstudies kunnen echter niet goed de invloed van erfelijke factoren en omgevingsfactoren bij het ontstaan van ADHD onderscheiden (Batstra, 2017). Er wordt ten onrechte beweerd dat de oorzaak van ADHD in de genen zit aangezien eeniige tweelingen vaker beide aan de ADHD criteria voldoen dan twee-eiige tweelingen. Hiermee wordt verondersteld dat eeniige tweelingen en twee-eiige tweelingen onder dezelfde omstandigheden groot gebracht worden. Dit is echter niet het geval, aangezien bekend is dat de omgeving eeniige tweelingen veelal gelijker behandeld dan twee-eiige tweelingen (Furman, 2008). Moleculaire genetische studies hebben de beperking van de tweelingstudies niet. Deze moleculaire genetische studies geven erfelijkheidspercentages van lager dan 10% aan; een groot contrast met het 76% erfelijkheidspercentage afkomstig van tweelingstudies (Batstra, 2017). Ondanks het feit dat moleculaire genetische studies nauwkeuriger zijn, geven veel Nederlandse academische studieboeken en ander voorlichtingsmateriaal eenzijdig de hoge schattingen uit tweelingstudies weer zonder de lage cijfers uit de moleculaire studies te benoemen. Dit heeft geleid tot een algemene overschatting van de rol van genetica bij ADHD (Te Meerman et al., 2017).

**2.1.2 ADHD zit in de hersenen** “ADHD is gewoon een hersenziekte” luidde een krantenkop van de Trouw enkele jaren geleden (Waterval, 2017). In dezelfde periode schreef de Radboud UMC op haar website: “Bij mensen met ADHD zijn vijf hersengebieden



kleiner dan bij mensen zonder ADHD. De verschillen zijn het duidelijkst bij kinderen en minder groot bij volwassenen.” (Radboud, 2017). Deze conclusies zijn afkomstig van een grootschalig neuro-imaging studie bij mensen met ADHD. Echter, bij deze en vele andere hersenonderzoeken is er sprake van verwaarloosbare kleine groepsverschillen die onterecht naar het individu worden getrokken, waardoor er onjuiste conclusies getrokken worden (Batstra et al., 2017). Een grootschalige analyse van alle hersenstudies heeft laten zien dat er geen neurobiologische oorzaken in de hersenen van individuen te vinden zijn bij psychiatrische stoornissen (Kupfer et al., 2002). Ondanks dit gegeven is deze biomedische visie op de oorzaak van ADHD nog steeds dominant in studieboeken, wetenschappelijke artikelen, voorlichtingsmateriaal en op websites (Batstra, 2017).

**2.1.3 ADHD als oorzaak** De biomedische visie ziet ADHD als een hersenafwijking die hyperactiviteit, impulsiviteit en concentratieproblemen veroorzaakt en verklaart (Biederman & Faraone, 2005). ADHD is echter een gedragsdiagnose en zodoende slechts de benaming voor het gedrag. Ten onrechte wordt het label ADHD, zoals vele andere psychiatrische labels, als een verklaring voor problematisch gedrag gezien. Deze cirkelredenering komt regelmatig voor (Batstra, 2017). In 2005 lanceerde bijvoorbeeld het tijdschrift de Lancet een artikel waarin werd beweerd dat ADHD resulteert in hyperactiviteit, impulsiviteit en aandachtsproblemen (Biederman & Faraone, 2005). Ook ADHD-expert Barkley (2006) schrijft in zijn handboek dat ADHD de symptomen van de patiënten verklaart. Wanneer ADHD als oorzaak van ADHD wordt gezien, bestaat het gevaar dat echte mogelijke causale factoren over het hoofd worden gezien (Batstra, 2017; Nieweg, 2005). Zo is het ontstaan van aandachtsproblemen en hyperactiviteit vaak een samenspel tussen risicofactoren en beschermende factoren op het niveau van het kind én de omgeving (Durlak, 1999; Vanderbilt-Adriance & Shaw, 2008). Voorbeelden van risicofactoren op het niveau van de opvoeding en het gezin betreffen echtscheiding, eenoudergezinnen, psychische problematiek bij ouders en autoritaire en onverschillige opvoedingsstijlen (Harris, 1999; Lange, 2006; Rigter, 2008). Het wetenschappelijk onderzoek van Russell en collega's (2016) laat zien dat kinderen uit gezinnen met een laag sociaal-economische status twee keer vaker een ADHD classificatie krijgen dan kinderen uit rijkere gezinnen.

**2.1.4 ADHD en medicatie** De biomedische visie ziet ADHD als een stoornis in de hersenen waarbij de remfunctie onvoldoende functioneert vanwege een tekort aan dopamine en noradrenaline (Barkley, 2006; Biederman & Faraone, 2005). Methylfenidaat verbetert

de metabole activiteit in de voorste hersengebieden en remt de heropname van dopamine en noradrenaline, waardoor de concentratie van deze neurotransmitters in de hersenen toeneemt (Buitelaar & Paternotte, 2013). Medicatie zorgt op de korte termijn voor een vermindering van ADHD-symptomen. Het onderzoek van Rapoport en Inoff-Germain (2002) laat echter zien dat methylfenidaat bij zowel kinderen met als zonder ADHD positieve gedragseffecten heeft. Desondanks wordt de conclusie getrokken dat een tekort aan dopamine en noradrenaline bij kinderen met de diagnose ADHD druk en impulsief gedrag veroorzaakt (Volkow et al., 2007). Deze dopamine-tekort theorie is breed gedragen (Swanson et al., 2007), maar ook discutabel en zelfs achterhaald (Batstra, 2017; Gonon, 2009).

Een grootschalig Amerikaans onderzoek naar de effecten van verschillende behandelwijzen van ADHD laat zien dat een intensieve behandeling met medicatie na 14 maanden meer effect heeft dan gedragsbehandeling (A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies, 1999). Echter, de follow-up studies van hetzelfde onderzoek laten zien dat na 24 maanden het voordeel van medicatie gehalveerd was en na 36 maanden volledig verdwenen was (Jensen et al., 2007). Het follow-up onderzoek na 16 jaar bevestigt deze bevinding en laat zien dat de groep die langdurig medicatie is blijven gebruiken evenveel ADHD gedrag laat zien als degenen die gestopt zijn met de medicatie of het nooit gehad hebben (Swanson et al., 2017). Ook andere longitudinale onderzoeken bevestigen dat medicatie op de lange termijn niet werkzaam is (Riddle et al., 2013). Bovendien zorgt medicatie vaak niet voor verbeteringen in de schoolprestaties en het sociale functioneren (Kortekaas-Rijlaarsdam et al., 2018; Prins & Van der Oord, 2008). Een recente meta-analyse van Carucci en collega's (2021) toont aan dat gebruik van medicatie het risico op groeivertraging en een afnemende gewichtstoename vergroot. Verder kan medicatie zorgen voor een verhoogde bloeddruk en hartslag, waardoor het risico op cardiovasculaire problemen toeneemt (Hennissen et al., 2017).

Ondanks de follow-up resultaten van het grootschalige Amerikaanse onderzoek is medicatie nog steeds de dominante behandelwijze bij ADHD in Nederland en andere Westerse landen (Nieweg, 2010). De weinige aandacht voor de follow-up resultaten heeft mogelijk te maken met de overheersende biomedische visie in de psychiatrie, belangen van farmaceutische bedrijven, overgrote klassen en passend onderwijs en belangen van patiëntenverenigingen (Batstra, 2017; Nieweg, 2010).

## 2.2 Orthopedagogische visie

Naast de biomedische visie bestaat de orthopedagogische visie. In deze visie wordt het ontstaan van druk en impulsief gedrag gezien als een samenspel tussen kind en omgeving, waar bij de behandeling naar de gehele context van het kind wordt gekeken (Batstra, 2017; Knorth, 2017). Sinds de invoering van de nieuwe Wet op de Jeugdhulpverlening is het tevens een wettelijke eis dat een kind in zijn bredere context bekeken moet worden (Pont, 2017). Bij het ontstaan van het drukke en impulsieve gedrag kunnen namelijk verscheidene factoren een rol spelen, zoals echtscheiding (Allen, 2010), lage sociaal-economische status (Russell et al., 2016) en opvoedingsstijlen (Rigter, 2008).

De orthopedagogische visie wil enerzijds overdiagnostiek en anderzijds onderbehandeling voorkomen, zodat er een veilig evenwicht ontstaat. Dit wordt gedaan met de stepped diagnoses benadering in combinatie met de stepped care behandeling. Bij stepped care wordt er bij druk gedrag eerst een lichte, goedkope en veilige behandeling ingezet. Wanneer deze behandeling onvoldoende effect heeft, wordt er overgegaan op zwaardere en duurdere vormen van behandeling, zoals trainingen voor ouders, leerkrachten en andere opvoeders. Medicatie is een laatste redmiddel. Stepped diagnoses geeft aan dat er bij mildere behandelingen niet direct een classificerende diagnose wordt gesteld (Batstra, 2017). Deze aanpak sluit aan bij de oproep van de Gezondheidsraad in 2014 om het gedrag van kinderen te normaliseren en te demedicaliseren (Sluiter, 2021; Ministerie van Financiën, 2014).

Er zijn veel psychosociale interventies die bewezen effectief zijn in het verminderen van ADHD-gedragingen. De meest bekende behandeling is gedragstherapie voor ouders, leerkrachten en andere opvoeders van het kind. Bij gedragstrainingen voor ouders worden er leerprincipes aangeleerd in de omgang met het kind, waarbij het belonen van gewenst gedrag en het straffen van ongewenst gedrag een belangrijke rol spelen. Kortdurende gedragstrainingen voor ouders verbeteren de sociale vaardigheden en blijken effectief in het verminderen van ADHD-problematieken (Chacko et al., 2009; Charach et al., 2013; Evans et al., 2017; Loren et al., 2013; Pelham & Fabiano, 2008). Volgens het onderzoek van Miranda, Jarque, en Rosel (2006) is een gedragstraining voor ouders, in tegenstelling tot een medicamenteuze behandeling, een effectieve methode om hyperactiviteit en impulsiviteit van het kind te verminderen.

Ook zijn er psychosociale interventies voor leerkrachten. Volgens verscheidene effectstudies hebben leerkrachtinterventies die gebaseerd zijn op gedragstherapeutische methoden een gunstig effect op het bevorderen van het sociaal functioneren en het verminderen van ADHD-gedragingen (Chronis et al., 2006; DuPaul & Weyandt, 2006; Miranda, Jarque,

Rosel, 2006; Pieterse et al., 2013). Zo laat het onderzoek van Fabiano en collega's (2010) zien dat klassikale gedragsinterventies, zoals een 'daily report card' in combinatie met adviesgesprekken met leerkrachten, zorgt voor vermindering van externaliserende gedragsproblemen en een verbetering van sociale en academische vaardigheden van kinderen.

### **2.3 Zelfeffectiviteit**

Wanneer ouders en educatieve professionals ADHD zien als erfelijk hersendefect waar medicatie voor nodig is dan zullen ze wellicht minder invloed op het drukke en ongeconcentreerde gedrag ervaren (Meerman et al., 2017). Veel ouders en leerkrachten geven bovendien aan problemen te ervaren in de omgang met kinderen met ADHD (Theule et al., 2010; Walter et al., 2006). Daarnaast geven leerkrachten aan dat hun kennis over ADHD gering is en dat ze zich onvoldoende bekwaam voelen in de omgang met dit gedrag (Sciutto et al., 2016; Walter et al., 2006).

Binnen de orthopedagogische visie is er veel meer ruimte voor de invloed van volwassenen in de context van een kind (Meerman et al., 2017). De behandelingen zijn zodoende gericht op de opvoeders en educatieve professionals. Volgens het onderzoek van Loren en collega's (2013) hebben ouders na het volgen van een gedragstraining meer zelfvertrouwen in de omgang met kinderen met ADHD. Latouche en Gascoigne (2019) en Jarque Fernández en collega's (2021) geven aan dat ook leerkrachten na het volgen van een gedragstraining meer zelfeffectiviteit ervaren en dat de kennis over ADHD vergroot is.

### **2.4 Pedagogisch medewerkers**

Wanneer er bij de oorzaak en de behandeling van druk en ongeconcentreerd gedrag gekeken wordt naar de gehele context van een kind, is het opmerkelijk dat er weinig aandacht is voor de rol van de pedagogisch medewerker. In tegenstelling tot leerkrachten worden pedagogisch medewerkers nauwelijks betrokken bij onderzoeken en trainingen terwijl ook pedagogisch medewerkers te maken hebben met kinderen met druk en ongeconcentreerd gedrag (Van der Woude, 2021). Zo blijkt uit een onderzoek van het Landelijk Kwaliteitsmonitor Kinderopvang (2019) dat 6% van de kinderen op de kinderopvang extra zorg nodig heeft in verband met gedragsproblemen, maar dat de kinderopvang de juiste zorg meestal niet kan bieden gezien de beperkte kennis en financiële middelen. Tevens is de kinderopvang de afgelopen 25 jaar enorm in omvang gegroeid. Dit betekent dat steeds meer kinderen tijd doorbrengen bij de pedagogisch medewerker en de pedagogisch medewerker zodoende een prominentere rol inneemt in het leven van vele kinderen (Landelijke Kwaliteitsmonitor Kinderopvang, 2019). Bovendien vraagt

de maatschappij steeds meer van pedagogisch medewerkers en is de maatschappij steeds kritischer over de opvoeding en vorming binnen de kinderopvang (Van der Woude, 2021).

De weinige aandacht voor de pedagogisch medewerker heeft mede te maken met de huidige cao Kinderopvang die de professionalisering van pedagogisch medewerkers lastig maakt. Een recent artikel van het onafhankelijk onderzoeks- en adviesbureau Sardes laat zien dat leerkrachten bij een voltijdsaanstelling 600 niet-groepsgebonden uren per jaar krijgen voor overleggen, reflecteren en bijscholen, terwijl pedagogisch medewerkers maar 50 niet-groepsgebonden uren per jaar krijgen. Een tegenstrijdige beslissing, gezien het grote publieke belang van de kinderopvang binnen onze maatschappij (Landelijke Kwaliteitsmonitor Kinderopvang, 2019).

Het huidige onderzoek richt zich op pedagogisch medewerkers, zodat ook deze doelgroep een plek krijgt binnen de onderzoekswereld.

### **3. Methode**

#### **3.1 Onderzoeksdesign**

Dit onderzoek naar het effect van de Druk en Dwars training op de visie en zelfeffectiviteit van pedagogisch medewerkers betreft een kwantitatief quasi-experimenteel onderzoek. Bij dit type onderzoek is gepoogd een oorzaak-gevolgrelatie vast te stellen. Het is een quasi-experimenteel onderzoek, aangezien er geen sprake is van randomisatie. De participanten hebben zelf gekozen of ze meededen aan de experimentele- of de controlegroep.

#### **3.2 Participanten**

Het onderzoek is gedaan bij pedagogisch medewerkers van de kinderdagverblijven en de buitenschoolse opvang van de Stichting Kinderopvang Stad Groningen (SKSG). SKSG is een organisatie met tientallen buitenschoolse opvanglocaties (BSO) en kinderdagverblijven (KDV) in de provincie Groningen. Door middel van werving, een oproep in de SKSG nieuwsbrief, zijn de pedagogisch medewerkers van de SKSG participanten geworden in het onderzoek. Er is sprake geweest van een zelfselectie, aangezien de participanten zelf hebben gekozen of ze deelnemen aan de training en het onderzoek of niet.

De steekproef omvatte bij aanvang van het onderzoek 65 participanten, waarvan 40 (61,5%) in de experimentele groep en 25 (38,5%) in de controle groep. De participanten zijn afkomstig van 28 SKSG-locaties in de provincie Groningen. Hiervan zijn er 31 (47,7%) werkzaam in de BSO, 9 (13,8%) werkzaam in de KDV en 19 (29,2%) werkzaam in zowel de

BSO als de KDV. Van alle participanten hebben 39 (60%) een MBO opleiding, 18 (27,7%) een HBO opleiding, 1 (1,5%) een WO opleiding en 1 (1,5%) een andersoortige opleiding afgerond. De gehele steekproef omvatte 51 (78,5%) vrouwen, 8 (12,3%) mannen en 6 (9,2%) ongespecificeerd. De gemiddelde leeftijd van de steekproef is 35 jaar, waarvan de jongste participant 18 jaar is en de oudste participant 61 jaar is. Het gemiddelde aantal jaren werkervaring in de kinderopvang in de steekproef is 8 jaar, waarvan het minste jaren werkervaring 0 jaar is en de meeste 35 jaar is.

### **3.3 Procedure**

De training, bestaande uit zes bijeenkomsten, is ontwikkeld en gegeven door het Druk en Dwars team. Druk en Dwars is een organisatie die voorlichting, trainingen en ondersteuning geeft aan ouders, leerkrachten en pedagogisch medewerkers. Een trainingsgroep bestaat uit tien tot vijftien pedagogisch medewerkers die geregistreerd zijn bij de SKSG. De trainingen zijn gegeven door geselecteerde en speciaal ingetraineerde specialisten, zoals orthopedagogen, psychologen, onderwijskundigen en preventie- en agressietrainers. Het doel van de training is de visie op ADHD proberen te veranderen van een biomedisch naar een meer orthopedagogische zienwijze.

Er zijn drie meetmomenten geweest om de effecten van het training in kaart te brengen: voorafgaand aan de training (voormeting), direct na de training (nameting) en bij de follow up (zes tot tien weken na training). De follow-up is ingesteld om erachter te komen of de training op langer termijn ook nog effect heeft. Bij de meetmomenten zijn er papieren vragenlijsten ingevuld door de experimentele- en de controlegroep. Deze vragenlijsten zijn gekozen en ontwikkeld door de onderzoekers van het Druk en Dwars team en meten de visie en de zelfeffectiviteit van de pedagogisch medewerkers ten opzichte van ADHD en kinderen met druk en dwars gedrag. Ook worden de waardering van de cursus en enkele algemene kenmerken van de participanten bevraagd.

De participanten uit de experimentele groep zijn onderverdeeld in drie groepen die op verschillende momenten de Druk & Dwars training volgen. Om een controlegroep te verkrijgen is aan elke deelnemer aan de cursus gevraagd om een collega te benaderen als controle. Bij voorkeur gaat het om een collega die vergelijkbaar is qua leeftijd en jaren werkervaring. De collega van de cursist heeft in dezelfde weken als de cursist de voormeting, nameting en follow up ingevuld. Inclusiecriteria voor de controles zijn naast werkzaam zijn in de kinderopvang dat ze niet eerder hebben deelgenomen aan een training van Druk & Dwars.

### 3.4 Meetinstrument

De vragenlijst bestaat uit algemene vragen en stellingen (bijlage 1, 2, 3, 4, 5). De algemene vragen gaan over het geslacht, de leeftijd, vooropleiding, werkplek, aantal jaren werkervaring en eigen geschatte voorkennis van de pedagogisch medewerkers en de gerapporteerde waardering van de training. De stellingen betreffen een 4-punts Likertschaal (1= helemaal oneens, 2= deels oneens, 3=deels eens, 4=helemaal eens). De eerste acht stellingen gaan over de visie en de volgende tien stellingen gaan over de zelfeffectiviteit. De vragen over de visie zijn opgesteld door het team van Druk & Dwars en worden gesteld vanuit de biomedische visie op ADHD. Een minimumscore van 8 toonde voornamelijk een biomedische visie aan en een maximumscore van 32 toonde voornamelijk een orthopedagogische visie aan. De stellingen over de zelfeffectiviteit zijn opgesteld aan de hand van de Teacher Self-Efficacy Scale (Schwarzer, Schmitz, Daytner, 1999) en meten de mate waarin pedagogisch medewerkers het gevoel hebben dat ze invloed kunnen uitoefenen op het drukke gedrag van kinderen. Hoe hoger de score op de zelfeffectiviteit, hoe meer pedagogisch medewerkers het gevoel hebben dat ze grip hebben op het drukke gedrag van kinderen. Hierbij is een maximale score van 40, wat een hoge mate van zelfeffectiviteit weergeeft en een minimale score van 10, wat een lage zelfeffectiviteit weergeeft. De variabele waardering is gemeten met een score tussen 1 en 10. De pedagogisch medewerkers is gevraagd de training te beoordelen met een cijfer. Hoe hoger de score, hoe meer waardering de pedagogisch medewerkers voor de training hebben.

Per meetmoment is de Cronbach's Alfa (bijlage 7) berekend om te bekijken in hoeverre de stellingen hetzelfde meten (interne consistentie). De schaal waarmee de visie op ADHD wordt gemeten kan bij de voormeting (acht items,  $\alpha = .635$ ), nameting (acht items,  $\alpha = .860$ ) en follow-up (acht items,  $\alpha = .859$ ) als betrouwbaar beschouwd worden (Bland & Altman, 1997). De schaal waarmee zelfeffectiviteit in de omgang met ADHD wordt gemeten kan bij zowel de nameting (tien items,  $\alpha = .731$ ) als de follow-up (tien items,  $\alpha = .812$ ) als betrouwbaar worden geschouwd (Bland & Altman, 1997). Daarentegen is de schaal zelfeffectiviteit bij de voormeting niet betrouwbaar (acht items,  $\alpha = .597$ ) (Bland & Altman, 1997).

### 3.5 Onderzoeksvariabelen

De onafhankelijke variabele (categorisch niveau) in het onderzoek is 'wel of geen training'. De afhankelijke variabelen zijn de 'visie' op ADHD en de ervaren 'zelfeffectiviteit' in de omgang met ADHD en druk en dwars gedrag (interval niveau). Als mogelijk modererende

variabelen is de mate van waardering van de training meegenomen (cijfer op een schaal van 1 tot en met 10). Door de toevoeging van een controlegroep wordt er gecontroleerd voor ‘tijd’ (voormeting, nameting, follow-up).

### 3.6 Statische analyse

De resultaten zijn ingevoerd in het programma Statistic Package for the Social Sciences versie 28.0 (SPSS 28.0). Allereerst is de beschrijvende statistiek uitgevoerd. Vervolgens is de betrouwbaarheid van de vragenlijst voor de schalen visie en zelfeffectiviteit op de voormeting, nameting en follow-up getoetst aan de hand van de Cronbach's Alfa.

Voor het analyseren van de data van de eerste deelvraag “*Zorgt de Druk en Dwars training voor een meer orthopedagogische visie van de pedagogisch medewerkers op ADHD en druk en dwars kindgedrag?*” zou in eerste instantie de mixed ANOVA worden uitgevoerd. Het databestand bleek echter te bestaan uit 28,2% missende data die niet meegenomen wordt in de mixed ANOVA analyse. Aan de hand van een multiple imputation kan de missende data door SPSS 28.0 worden ingevuld. Ter controle van een mogelijke multiple imputation is het patroon van de missende data getoetst (bijlage 8). De getoetste missende data laat een systematisch patroon zien, waardoor de multiple imputation niet wenselijk wordt geacht aangezien de kans op bias wordt vergroot (Dziura et al., 2013; Higgins & Green, 2011). Zodoende is er overgegaan op onafhankelijke t-toetsen. Onafhankelijke t-toetsen worden ingezet om de gemiddelden van twee onafhankelijke groepen met elkaar te vergelijken (Van Geloven, 2016), in dit geval de experimentele groep die de training kreeg en een controle groep die de training (nog niet kreeg). De onafhankelijke t-toetsen zijn met een  $\alpha = .05$  uitgevoerd.

Voorafgaand zijn de assumpties, onafhankelijkheid van de groepen en normaliteit van de afhankelijke variabele visie voor beide groepen, van de onafhankelijke t-toets gecontroleerd. Aan de assumptie onafhankelijkheid is voldaan aangezien de controle- en experimentele groep apart van elkaar geworven zijn. Vervolgens is gecontroleerd voor de normaliteit per groep van de afhankelijke variabele visie per meetmoment door het maken van histogrammen, QQ-plots en boxplots en het berekenen van de Shapiro-Wilk test (bijlage 9). Volgens de Shapiro-Wilk test tonen de resultaten van de nameting en follow-up van beide groepen geen bewijs voor een niet-normale verdeling van de afhankelijke variabele visie. Ook veronderstelt de visuele data bij benadering een normale verdeling. Echter, de Shapiro-Wilk test toont een niet normale verdeling bij de voormeting van de experimentele groep ( $W(31) = 0.921, p < .05$ ). Ook de histogram, QQ-plot en de boxplot laten een niet geheel normale verdeling zien. Aangezien één van de groepen van de voormeting niet voldoet aan de assumptie van normaliteit wordt de



onafhankelijke t-toets niet uitgevoerd bij de voormeting. De Mann-Whitney U toets is een alternatief voor de onafhankelijke t-toets. Een voordeel van de Mann-Whitney U toets is dat het geen normaal verdeelde data veronderstelt (Leard Statistics, 2018). Om de gelijkheid van de experimentele en de controlegroep bij de voormeting vast te stellen wordt zodoende de Mann-Whitney U toets ingezet. Bij zowel de nameting als de follow-up voldoen beide groepen aan de assumptie van normaliteit van de afhankelijke variabele visie, waardoor onafhankelijke t-toetsen ingezet kunnen worden om de gemiddelde score op visie van beide groepen bij beide metingen te vergelijken. De follow-up is ingesteld om het effect van de training voor langere tijd te onderzoeken. De grootte van het effect wordt berekend met de Hedges'  $g$  in plaats van de Cohen's  $d$ , aangezien de Hedges'  $g$  nauwkeuriger is bij kleine groepen en ongelijke groepsaantallen (Grissom & Kim, 2005; McGrath & Meyer, 2006).

Voor het analyseren van de data van de tweede deelvraag "*Zorgt de Druk en Dwars training voor een groter gerapporteerd gevoel van zelfeffectiviteit van pedagogisch medewerkers in de omgang met ADHD en druk en dwars kindgedrag?*" zou in eerste instantie ook de mixed ANOVA worden uitgevoerd. Echter, gezien de missende data is er, net zoals bij de voorgaande deelvraag, voor gekozen om onafhankelijke t-toetsen te gebruiken om de score op zelfeffectiviteit van de experimentele en de controlegroep met elkaar te vergelijken (voormeting versus nameting en voormeting versus follow-up), waarbij de toets als eerst is uitgevoerd bij de voormeting om zodoende de gelijkheid van beide groepen bij de start van het onderzoek vast te stellen. Voorafgaand is de assumptie van normaliteit gecontroleerd met visuele data en de Shapiro-Wilk test. De Shapiro-Wilk test toont aan dat de voormeting voldoet aan de assumptie van normaliteit voor beide groepen (bijlage 10). Echter, zowel de nameting ( $W(28) = 0.793, p < .001$ ) als de follow-up van de experimentele groep ( $W(27) = 0.819, p < .001$ ) voldoen niet aan de normaliteit assumptie. Dit beeld wordt bevestigd door de histogrammen en QQ-plots. Bovendien laten de boxplots zien dat er sprake is van extreme uitbijters bij de nameting en follow-up van de experimentele groep (bijlage 10.4.3; bijlage 13.4.5). Om de invloed van de uitbijters te toetsen is de normaliteitstest nogmaals uitgevoerd zonder uitbijters. Hieruit blijkt dat de uitbijter bij zowel de nameting als de follow-up voor verschillen in de normale verdeling zorgt, aangezien na verwijdering van de uitbijters de data normaal verdeeld is (bijlage 10; bijlage 10.5.1; bijlage 10.5.2). Er is gekozen om de uitbijter (participant 6) uit de follow-up en de uitbijter (participant 40) uit de nameting van de experimentele groep te verwijderen. Er is zodoende bij alle metingen en groepen voldaan aan de assumptie van normaliteit, waardoor de onafhankelijke t-toetsen uitgevoerd konden worden.

Voor het analyseren van de derde deelvraag “*Hangt de mate van waardering voor de training samen met het effect ervan op de visie op ADHD en de ervaren zelfeffectiviteit van pedagogisch medewerkers ten opzichte van kinderen met druk en dwars gedrag?*” wordt er een correlatie analyse uitgevoerd tussen de variabele ‘waardering’ (cijfer tussen 1 en 10) enerzijds en de variabele ‘verschilscore VM-NM visie’ en ‘verschilscore VM-NM zelfeffectiviteit’ van de experimentele groep anderzijds. De correlatie wordt berekend met de Spearman’s rho, aangezien één van de variabelen, waardering, op ordinaal niveau gemeten wordt. Daarnaast toont de Shapiro-Wilk test een significant bewijs voor een niet-normale verdeling van de variabele waardering ( $W(23) = .909, p = .0039$ ). Dit beeld wordt bevestigd door visuele data (bijlage 11.3). In tegenstelling tot de Pearson’s r, hoeft de parametrische Spearman’s rho niet aan de assumptie van normaliteit te voldoen (Field, 2018). De correlatie-analyse is met een  $\alpha = .05$  uitgevoerd.

### **3.7 Ethische aspecten**

Het onderzoek is goedgekeurd door de Ethische Commissie Gedrags- en Maatschappijwetenschappen van de Rijksuniversiteit van Groningen. Voorafgaand aan het onderzoek zijn de pedagogische medewerkers op papier en mondeling op de hoogte gebracht van het doel van het onderzoek, de verwerking van de gegevens en de privacy rechten (bijlage 6). De pedagogisch medewerkers die zowel mondeling als schriftelijk toestemming hebben gegeven, zijn participanten geworden in het onderzoek (informed consent). Te allen tijde mochten de participanten stoppen met het onderzoek. In het kader van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) zijn er maatregelen getroffen om de privacy en de veiligheid van de participanten te waarborgen. Zo zijn de antwoorden op de vragenlijsten gedeïdentificeerd. De ingevulde vragenlijsten zijn in een gesloten kast bewaard bij de Rijksuniversiteit Groningen. Na afloop van het onderzoek worden de papieren vragenlijsten vernietigd. De gedeïdentificeerde databestanden zullen 10 jaar lang bewaard worden in de beveiligde online omgeving van de Rijksuniversiteit Groningen, waar alleen de hoofdonderzoeker professor dr. Batstra toegang tot heeft.

## 4. Resultaten

### 4.1 Effect van de Druk & Dwars training op visie

Tabel 1 laat de beschrijvende statistieken van de afhankelijke variabele visie op de voormeting, nameting en follow-up van zowel de experimentele groep als de controlegroep zien. Beide groepen hebben bij de voormeting een score op visie die iets meer biomedisch dan orthopedagogisch van aard is (score 19 en 19,65 op een schaal van 8 heel biomedisch tot 32 heel orthopedagogisch). Het gemiddelde op visie bij de voormeting is bij de experimentele nagenoeg gelijk ( $M = 19.65$ ,  $SD = 3.52$ ) aan het gemiddelde op visie bij de controlegroep ( $M = 19.00$ ,  $SD = 3.86$ ). Zoals in tabel 2 weergegeven laat de Mann-Whitney U toets zien dat het kleine verschil van 0.65 inderdaad niet significant is,  $U = 358$ ,  $z = -.497$ ,  $p = .619$ , wat betekent dat beide groepen bij de start van het onderzoek gelijk scoorden op visie. Bij de nameting gaan de scores op visie van beide groepen uit elkaar lopen. De experimentele groep heeft een gemiddelde score op visie die fors richting de orthopedagogische kant gaat ( $M = 24.75$ ,  $SD = 4.96$ ), terwijl de gemiddelde score op visie van de controlegroep nagenoeg gelijk blijft ( $M = 19.41$ ,  $SD = 3.66$ ). Een onafhankelijke t-toets laat een significant verschil zien, waarbij de experimentele groep 5.34 punten hoger scoort, 95% CI [2.53, 8.14], dan de controlegroep,  $t(43) = 3.84$ ,  $p < .001$ . De bijbehorende effectgrootte,  $g = 1.18$ , staat voor een *groot* effect (Durlak, 2009). Bij de follow-up blijft de gemiddelde score op visie van de experimentele groep meer richting de orthopedagogische kant ( $M = 24.41$ ,  $SD = 5.85$ ), terwijl de controlegroep meer biomedisch blijft ( $M = 21.10$ ,  $SD = 3.07$ ). Een onafhankelijke t-toets laat zien dat er bij de follow-up nog steeds sprake is van een significant verschil tussen beide groepen, waarbij de experimentele groep 3.31 punten hoger scoort, 95% CI [.274, 6.34], dan de controlegroep ( $t(30.4) = 2.23$ ,  $p = .034$ ). Het effect is *gemiddeld*,  $g = .627$ . (Durlak, 2009). Uit tabel 1 valt af te lezen dat de vermindering van het effect bij de follow-up ten opzichte van de nameting, niet zozeer komt doordat de experimentele groep weer ‘terugvalt’ in biomedisch denken, maar veeleer door een verschuiving in de controlegroep naar een meer orthopedagogische visie (van 19.41 naar 21.10). Daarentegen laat een gepaarde t-toets zien dat deze trend niet significant is ( $t(9) = .519$ ,  $p = .616$ ). Mogelijk heeft dit te maken met de lage aantallen door uitval. Ook het verschil tussen de nameting en follow-up score van de experimentele groep is niet significant ( $t(23) = .751$ ;  $p = .460$ ).

**Tabel 1**

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

	Tijd	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Max.	Skewness	Kurtosis
Experimenteel	Voormeting	37	19.65	3.52	13.00 - 28.00		.623	.089
	Nameting	28	24.75	4.96	12.00 - 32.00		-.888	.398
	Follow-up	27	24.41	5.85	11.00 - 32.00		-.564	-.539
Controle	Voormeting	21	19.00	3.86	12.00 - 26.00		-.006	-.866
	Nameting	17	19.41	3.66	12.00 - 26.00		-.123	-.078
	Follow-up	10	21.10	3.07	17.00 - 26.00		.228	-1.13

**Tabel 2**

*Mann-Whitney U test en onafhankelijke t toetsen voor de afhankelijke variabele visie*

		Mann-Whitney U	Levene's Test		Significance		95% CI		
		Sig.	<i>F</i>	Sig.	<i>t</i>	<i>df</i>	Two-Sided p	Lower	Upper
Totaalscore		.619							
VM									
Totaalscore	Equal variances assumed		1.57	.217	3.84	43	<.001	2.53	8.14
NM	Equal variances not assumed				4.13	41.2	<.001	2.73	7.95
Totaalscore	Equal variances assumed		5.71	.022	1.70	35	.099	-.6.56	7.27
FU	Equal variances not assumed				2.23	30.4	.034	.274	6.34

#### 4.2 Effect van de Druk & Dwars training op de zelfeffectiviteit

Tabel 3 laat de beschrijvende statistieken van de afhankelijke variabele zelfeffectiviteit op de voormeting, nameting en follow-up van zowel de experimentele groep als de controlegroep zien. Zowel de experimentele groep ( $M = 35.25$ ,  $SD = 2.86$ ) als de controlegroep ( $M = 35.57$ ,  $SD = 2.20$ ) heeft bij de voormeting een score rond de 35, wat een hoge mate van zelfeffectiviteit in de omgang met ADHD en druk en dwars gedrag weergeeft (Teeuw & Schwarzer, 2015). Zoals in tabel 4 weergegeven laat de onafhankelijke t-toets zien dat het verschil van  $-0.321$ , 95% CI  $[-1.78, 1.13]$ , tussen beide groepen in de voormeting niet significant is,  $t(55) = -0.443$ ,  $p = 0.659$ ,  $g = -0.120$ , wat betekent dat de groepen bij aanvang van het onderzoek gelijk scoorden op zelfeffectiviteit. Bij de nameting blijft de gemiddelde score op zelfeffectiviteit bij zowel de experimentele groep ( $M = 35.41$ ,  $SD = 2.26$ ) als de controlegroep ( $M = 35.65$ ,  $SD = 2.40$ ) nagenoeg gelijk aan de voormeting. Een onafhankelijke t-toets laat zien dat het verschil van  $-0.240$ , 95% CI  $[-1.68, 1.20]$ , tussen beide groepen op zelfeffectiviteit bij de nameting niet significant is,  $t(42) = -0.335$ ,  $p = 0.739$ ,  $g = -0.102$ . Ook bij de follow-up is er geen sprake van stijging op zelfeffectiviteit bij de experimentele groep ( $M = 35.85$ ,  $SD = 2.48$ ) en de controlegroep ( $M = 35.67$ ,  $SD = 1.87$ ). Een onafhankelijke t-toets laat zien dat ook het verschil van  $0.179$ , 95% CI  $[-1.48, 1.84]$ , tussen beide groepen op de follow-up niet significant is,  $t(33) = 0.198$ ,  $p = 0.844$ ,  $g = 0.075$ .

**Tabel 3**

*Beschrijvende statistieken van zelfeffectiviteit op de voormeting, nameting en follow-up*

	Tijd	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Max.	Skewness	Kurtosis
Experimenteel	Voormeting	36	35.25	2.86	28.00 - 40.00	-0.421	-0.084	
	Nameting	27	35.41	2.26	32.00 - 40.00	.618	-.266	
	Follow-up	26	35.85	2.48	31.00 - 40.00	-.186	-.742	
Controle	Voormeting	21	35.57	2.20	31.00 - 40.00	-.229	-.070	
	Nameting	17	35.65	2.40	32.00 - 40.00	.597	-.418	
	Follow-up	9	35.67	1.87	33.00 - 38.00	-.262	-.985	

**Tabel 4***Onafhankelijke t toetsen voor de afhankelijke variabele zelfeffectiviteit*

		Levene's Test				Significance	95% CI	
		<i>F</i>	Sig.	<i>t</i>	<i>df</i>	Two-Sided <i>p</i>	Lower	Upper
Totaalscore VM	Equal variances assumed	1.53	.221	-.443	55	.659	-1.78	1.13
	Equal variances not assumed			-.475	50.7	.637	-1.68	1.04
Totaalscore NM	Equal variances assumed	.032	.860	-.335	42	.739	-1.68	1.20
	Equal variances not assumed			-.330	32.6	.743	-1.72	1.24
Totaalscore FU	Equal variances assumed	1.18	.286	.198	33	.844	-1.67	2.02
	Equal variances not assumed			.227	18.5	.823	-1.48	1.84

#### 4.4 De invloed van waardering op de visie en de zelfeffectiviteit

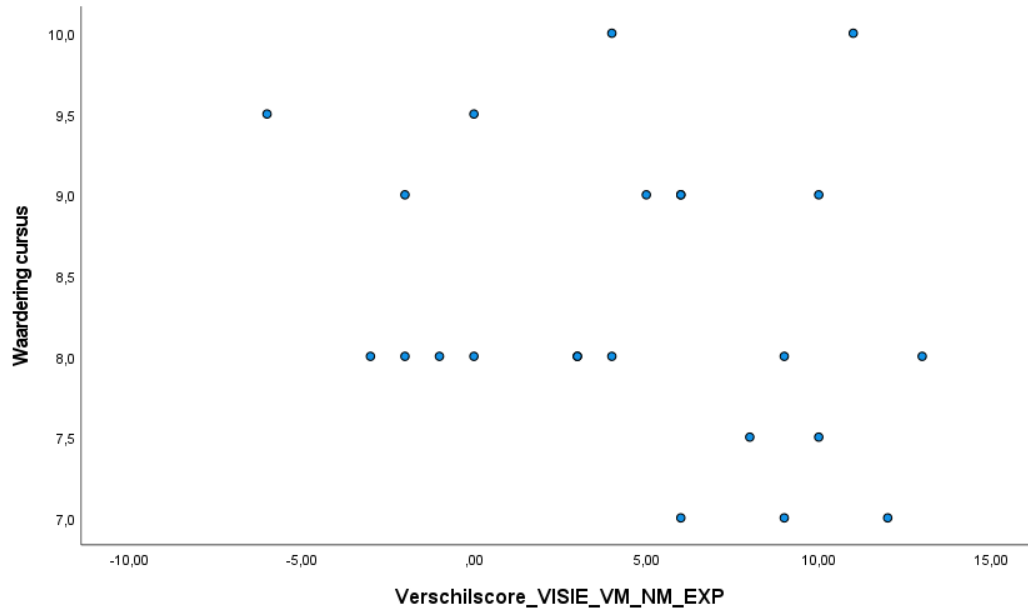
Ten eerste zijn de beschrijvende statistieken berekend van de variabelen waardering enerzijds, en verschilscore VM-NM visie en verschilscore VM-NM zelfeffectiviteit van de experimentele groep anderzijds. De scores op de variabele waardering varieerden van minimaal een 7 tot maximaal een 10 ( $N = 26$ ,  $M = 8.35$ ,  $SD = .869$ ). De verschilscore bij de voormeting-nameting op de variabele visie varieert van een minimaal verschil van -6 en een maximaal verschil van 13 ( $N = 25$ ,  $M = 4.48$ ,  $SD = 5.32$ ). Bij de verschilcores op de variabele zelfeffectiviteit liggen de scores minder ver uit elkaar, namelijk minimaal verschil van -6 en een maximaal verschil van 4 ( $N = 25$ ,  $M = -.120$ ,  $SD = .491$ ).

Voorafgaand aan het uitvoeren van de correlatie-analyse met de Spearman's rho, is de correlatie visueel onderzocht aan de hand van een scatterplot. Uit de visuele data komt naar voren dat de variabelen waardering en verschilscore VM-NM visie van de experimentele groep geen lineair of monotoon verband tonen (figuur 1). Daarnaast laat Spearman's rho zien dat er geen significante correlatie is tussen de verschilscore VM-NM visie en de waardering op de cursus,  $r = -.269$ ,  $p = .214$ . Ook is er geen lineair of monotoon verband tussen de variabelen

waardering en verschilscore VM-NM zelfeffectiviteit van de experimentele groep (figuur 2). Ook hier laat de Spearman's rho een niet-significante correlatie zien,  $r = -.176$ ,  $p = .422$ .

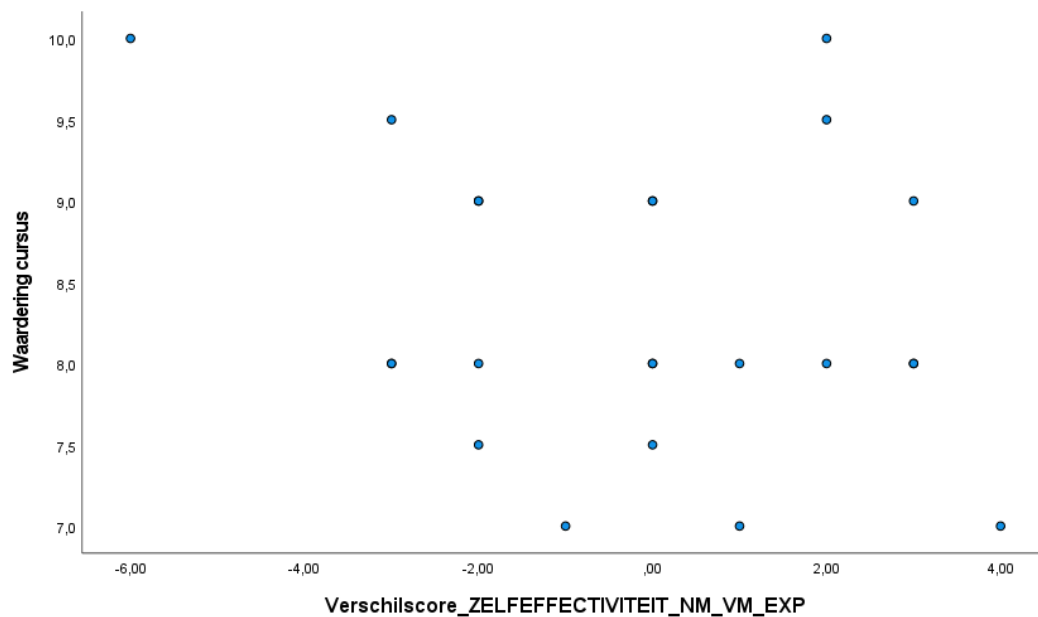
**Figuur 1**

*Scatterplot Waardering en Verschilscore VM-NM Visie van de experimentele groep*



**Figuur 2**

*Scatterplot Waardering en Verschilscore VM-NM Zelfeffectiviteit van de experimentele groep*



## **5. Conclusie en discussie**

### **5.1 Conclusie**

Het doel van het onderzoek was om zicht te krijgen op het effect van de Druk & Dwars training op de visie en ervaren zelfeffectiviteit in de omgang met kinderen met ADHD en druk en dwars gedrag van pedagogisch medewerkers. Daarnaast is de invloed van de waardering van de training op het effect ervan op de visie en de zelfeffectiviteit van pedagogisch medewerkers onderzocht.

Het huidige onderzoek vond dat in een groep van 65 pedagogisch medewerkers, voorafgaand aan de training, de visie op ADHD overwegend biomedisch was en de mate van ervaren zelfeffectiviteit zeer hoog. Het is zodoende niet verwonderlijk dat de training van 6 bijeenkomsten vanuit een orthopedagogisch perspectief geen effect had op de reeds hoge zelfeffectiviteit. De training leidde wel tot een significante verschuiving van overwegend biomedisch naar meer orthopedagogisch kijken naar ADHD. Het effect van de training op visie was *groot* (Durlak, 2009). De pedagogisch medewerkers die de training hadden gevolgd bleven bij de follow-up een meer orthopedagogische visie houden. Het maakte hierbij niet uit of pedagogisch medewerkers de training hoog of laag waardeerden. Opvallend was dat bij de follow-up ook de pedagogisch medewerkers uit de controlegroep meer richting een orthopedagogische visie verschoven waren. Mogelijk hebben collega's die de training volgden hen na verloop van tijd 'besmet' met hun overwegend orthopedagogische visie.

### **5.2 Sterke en zwakke punten van het onderzoek**

Door de opname van een controlegroep is de interne validiteit verhoogd, aangezien de resultaten van de experimentele groep hoogstwaarschijnlijk veroorzaakt worden door de training. Echter, bij het vormen van de experimentele en de controlegroep was er geen sprake van randomisatie waardoor beide groepen niet volledig vergelijkbaar waren. De interne validiteit is nog wel extra verhoogd door de extreme uitbijters niet mee te nemen in de analyses (Wiggins, 2000; Zijlstra et al., 2011).

Een beperking van het onderzoek betreft de externe validiteit. Er was sprake van een kleine steekproef, namelijk 40 in de experimentele groep en 25 in de controlegroep. Daarnaast kwamen alle participanten van dezelfde organisatie die gevestigd is in één stad. Hierdoor is er mogelijk sprake van een lage populatievaliditeit en kunnen de resultaten uit het onderzoek onvoldoende gegeneraliseerd worden naar alle pedagogisch medewerkers in Nederland (Faber & Fonseca, 2014). Bovendien hebben niet alle participanten, voornamelijk door corona



isolaties, alle metingen ingevuld waardoor er sprake was van veel missende data en ongelijke groepsaantallen.

Daarnaast was er bij het meten van de zelfeffectiviteit mogelijk sprake van een plafondeffect. De pedagogisch medewerkers scoorden bij aanvang van het onderzoek al hoog op zelfeffectiviteit, waardoor veel verhoging niet meer mogelijk was. Een andere beperking van het onderzoek heeft te maken met de zelfselectie die is gebruikt bij de werving van de experimentele groep. Dit houdt in dat de pedagogisch medewerkers zelf hebben gekozen of ze deelnamen aan de training of niet. Het kan zo zijn dat voornamelijk de pedagogisch medewerkers die al interesse hadden in het onderwerp zich hebben opgegeven voor de training. Deze pedagogisch medewerkers waren wellicht ontvankelijker voor de training dan de pedagogisch medewerkers die zich niet hebben opgegeven. De zelfselectie kan zodoende voor selectie bias zorgen (Hernán et al., 2004). Gezien de beperkingen van het onderzoek moeten de resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

### **5.3 Discussie**

Op basis van het literatuuronderzoek werd verwacht dat de pedagogisch medewerkers aan het begin van het onderzoek een meer biomedische dan orthopedagogische visie zouden hebben, aangezien de biomedische visie dominant is in studieboeken, wetenschappelijke artikelen, voorlichtingsmateriaal en op websites (Batstra et al., 2020; Gonon et al., 2012; Mitchell & Read, 2011; Ponnou & Gonon, 2017; Te Meerman et al., 2017). Dit onderzoek laat zien dat pedagogisch medewerkers bij de voormeting inderdaad meer biomedisch naar ADHD kijken, al is hun visie in vergelijking met leerkrachten uit voorgaande onderzoeken (De Zoete, 2020; Sluiter, 2021) wat minder biomedisch. Daarnaast laat het huidige onderzoek zien dat de training bij de experimentele groep voor een verschuiving richting de orthopedagogische visie op ADHD en druk en dwars gedrag heeft gezorgd. Deze verschuiving was ook bij de follow-up duidelijk te zien, wat in tegenstelling is tot de bevinding van Dinkla (2021; masterscriptie), die het effect van een online lezing vanuit orthopedagogisch perspectief op de visie van pedagogisch medewerkers onderzocht. Zij vond bij de nameting weliswaar een sterke verschuiving van biomedisch naar orthopedagogisch, maar bij de follow-up bleken veel participanten toch terug te zijn gevallen in het biomedische denken. Kennelijk is er dus meer nodig dan een eenmalige lezing om een langdurende verschuiving in visie te bewerkstelligen.

Daarnaast bleek bij de follow-up ook de controlegroep meer orthopedagogisch te zijn gaan denken. Deze trend was een onverwachte, maar veelbelovende bevinding. Om een meer orthopedagogische visie binnen een organisatie te bewerkstelligen hoeven mogelijk niet alle

werknemers getraind te worden, aangezien er onderlinge beïnvloeding lijkt op te treden. Zo blijkt uit het onderzoek van Noorderhaven & Harzing (2005) en Jung en collega's (2002) dat kennisoverdracht kan plaatsvinden tijdens het samenwerken en tijdens de informele interactiemomenten. De onderlinge beïnvloeding die tijdens deze momenten plaatsvindt, de sociale invloed van de omgeving, is volgens het ASE-model één van de determinanten van gedragsverandering (De Vries, 1988).

Het huidige onderzoek laat zien dat pedagogisch medewerkers bij de start een hoge mate van zelfeffectiviteit ervaren in de omgang met kinderen met ADHD en druk en dwars gedrag en dat er geen sprake is van toename in zelfeffectiviteit na het volgen van de training. De hoog gerapporteerde zelfeffectiviteit is niet conform te Meerman en collega's (2017) die verwachten dat een biomedische visie de ervaren zelfeffectiviteit juist zal verminderen. Er werd verwacht dat pedagogisch medewerkers, net zoals leerkrachten en ouders, problemen ervaren in de omgang met kinderen met ADHD (Theule et al., 2010; Walter et al., 2006). Verscheidene onderzoeken laten immers zien dat leerkrachten en ouders zich onvoldoende bekwaam voelen in de omgang met dit gedrag en dat gedragstrainingen het zelfvertrouwen en de zelfeffectiviteit verhogen (Latouche & Gascoigne, 2019; Loren et al., 2013; Jarque et al., 2021; Sciutto et al., 2016; Walter et al., 2006). Ook gezien het feit dat pedagogisch medewerkers veel minder scholing krijgen, werd er verwacht dat de zelfeffectiviteit laag zou zijn. Een mogelijke verklaring voor het tegenstrijdige resultaat kan te maken hebben met de aard van de kinderopvang. In tegenstelling tot scholen, zijn kinderen op de kinderopvang aan minder regels en afspraken verbonden en hebben ze meer vrijheid om hun eigen activiteit te kiezen. Er wordt minder van kinderen geëist, waardoor pedagogisch medewerkers wellicht minder problemen in de omgang ervaren.

Daarnaast laat het huidige onderzoek zien dat de mate van waardering niet in relatie staat met het effect van de training op de visie en zelfeffectiviteit van pedagogisch medewerkers. Daarentegen waren er alleen maar hoge waarderingen (minimale waardering van 7), waardoor het effect van een lage waardering niet onderzocht kon worden.

Concluderend zorgt de Druk & Dwars training voor een grote en duurzame invloed op de visie van pedagogisch medewerkers op ADHD en druk en dwars gedrag. Kijkende naar de zorgen rondom de overdiagnostiek en toenemende medicatiegebruik onder jongeren, is deze verschuiving in visie een gunstig effect (Gezondheidsraad, 2014). Zoals in het theoretisch kader beschreven is ADHD binnen de biomedische visie een chronische hersenziekte die met medicatie behandeld dient te worden (Biederman 2005; Buitelaar & Paternotte, 2013; Hoogman et al., 2017). Bij deze visie is er relatief weinig aandacht voor de nadelen van ADHD

classificaties en medicatie. Het huidige onderzoek laat zien dat Druk & Dwars trainingen de dominante biomedische visie terugdringt en zodoende kan bijdragen aan het verminderen van de overdiagnostiek bij kinderen met druk en dwars gedrag.

#### **5.4 Implicaties voor praktijk**

In tegenstelling tot eenmalige online Druk & Dwars lezingen heeft dit onderzoek laten zien dat een Druk & Dwars training, bestaande uit meerdere bijeenkomsten, voor een duurzame verandering in visie van pedagogisch medewerkers zorgt (Dinkla, 2021). Het wordt zodoende aanbevolen om meer Druk & Dwars trainingen op te zetten in alle Nederlandse provincies, zodat de overheersende biomedische visie in Nederland terugdringt en er ruimte komt voor een meer orthopedagogische visie. Op deze manier wordt er meer recht gedaan aan het kind met druk en dwars gedrag, omdat het gedrag van het kind vanuit de orthopedagogische visie in zijn bredere context wordt bekeken (Pont, 2017).

Gezien de grote uitval door corona in dit onderzoek en de huidige ontwikkelingen in de maatschappij omtrent de terugkerende coronagolven, wordt het aanbevolen om trainingen te ontwikkelen die de mogelijkheid bieden om online aan te kunnen sluiten tijdens een thuisquarantaine.

#### **5.5 Implicaties voor onderzoek**

Een implicatie voor onderzoek zou kunnen zijn dat in een volgend onderzoek actief ingezet wordt op het werven van pedagogisch medewerkers met een lage ervaren zelfeffectiviteit. In het huidige onderzoek was het effect van de training op de ervaren zelfeffectiviteit niet goed te onderzoeken, omdat de scores bij aanvang van de training al zeer hoog waren.

Het huidige onderzoek laat zien dat de gemiddelde score op visie bij de follow-up van de controlegroep omhoog ging. Het verschil tussen de nameting en follow-up is onderzocht, maar de resultaten zijn, gezien het lage aantal respondenten, niet betrouwbaar. Zodoende wordt het aanbevolen om de trend nader te onderzoeken met een grotere steekproef.

Om de statistische power en zodoende de generaliseerbaarheid van de resultaten te verhogen wordt het aanbevolen om een grootschaliger vervolgonderzoek te doen in meerdere Nederlandse provincies, waarbij de experimentele en de controlegroep even groot zijn en zo veel mogelijk gelijk blijven tijdens alle metingen. Om dit te realiseren wordt het aanbevolen om gerandomiseerd onderzoek te doen, waarbij de deelnemers willekeurig worden toegewezen

aan de experimentele of de controlegroep. De randomisatie zal bovendien de selectie bias doen verlagen (Akobeng, 2005).

## Referenties

- A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. (1999). *Archives of General Psychiatry*, 56(12), 1073. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.12.1073>
- ADHD op vijf plekken in de hersenen zichtbaar - Groot internationaal onderzoek bevestigt hersenverschillen bij ADHD.* (2017, 16 februari). Radboudumc. Geraadpleegd op 3 april 2022, van <https://www.radboudumc.nl/nieuws/2017/adhd-op-vijf-plekken-in-de-hersenen-zichtbaar#:~:text=bij%20ADHD%20%2D%20Radboudumc-,ADHD%20op%20vijf%20plekken%20in%20de%20hersenen%20zichtbaar,onderzoek%20bevestigt%20hersenverschillen%20bij%20ADHD&text=Bij%20mensen%20met%20ADHD%20zijn,en%20minder%20groot%20bij%20volwassenen.>
- Akobeng, A. K. (2005). Understanding randomised controlled trials. *Archives of Disease in Childhood*, 90(8), 840–844. <https://doi.org/10.1136/adc.2004.058222>
- Allen D. M. (2010). *How dysfunctional families spur mental disorders: A balanced approach to resolve problems and reconcile relationships*. Santa Barbara, CA: Praeger.
- American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association.
- Van der Woude, A. (2021, 23 september). IJsbrand Jepma: ‘Huidige cao maakt een educatieve kwaliteitsslag onmogelijk’. Zosja. Geraadpleegd op 18 december 2021, van <https://www.zosja.nl/ijsbrand-jepma-huidige-cao-maakt-een-educatieve-kwaliteitsslag-onmogelijk/>
- Batstra, L. (2017). *ADHD: Macht en misverstanden*. Hilversum: Uitgeverij Lucht.
- Batstra, L., Frances, A., Grietens, H., te Meerman, S. (2017). ADHD: a critical update for educational professionals. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12(1298267), 1-7. doi: 10.1080/17482631.2017.1298267
- Batstra, L., Foget, L., van Haeringen, C., Meerman, S. T., & Thoutenhoofd, E. D. (2020). What children and young people learn about ADHD from youth information books: A text analysis of nine books on ADHD available in Dutch. *Scandinavian journal of child and adolescent psychiatry and psychology*, 8, 1-9. <https://doi.org/10.21307/sjcapp-2020-001>
- Batstra, L., Nieweg, E. H., Pijl, S., Van Tol, D. G., & Hadders-Algra, M. (2014). Childhood ADHD. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(3), 169–177. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000450316.68494.20>

- Batstra, L., Te Meerman, S., Conners, K., & Frances, A. (2017). Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults. *The Lancet Psychiatry*, 4(6), 439. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30107-4](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30107-4).
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook (3). New York: Guilford Press.
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological psychiatry*, 57(11), 1215-1220.
- Biederman, J., & Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, 366(9481), 237–248. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(05\)66915-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)66915-2)
- Bland, J. M., & Altman, D. G. (1997). Statistics notes: Cronbach's alpha. *BMJ*, 314(7080), 572. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7080.572>
- Buitelaar, J., & Medori, R. (2009). Treating attention-deficit/hyperactivity disorder beyond symptom control alone in children and adolescents: a review of the potential benefits of long-acting stimulants. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(4), 325–340. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0056-1>
- Buitelaar, J. & Paternotte, A. (2013). *Dit is ADHD: Alles over de kenmerken, diagnose, behandeling en aanpak thuis en op school*. Houten: Terra-Lanno.
- Castellanos, F. X. (1996). Quantitative Brain Magnetic Resonance Imaging in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53(7), 607. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830070053009>
- Carucci, S., Balia, C., Gagliano, A., Lampis, A., Buitelaar, J. K., Danckaerts, M., Dittmann, R. W., Garas, P., Hollis, C., Inglis, S., Konrad, K., Kovshoff, H., Liddle, E. B., McCarthy, S., Nagy, P., Panei, P., Romaniello, R., Usala, T., Wong, I. C., Zuddas, A. (2021). Long term methylphenidate exposure and growth in children and adolescents with ADHD. A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 120, 509–525. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.09.031>
- Chacko, A., Wymbs, B. T., Wymbs, F. A., Pelham, W. E., Swanger-Gagne, M. S., Girio, E., Pirvics, L., Herbst, L., Guzzo, J., Phillips, C., & O'Connor, B. (2009). Enhancing Traditional Behavioral Parent Training for Single Mothers of Children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(2), 206–218. <https://doi.org/10.1080/15374410802698388>

- Charach, A., Fernandez, R. (2013). Enhancing ADHD medication adherence: challenges and opportunities. *Current psychiatry reports*, 15(7), 371. Doi: 10.1007/s11920-013-0371-6
- De Zoete, L. (2020). *ANDERS DENKEN OVER ADHD?! De invloed van de online lezing 'Druk & Dwars' op de visie van regulier- en academisch geschoolde leerkrachten op ADHD vanuit (ortho)pedagogisch perspectief*. [Masterscriptie, University of Groningen].
- Dinkla, L. (2021). *ANDERS DENKEN OVER DRUKKE, DWARSE EN DROMERIGE KINDEREN. Het effect van een online lezing op de visie op ADHD van pedagogisch medewerkers in de kinderopvang*. [Masterscriptie, University of Groningen].
- Durlak, J.A. (1999). Veel voorkomende risico- en beschermende factoren in succesvolle preventieprogramma's. *Literatuurselectie kinderen en adolescenten*, 6 (3), 297-310.
- Durlak, J. A. (2009). How to Select, Calculate, and Interpret Effect Sizes. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(9), 917–928. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp004>
- Durston, S. (2007). Op zoek naar de biologische basis van ADHD: aanwijzingen vanuit cognitie, neuro-imaging, psychofarmacologie en genetica-onderzoek. *Neuropraxis*, 11, 13-16.
- Dziura, J. D., Post, L. A., Zhao, Q., Fu, Z., & Peduzzi, P. (2013). Strategies for dealing with missing data in clinical trials: from design to analysis. *The Yale journal of biology and medicine*, 86(3), 343–358.
- Evans, S. W., Owens, J. S., Wymbs, B. T., & Ray, A. R. (2017). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 157–198. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1390757>
- Faber, J., & Fonseca, L. M. (2014). How sample size influences research outcomes. *Dental Press Journal of Orthodontics*, 19(4), 27–29. <https://doi.org/10.1590/2176-9451.19.4.027-029.ebo>
- Fabiano, G.A., Pelham, W.E., Coles, E.K., Gnagy, E.M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B.C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29, 129-140.
- Furman, L.M. (2008). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): 'Does new research support old concepts'? *Journal of Child Neurology*, 23, 775-782.
- Fowler, Jr., F. J. (1992). How Unclear Terms Affect Survey Data. *Public Opinion Quarterly*, 56(2), 218. <https://doi.org/10.1086/269312>

- Gonon, F. (2009). The dopaminergic hypothesis of attention-deficit/hyperactivity disorder needs re-examining. *Trends in Neurosciences*, 32(1), 2–8. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2008.09.010>
- Gonon, F., Konsman, J. P., Cohen, D., & Boraud, T. (2012). Why Most Biomedical Findings Echoed by Newspapers Turn Out to be False: The Case of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *PLoS ONE*, 7(9), e44275. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0044275>
- Grissom, R. J., & Kim, J. J. (2005). *Effect sizes for research: A broad practical approach*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Hart, K. C., Fabiano, G. A., Evans, S. W., Manos, M. J., Hannah, J. N., & Vujnovic, R. K. (2016). Elementary and Middle School Teachers' Self-Reported Use of Positive Behavioral Supports for Children With ADHD: A National Survey. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 25(4), 246–256. <https://doi.org/10.1177/1063426616681980>
- Hennissen, L., Bakker, M. J., Banaschewski, T., Carucci, S., Coghill, D., Danckaerts, M., Dittmann, R. W., Hollis, C., Kovshoff, H., McCarthy, S., Nagy, P., Sonuga-Barke, E., Wong, I. C. K., Zuddas, A., Rosenthal, E., & Buitelaar, J. K. (2017). Cardiovascular Effects of Stimulant and Non-Stimulant Medication for Children and Adolescents with ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of Trials of Methylphenidate, Amphetamines and Atomoxetine. *CNS Drugs*, 31(3), 199–215. <https://doi.org/10.1007/s40263-017-0410-7>
- Hernán, M. A., Hernández-Díaz, S., & Robins, J. M. (2004). A Structural Approach to Selection Bias. *Epidemiology*, 15(5), 615–625. <https://doi.org/10.1097/01.ede.0000135174.63482.43>
- Hinshaw, S.P. & Scheffler, R.M. (2014). *The ADHD Explosion: Myths, Medication, Money, and Today's Push for Performance*. Oxford: Oxford University Press.
- Hoogman, M., Bralten, J., Hibar, D. P., Mennes, M., Zwiers, M. P., Schweren, L. S., de Zeeuw, P. (2017). Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 310-319.
- Hornstra, R., Van der Oord, S., Staff, A. I., Hoekstra, P. J., Oosterlaan, J., Van der Veen-Mulders, L., Luman, M., & Van den Hoofdakker, B. J. (2021). Which Techniques Work in Behavioral Parent Training for Children with ADHD? A Randomized Controlled



- Microtrial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 50(6), 888–903.  
<https://doi.org/10.1080/15374416.2021.1955368>
- Jarque Fernández, S., Amado Luz, L., Oporto Alonso, M., & Fernández-Andújar, M. (2021). Effectiveness of a Long-Term Training Programme for Teachers in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder on Knowledge and Self-Efficacy. *Mathematics*, 9(12), 1414. <https://doi.org/10.3390/math9121414>
- Jensen, P.S., Arnold, L.E., Swanson, J.M., Vitiello, B., Abikoff, H.B., Greenhill, L.L., et al. (2007). 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 989-1002.
- Jung, I., Choi, S., Lim, C., & Leem, J. (2002). Effects of Different Types of Interaction on Learning Achievement, Satisfaction and Participation in Web-Based Instruction. *Innovations in Education and Teaching International*, 39(2), 153–162.  
<https://doi.org/10.1080/14703290252934603>
- Kortekaas-Rijlaarsdam, A.F., Luman, M., Sonuga-Barke, E. & Oosterlaan, J. (2018). Does methylphenidate improve academic performance? a systematic review and meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, 1(10),1-10. DOI: 10.1007/s00787-018-1106-3
- Kupfer, D. J., First, M. B., & Regier, D. A. (Eds.). (2002). *A research agenda for DSM—V*. American Psychiatric Association.
- Landelijke Kwaliteitsmonitor Kinderopvang, Slot, P., Jepma, I. J., Muller, P., Romijn, B., Bekkering, C., & Leseman, P. (2019, december). *Ontwikkelingen in de kwaliteit van de Nederlandse kinderdagopvang, peuteropvang, buitenschoolse opvang en gastouderopvang* (Nr. 2019). Universiteit Utrecht en Sardes.  
<https://www.kinderopvangtotaal.nl/kwaliteitsmonitor>
- Langberg, J. M., and S. P. Becker. 2012. “Does Long-Term Medication Use Improve the Academic Outcomes of Youth with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder?” *Clinical Child and Family Psychology Review* 15 (3): 215–233. doi:10.1007/s10567-012-0117-8.
- Langens, F. (2016). Adhd bij kinderen. *Praktische Huisartsgeneeskunde*, 2(5), 28–31.  
doi: 10.1007/s41045-016-0069-3
- Latouche, A. P., & Gascoigne, M. (2019). In-Service Training for Increasing Teachers’ ADHD Knowledge and Self-Efficacy. *Journal of Attention Disorders*, 23(3), 270–281.  
<https://doi.org/10.1177/1087054717707045>

- Lenzner, T. (2012). Effects of Survey Question Comprehensibility on Response Quality. *Field Methods*, 24(4), 409–428. <https://doi.org/10.1177/1525822x12448166>
- Little, R. J. A. (1988). A Test of Missing Completely at Random for Multivariate Data with Missing Values. *Journal of the American Statistical Association*, 83(404), 1198–1202. <https://doi.org/10.1080/01621459.1988.10478722>
- Loren, R. E. A., Vaughn, A. J., Langberg, J. M., Cyran, J. E. M., Proano-Raps, T., Smolyansky, B. H., Tamm, L., & Epstein, J. N. (2013). Effects of an 8-Session Behavioral Parent Training Group for Parents of Children With ADHD on Child Impairment and Parenting Confidence. *Journal of Attention Disorders*, 19(2), 158–166. <https://doi.org/10.1177/1087054713484175>
- McGrath, R. E., & Meyer, G. J. (2006). When effect sizes disagree: The case of  $r$  and  $d$ . *Psychological Methods*, 11(4), 386–401. <https://doi.org/10.1037/1082-989x.11.4.386>
- Macphee, F.L., Merrill, B.M., Altszuler, A.R., Ramos, M.C., Gnagy, E.M., Greiner, A.R., Joseph, S.C., Raiker, S., Coles, E., Burger, L. & Pelham, W.E., Bowman-Perrott, L. (2019). The Effect of Weighted Vests and Stability Balls With and Without Psychostimulant Medication on Classroom Outcomes for Children With ADHD. *School Psychology Review*, 48(3), 276-289, DOI: 10.17105/SPR-2017-0151.V48-3
- Mann-Whitney U Test in SPSS Statistics | Setup, Procedure & Interpretation | Laerd Statistics*. (2018). Laerd Statistics. Geraadpleegd op 16 juni 2022, van <https://statistics.laerd.com/spss-tutorials/mann-whitney-u-test-using-spss-statistics.php>
- Martin N, Scourfield J, McGuffin P (2002). Observer effects and heritability of childhood attention-deficit hyperactivity disorder symptoms. *Br J Psychiatry* 180, 260 –265.
- Ministerie van Financiën. (2014). 5. *Jeugdzorg*. Ministerie van Financiën - Rijksoverheid. Geraadpleegd op 2 mei 2022, van <https://www.rijksfinancien.nl/jaarverslag/2014/XVI/onderdeel/d16e1360>
- Miranda, A., Jarque, S., & Rosel, J. (2006). Treatment of children with ADHD: Psychopedagogical program at school versus psychostimulant medication. *Psicothema*, 335-341
- Mitchell, J., & Read, J. (2011). Attention-deficit hyperactivity disorder, drug companies and the internet. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17(1), 121–139. <https://doi.org/10.1177/1359104510396432>
- Nieweg, E.H. (2005). Wat wij van Jip en Janneke kunnen leren. Over reïficatie (verdinglijking) in de psychiatrie. *Tijdschrift voor psychiatrie* 47(10), 687-696.

- Nieweg, E.H. (2010). 'Is ADHD-medicatie na 2-3 jaar uitgewerkt? Over de verrassende, maar weinig bekende follow-up van het MTA-onderzoek'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52(4), 245-253.'
- Noorderhaven, N., & Harzing, A. W. (2009). Knowledge-sharing and social interaction within MNEs. *Journal of International Business Studies*, 40(5), 719–741. <https://doi.org/10.1057/jibs.2008.106>
- Overduin, C. (2017). 'Het is tijd dat de pedagogisch professional meepraat'. *Kinderopvang*, 27(9), 10–11. <https://doi.org/10.1007/s41189-017-0134-6>
- Pameijer, N., & Van Beukering, T. (2014). *Handelingsgerichte diagnostiek in het onderwijs* (3de editie). Huizen: Acco.
- Pieterse, K., Luman, M., Paternotte, A., & Oosterlaan, J. (2013). Leerkrachtinterventies voor de aanpak van adhd in de klas: een overzicht van effectstudies. *Kind en adolescent*, 34(1), 2–29. <https://doi.org/10.1007/s12453-013-0001-4>
- Ponnou, S., & Gonon, F. (2017). How French media have portrayed ADHD to the lay public and to social workers. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12(sup1), 1298244. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1298244>
- Powell, S. G., Frydenberg, M., & Thomsen, P. H. (2015). The effects of long-term medication on growth in children and adolescents with ADHD: an observational study of a large cohort of real-life patients. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0082-3>
- Rapoport, J. L., & Inoff-Germain, G. (2002). Responses to methylphenidate in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and normal children: Update 2002. *Journal of Attention Disorders*, 6(1\_suppl), 57–60. <https://doi.org/10.1177/070674370200601s07>
- Rhee, S. H., Waldman, I. D., Hay, D. A., & Levy, F. (1999). Sex differences in genetic and environmental influences on DSM–III–R attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(1), 24–41. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.1.24>
- Riddle, M. A., Yershova, K., Lazzaretto, D., Paykina, N., Yenokyan, G., Greenhill, L., Abikoff, H., Vitiello, B., Wigal, T., McCracken, J. T., Kollins, S. H., Murray, D. W., Wigal, S., Kastelic, E., McGough, J. J., dosReis, S., Bauzó-Rosario, A., Stehli, A., & Posner, K. (2013). The Preschool Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS) 6-Year Follow-Up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(3), 264–278.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.12.007>

- Rietveld, M. J., Hudziak, J. J., Bartels, M., Van Beijsterveldt, C. E. M., & Boomsma, D. I. (2004). Heritability of attention problems in children: longitudinal results from a study of twins, age 3 to 12. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*(3), 577-588.
- Russell, A. E., Ford, T., Williams, R., & Russell, G. (2016). The Association Between Socioeconomic Disadvantage and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Systematic Review. *Child Psychiatry & Human Development*, *47*(3), 440–458. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0578-3>
- Sayal K, Owen V, White K, Merrell C, Tymms P, Taylor E. (2010). Impact of early school-based screening and intervention programs for ADHD on children's outcomes and access to services: follow-up of a school-based trial at age 10 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*, *164*(46), 2-9.
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., Coghill, D., 2018. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provisions. *Lancet Psychiatry*, *5*, 175–186. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30167-0).
- Scheff, S. (2016). *Fundamental Statistical Principles for the Neurobiologist* (1ste editie). Elsevier Gezondheidszorg.
- Schwarzer, R. Schmitz, G.S., Daytner, G.T. (1999). Teacher Self-Efficacy Scale. Opgevraagd van [http://userpage.fu-berlin.de/~health/teacher\\_se.htm](http://userpage.fu-berlin.de/~health/teacher_se.htm)
- Sciutto, M. J., Terjesen, M. D., Kučerová, A., Michalová, Z., Schmiedeler, S., Antonopoulou, K., Shaker, N. Z., Lee, J. Y., Alkahtani, K., Drake, B., & Rossouw, J. (2016). Cross-National Comparisons of Teachers' Knowledge and Misconceptions of ADHD. *International Perspectives in Psychology*, *5*(1), 34–50. <https://doi.org/10.1037/ipp0000045>
- Shuster, J. J. (2011). Review: Cochrane handbook for systematic reviews for interventions, Version 5.1.0, published 3/2011. Julian P.T. Higgins and Sally Green, Editors. *Research Synthesis Methods*, *2*(2), 126–130. <https://doi.org/10.1002/jrsm.38>
- Sluiter, M. (2021). *Wild and willful: Shifting perspective and approach towards ADHD*. University of Groningen. doi: 10.33612/diss.156482785
- Soest, H. van en Wiggers, I. (2008a). Te zware druk op kinderen. Rouvoet: gedragsproblemen door tijdsgebrek van ouders. (2008, 5 april). *Algemeen Dagblad*, p.1. Geraadpleegd op 4 februari 2022 via <https://academic.lexisnexis.nl.proxy-ub.rug.nl/rug/>
- Soest, H. van en Wiggers, I. (2008b). We zijn drukker en vragen te veel van onze kinderen. Rouvoet: gedragsproblemen door tijdsgebrek van ouders. (2008, 5 april). *Algemeen*

*Dagblad*, p.2. Geraadpleegd op 4 februari 2022 via <https://academic.lexisnexis.nl.proxy-ub.rug.nl/rug/>

- Swanson, J. M., Arnold, L. E., Molina, B. S., Sibley, M. H., Hechtman, L. T., Hinshaw, S. P., Abikoff, H. B., Stehli, A., Owens, E. B., Mitchell, J. T., Nichols, Q., Howard, A., Greenhill, L. L., Hoza, B., Newcorn, J. H., Jensen, P. S., Vitiello, B., Wigal, T., Epstein, J. N., Kraemer, H. C. (2017). Young adult outcomes in the follow-up of the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder: symptom persistence, source discrepancy, and height suppression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(6), 663–678. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12684>
- Swanson, J. M., Kinsbourne, M., Nigg, J., Lanphear, B., Stefanatos, G. A., Volkow, N., Taylor, E., Casey, B. J., Castellanos, F. X., & Wadhwa, P. D. (2007). Etiologic Subtypes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Brain Imaging, Molecular Genetic and Environmental Factors and the Dopamine Hypothesis. *Neuropsychology Review*, 17(1), 39–59. <https://doi.org/10.1007/s11065-007-9019-9>
- Swanson, J., Sergeant, J., Taylor, E., Sonuga-Barke, E., Jensen, P., & Cantwell, D. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *The Lancet*, 351(9100), 429–433. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(97\)11450-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(97)11450-7)
- Teeuw, B., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON
- Te Meerman, S., Batstra, L., Hoekstra, R., & Grietens, H. (2017). Academic textbooks on ADHD genetics: balanced or biased? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12(1), 1305590. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1305590>
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2010). Parenting Stress in Families of Children With ADHD. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3–17. <https://doi.org/10.1177/1063426610387433>
- Trouwborst, M. (2021). *Onderzoek naar het effect van de online lezing 'Anders denken over drukke, dwarse en dromerige kinderen' op de zelfeffectiviteit en visie van pedagogisch medewerkers..* [Masterscriptie, University of Groningen].
- Van Beek, A. (2015). Zelfeffectiviteit. *Nederlands Tijdschrift voor Diabetologie*, 13(2), 26. doi: 10.1007/s12467-015-0006-0

- Vanderbilt-Adriance, E. & D.S. Shaw (2008). Conceptualizing re-evaluating resilience across levels of risk, time, and domains of competence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11, 30-58.
- Van Geloven, N. (25 mei 2016). *T-toets* Wiki Statistiek Academisch Medisch Centrum.
- Veenman, B. & Mutsaers, E. (2020). Wat te doen bij druk en impulsief gedrag? *Kind en Adolescent Praktijk*, 4, 44-46.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Newcorn, J., Telang, F., Solanto, M. V., Fowler, J. S., Logan, J., Ma, Y., Schulz, K., Pradhan, K., Wong, C., & Swanson, J. M. (2007). Depressed Dopamine Activity in Caudate and Preliminary Evidence of Limbic Involvement in Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 932. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.8.932>
- Walker JS, Coleman D, Lee J, Squire PN, Friesen BJ. (2008). Children's stigmatization of childhood depression and ADHD: magnitude and demographic variation in a national sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(9), 12-20.
- Walter, H. J., Gouze, K., & Lim, K. G. (2006). Teachers' Beliefs About Mental Health Needs in Inner City Elementary Schools. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(1), 61-68. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000187243.17824.6c>
- Waterval, D. (2017, 16 februari). 'ADHD is gewoon een hersenziekte'. Trouw. Geraadpleegd op <https://www.trouw.nl/nieuws/adhd-is-gewoon-een-hersenziekte~bb143017/>
- Wiggins, B.C. (2000). Detecting and Dealing with Outliers in Univariate and Multivariate Contexts.
- Williams, N. M., Zaharieva, I., Martin, A., Langley, K., Mantripragada, K., Fossdal, R., Gustafsson, O. (2010). Rare chromosomal deletions and duplications in attention-deficit hyperactivity disorder: a genome-wide analysis. *The Lancet*, 376(9750), 1401-1408.
- Zijlstra, W. P., Van der Ark, L. A., & Sijtsma, K. (2011). Outliers in Questionnaire Data. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 36(2), 186-212. <https://doi.org/10.3102/1076998610366263>

## Bijlagen

### Bijlage 1. Vragenlijst voormeting controle en experimenteel

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

Uw naam:

De locatie waar u werkt:

Heeft u vorig jaar mee gedaan aan het onderzoek naar de online lezing van Druk & Dwars?

- Ja
- nee

Hieronder volgt de vragenlijst van de voormeting:

1. Wat is uw leeftijd?

---

2. Wat is uw geslacht?

0 man

0 vrouw

0 anders

3. Wat is uw hoogst genoten opleiding?

---

4. Wat is uw functie?

---

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

---

6. Hoe lang werkt u al in de kinderopvang?

---

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

---

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

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



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

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

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

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

## Visie en Vat op Druk & Dwars

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

Heeft u nog opmerkingen:

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

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

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

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

Hoe lang bestaan deze moeilijkheden?

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

Maken de moeilijkheden het kind overstuur of van slag?

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

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

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

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

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

Belasten de moeilijkheden u of de klas als geheel?

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

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

## Bijlage 2. Vragenlijst nameting controle

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

Uw naam:

De locatie waar u werkt:

Hieronder volgt de vragenlijst van de nameting:

1. Kent u iemand binnen SKSG die de training van Druk & Dwars gevolgd heeft?

O ja, namelijk: .....

O nee

---

2. Heeft u zelf interesse om de training in de toekomst te gaan volgen? Zou u uw antwoord toe willen lichten?

---

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

---

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

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

---

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

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

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

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



## Visie en Vat op Druk & Dwars

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

Heeft u nog opmerkingen bij bovenstaande vragen?:

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

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

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

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

Hoe lang bestaan deze moeilijkheden voor zover u weet?

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

Maken de moeilijkheden het kind overstuur of van slag?

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

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

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

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

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

Belasten de moeilijkheden u of de klas als geheel?

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

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

Mocht u nog vragen of opmerkingen hebben dan kun u mailen naar projectleider Laura Batstra via [l.batstra@rug.nl](mailto:l.batstra@rug.nl)

### **Bijlage 3. Vragenlijst nameting experimenteel**

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

Uw naam:

De locatie waar u werkt:

Hieronder volgt de vragenlijst van de nameting:

1. Welk cijfer tussen 0 en 10 zou u de training als geheel geven?

---

---

2. Wat vond u goed aan de training?

---

---

3. Wat zijn verbeterpunten?

---

---

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

---

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

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

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

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

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

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

## Visie en Vat op Druk & Dwars

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

Heeft u nog opmerkingen:

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

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

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

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

Hoe lang bestaan deze moeilijkheden?

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

Maken de moeilijkheden het kind overstuur of van slag?

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

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

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

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

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

Belasten de moeilijkheden u of de klas als geheel?

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

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



#### Bijlage 4. Vragenlijst follow-up controle

U heeft al twee keer eerder voor ons een vragenlijst ingevuld ten behoeve van ons onderzoek naar het effect van de training Druk & Dwars binnen SKSG. Door de scores van pedagogisch medewerkers die de training niet gevolgd hebben te vergelijken met de scores van de pedagogisch medewerkers die de training wel volgden, kunnen we iets zeggen over de werkzaamheid en het nut van de training. We zijn u dan ook zeer dankbaar voor het invullen van de vragenlijsten en hopen van harte dat u deze nog een allerlaatste keer in wilt vullen!



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

Uw naam:

De locatie waar u werkt:

Op de volgende pagina volgt de vragenlijst van de laatste meting:

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

---

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

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

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

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

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

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

## Visie en Vat op Druk & Dwars

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

Heeft u nog opmerkingen bij bovenstaande vragen?:

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

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

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

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

Hoe lang bestaan deze moeilijkheden voor zover u weet?

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

Maken de moeilijkheden het kind overstuur of van slag?

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

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

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

## Visie en Vat op Druk & Dwars

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

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

Belasten de moeilijkheden u of de klas als geheel?

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

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

Mocht u nog vragen of opmerkingen hebben dan kun u mailen naar projectleider Laura Batstra via [l.batstra@rug.nl](mailto:l.batstra@rug.nl)

### **Bijlage 5. Vragenlijst follow-up experimenteel**

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

Uw naam:

De locatie waar u werkt:

Hieronder volgt de vragenlijst van de follow-up:

1. Wat staat u het meeste bij van de training?

---

2. Heeft de training effect gehad op hoe u tegen druk en dwars gedrag aankijkt? Zou u uw antwoord toe willen lichten?

---

3. Heeft de training effect gehad op hoe u met druk en dwars gedrag om gaat? Zou u uw antwoord toe willen lichten?

---

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

---

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

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



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

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

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

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

## Visie en Vat op Druk & Dwars

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

Heeft u nog opmerkingen bij bovenstaande vragen?:

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

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

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

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

Hoe lang bestaan deze moeilijkheden voor zover u weet?

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

Maken de moeilijkheden het kind overstuur of van slag?

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

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

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

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

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

Belasten de moeilijkheden u of de klas als geheel?

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

Tot slot nog 1 vraag. We zijn erg benieuwd hoe u de training van Druk & Dwars heeft ervaren. Een van onze masterstudenten Orthopedagogiek zou u daar graag over interviewen. Dit kan online of op locatie en duurt hooguit een uur. Mogen wij u benaderen voor zo'n interview?

0 Nee

0 Ja, u mag mij benaderen via (email en/of telefoonnummer): .....

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

## **Bijlage 6. Informatiebrief en toestemmingsformulier**

### **Beste medewerker van SKSG,**

Via uw locatiemanager benaderen we u voor medewerking aan ons onderzoek naar de effecten van een training voor pedagogisch medewerkers voor het omgaan met druk en dwars gedrag op de groep.

U volgt deze training niet of nog niet. We hebben echter ook mensen nodig die bereid zijn om op drie momenten vragenlijsten in te vullen, terwijl ze de training (nog) niet volgen. Dit noemen we een controlegroep. Door de antwoorden van de controlegroep te vergelijken met de antwoorden van de groep die de Druk & Dwars training volgt, kunnen we als onderzoekers beter beoordelen of onze training effect heeft.

We hopen daarom heel erg dat u deze moeite wilt doen! Het kost u vandaag 20 minuten van uw tijd, en dan in december en begin februari nog eens 20 minuten. Het invullen kan voor u twee voordelen hebben:

- Als u op een later moment meedoet aan de training hoeft u daarbij geen vragenlijsten meer in te vullen
- U heeft recht op terugkoppeling van zowel uw persoonlijke resultaten als de resultaten van het onderzoek.

Deze eerste keer krijgt u een beetje een groot pakket. Dat komt omdat we vanuit de universiteit verplicht zijn om deelnemers aan onze onderzoeken goed te informeren en daarna te vragen om een handtekening voor schriftelijke toestemming voor deelname aan het onderzoek. Daarom bestaat dit pakketje uit drie delen:

- 1) Een informatieformulier met uitleg over het onderzoek
- 2) Een toestemmingsformulier
- 3) De vragenlijst

We hopen dat u dit terplekke in kunt vullen. Dan kunnen we namelijk eventuele vragen over het onderzoek gelijk beantwoorden. Eventueel kunnen we ook op een later moment terugkomen om de lijst op te halen.

Alvast heel erg bedankt voor uw medewerking!

Cassandra de Jong, Mea Rinsema, Rosanne van Doorn (masterstudenten Orthopedagogiek)

Laura Batstra (hoogleraar Orthopedagogiek; auteur training Druk & Dwars)

## **INFORMATIE OVER HET ONDERZOEK**

VERSIE VOOR DEELNEMERS

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

➤ **Waarom krijg ik deze informatie?**

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

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

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

➤ **Waarom dit onderzoek?**

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

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

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

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

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

➤ **Welke gevolgen kan deelname hebben?**

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

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

➤ **Hoe gaan we met uw gegevens om?**

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

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

➤ **Wat moet u nog meer weten?**

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

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

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

## GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

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

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

#### Toestemming voor deelname aan het onderzoek:

- Ja, ik geef toestemming voor deelname; deze toestemming loopt tot na de follow-up meting
- Nee, ik geef geen toestemming voor deelname

#### Toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens:

- Ja, ik geef toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens zoals vermeld in de onderzoeksinformatie. Ik weet dat ik tot de follow-up meting kan vragen om mijn gegevens te laten verwijderen. Ook als ik besluit om te stoppen met deelname, kan ik hierom vragen.
- Nee, ik geef geen toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens.

Volledige naam deelnemer:	Handtekening deelnemer:	Datum:

Volledige naam aanwezige onderzoeker:	Handtekening onderzoeker:	Datum:

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

*U heeft recht op een kopie van dit toestemmingsformulier.*



**Bijlage 7. Cronbach's Alfa per meetmoment**

**Bijlage 7.1. Cronbach's Alfa voor Visie**

*Cronbach's Alfa schaal visie per meetmoment*

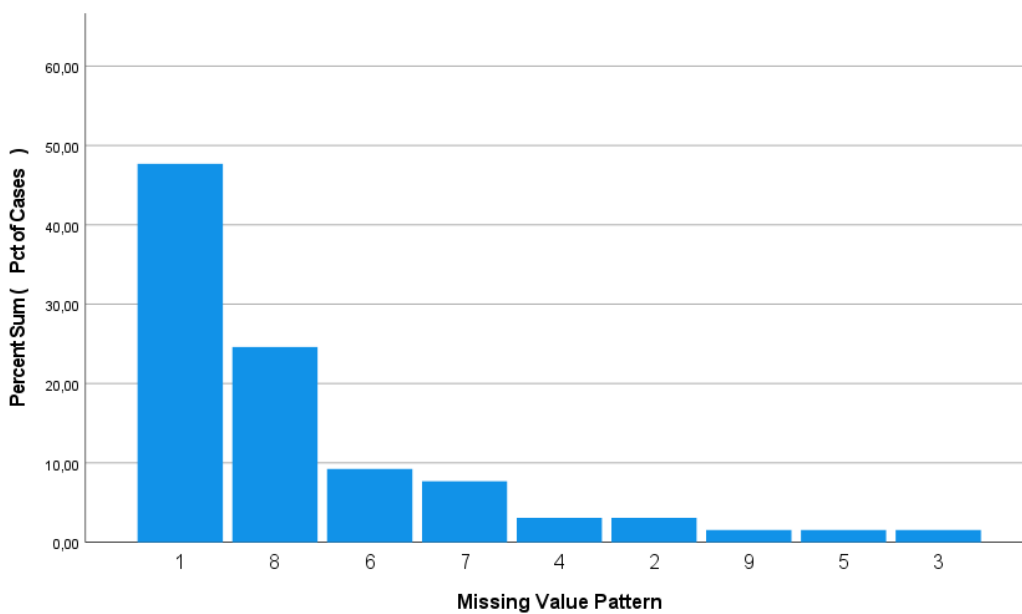
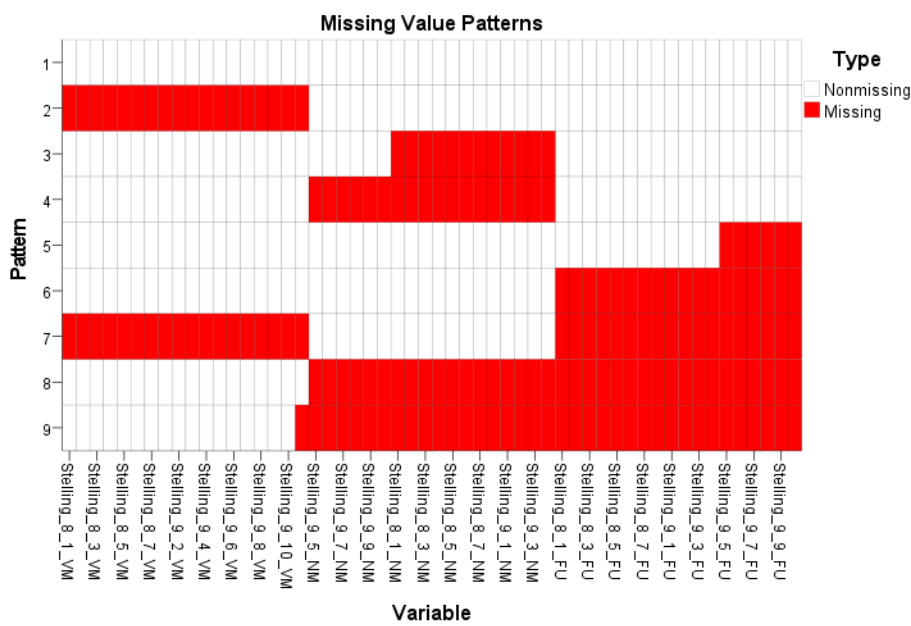
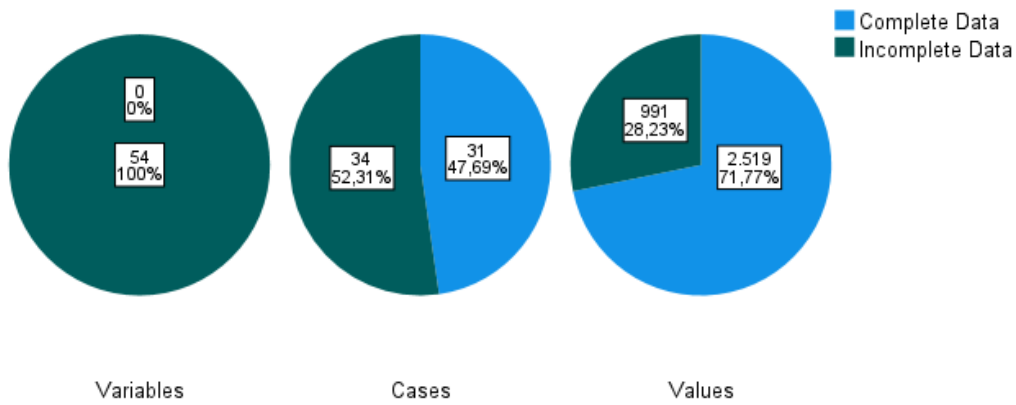
	Cronbach's Alpha	Stelling	Cronach's Alpha if Item Deleted
Voormeting	.635	1	.615
		2	.671
		3	.592
		4	.569
		5	.555
		6	.583
		7	.612
		8	.608
Nameting	.860	1	.844
		2	.853
		3	.825
		4	.847
		5	.829
		6	.831
		7	.858
		8	.856
Follow-up	.859	1	.841
		2	.860
		3	.828
		4	.850
		5	.830
		6	.828
		7	.829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

**Bijlage 7.2. Cronbach's Alfa voor Zelfeffectiviteit**

*Cronbach's Alfa schaal zelfeffectiviteit per meetmoment*

	Cronbach's Alpha	Stelling	Cronach's Alpha if Item Deleted
Voormeting	.597	1	.606
		2	.586
		3	.582
		4	.561
		5	.572
		6	.565
		7	.573
		8	.561
		9	.580
		10	.523
Nameting	.731	1	.728
		2	.736
		3	.734
		4	.714
		5	.665
		6	.696
		7	.709
		8	.715
		9	.707
		10	.684
Follow-up	.812	1	.787
		2	.783
		3	.806
		4	.778
		5	.793
		6	.794
		7	.782
		8	.815
		9	.810
		10	.808

**Bijlage 8. Analyse van de missende data**



**Bijlage 9. Assumpties onafhankelijke t-toets Visie**

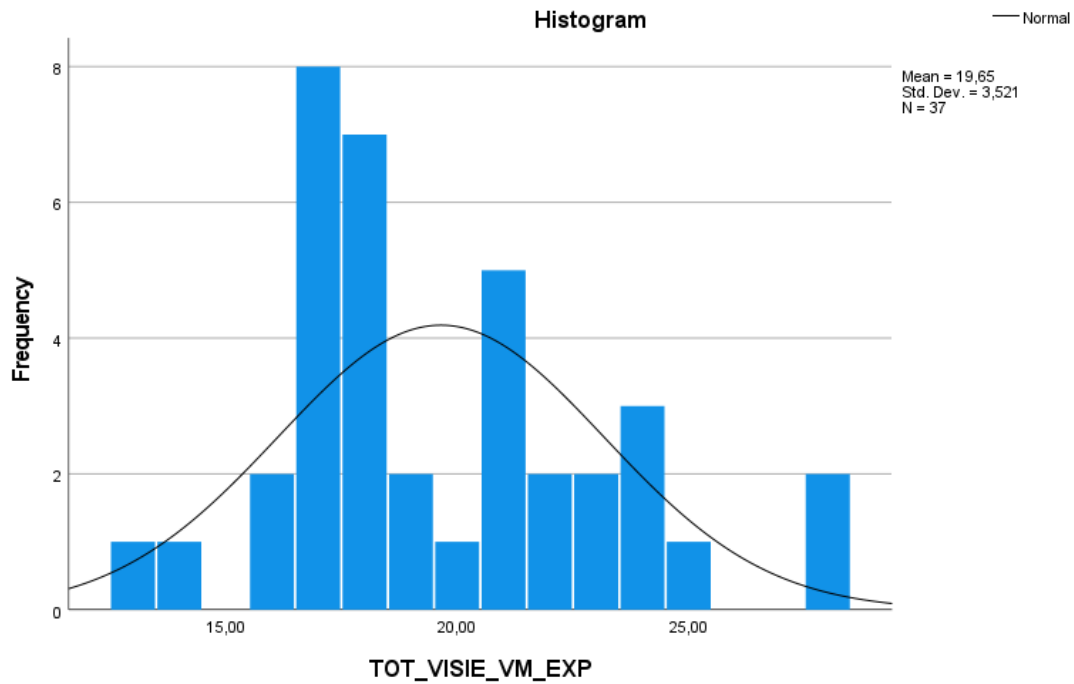
**Bijlage 9.1. Normaliteit toetsen Visie verschillende groepen op verschillende metingen**

*Test voor normaliteit voor de experimentele en controle groep op de verschillende metingen van Visie*

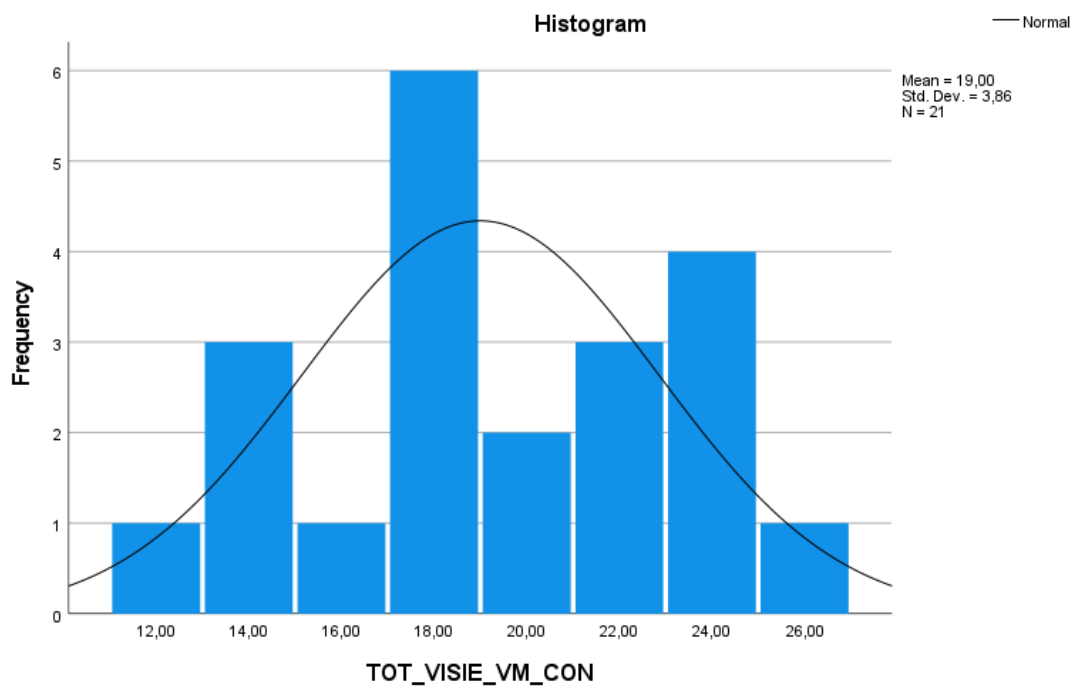
Groep		Shapiro-Wilk		
		t	df	Sig
Voormeting	Experimenteel	.940	37	.046
	Controle	.969	21	.702
Nameting	Experimenteel	.930	28	.060
	Controle	.977	17	.926
Follow-up	Experimenteel	.939	27	.113
	Controle	.943	10	.584

## Bijlage 9.2. Histogrammen

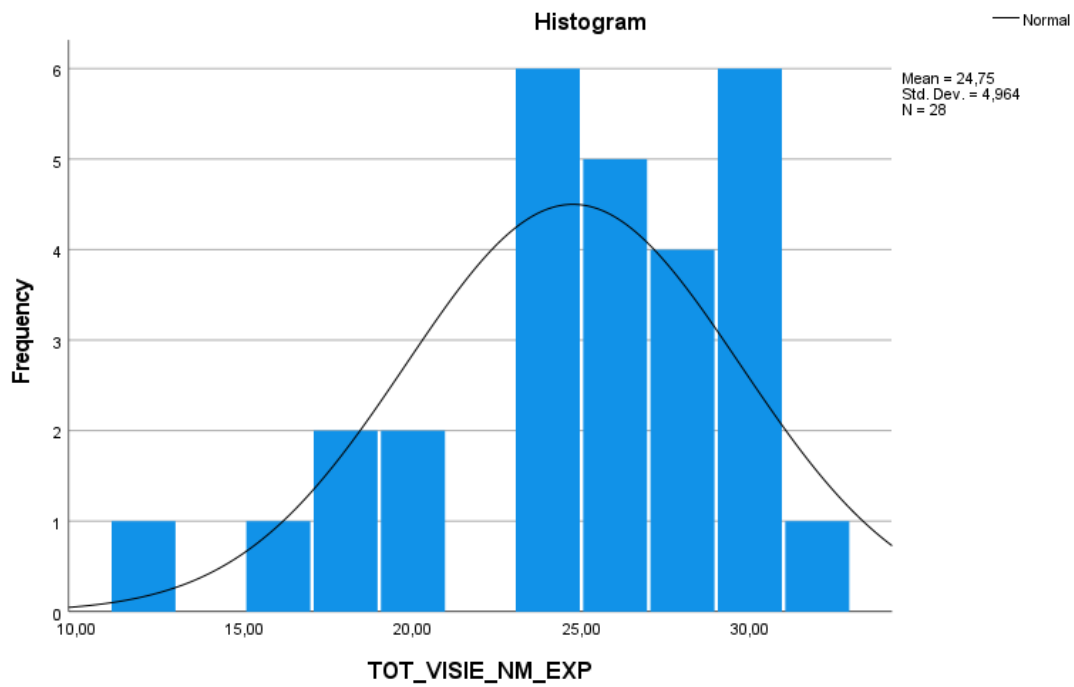
### Bijlage 9.2.1. Voormeting experimenteel



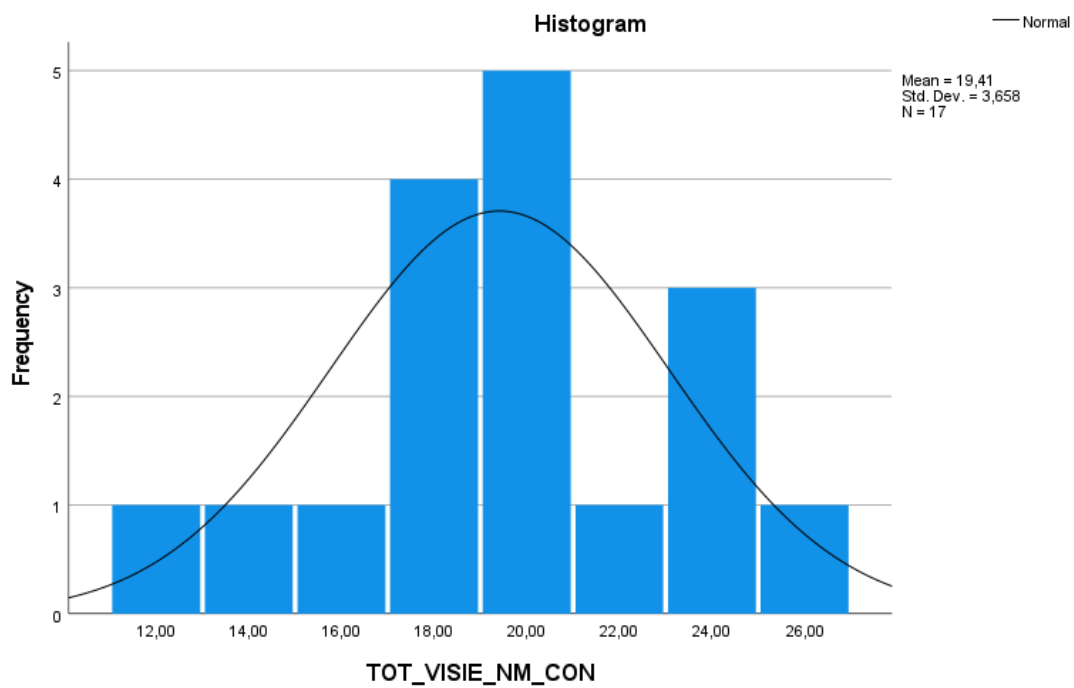
### Bijlage 9.2.2. Voormeting controle



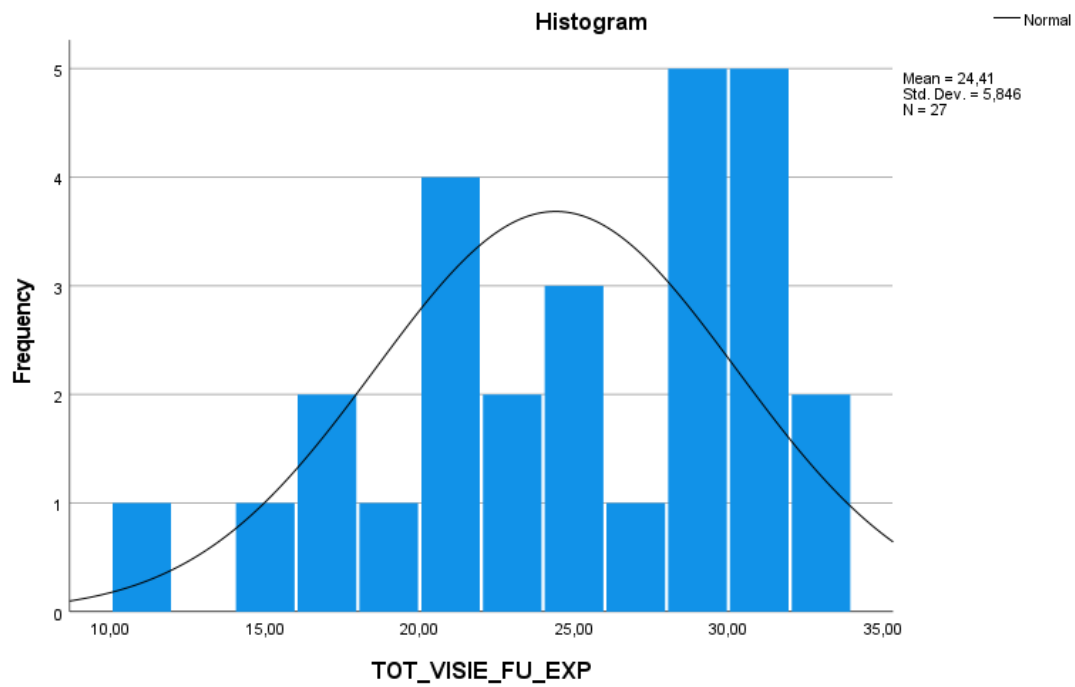
### Bijlage 9.2.3. Nameting experimenteel



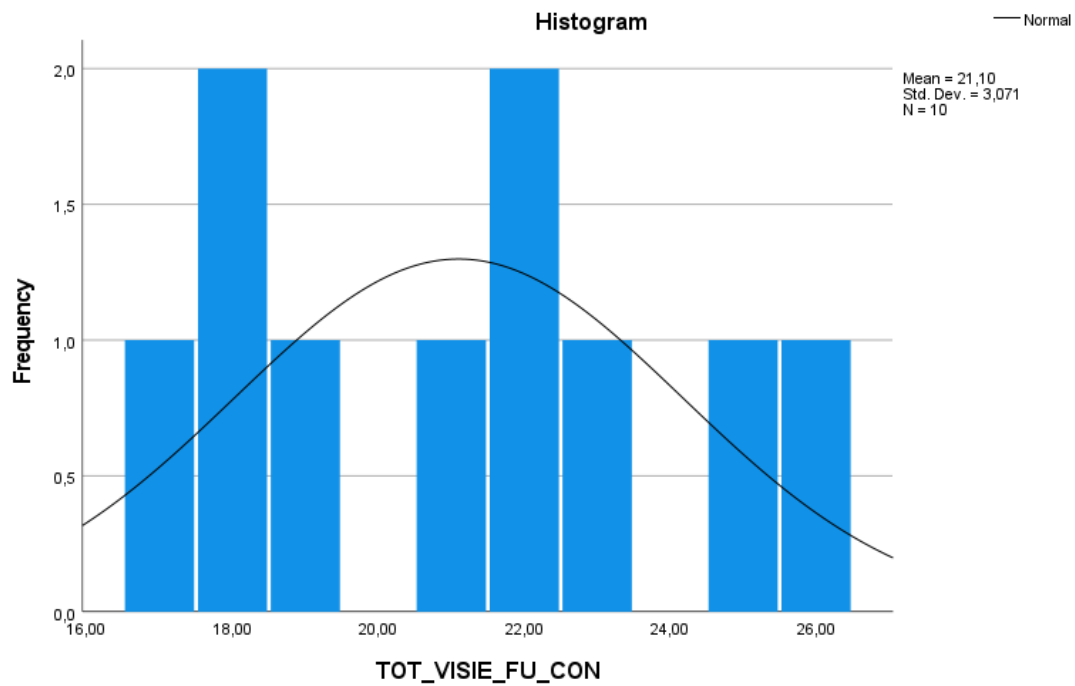
### Bijlage 9.2.4. Nameting controle



**Bijlage 9.2.5. Follow-up experimenteel**

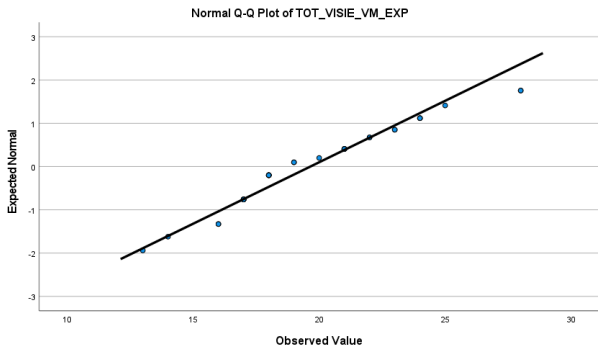


**Bijlage 9.2.6. Follow-up controle**

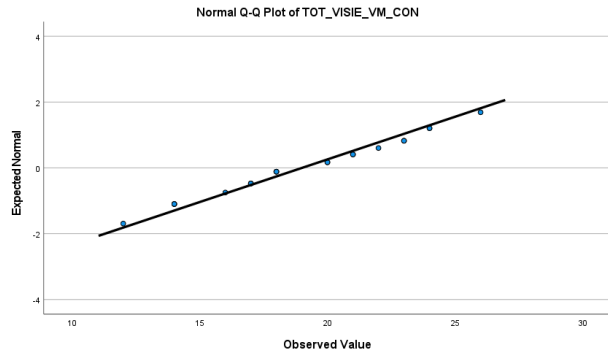


### Bijlage 9.3. QQ-plots

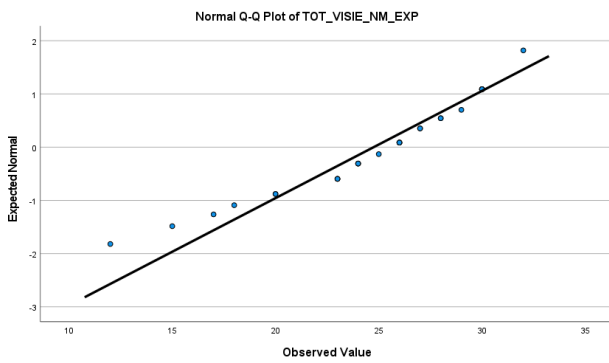
#### Bijlage 9.3.1. Voormeting experimenteel



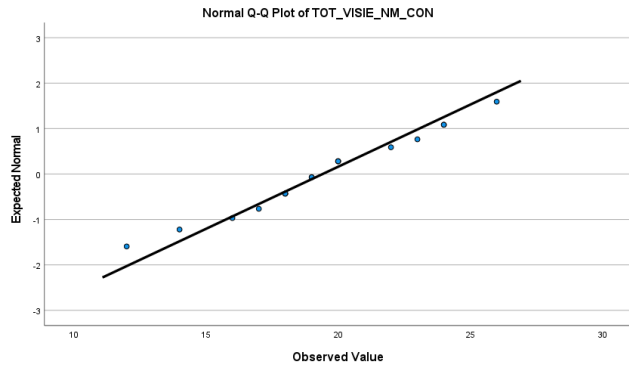
#### Bijlage 9.3.2. Voormeting controle



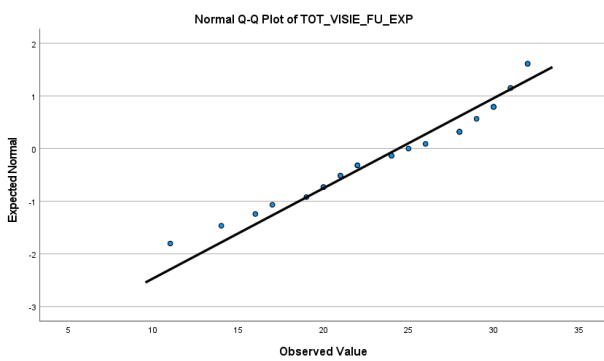
#### Bijlage 9.3.3. Nameting experimenteel



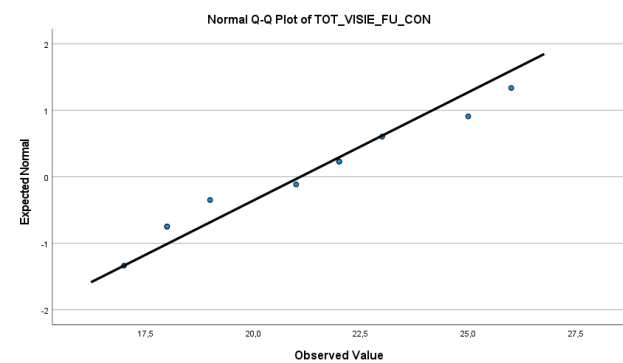
#### Bijlage 9.3.4. Nameting controle



#### Bijlage 9.3.5. Follow-up experimenteel



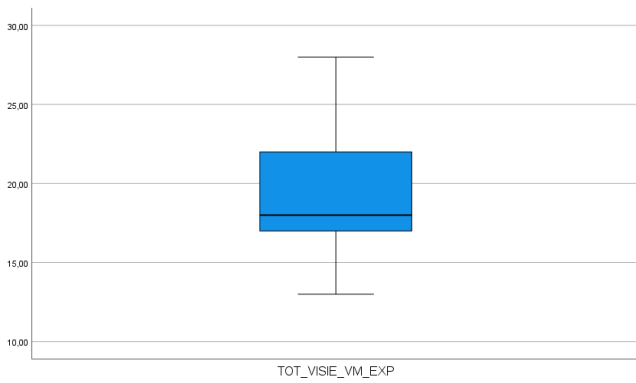
#### Bijlage 9.3.6. Follow-up controle



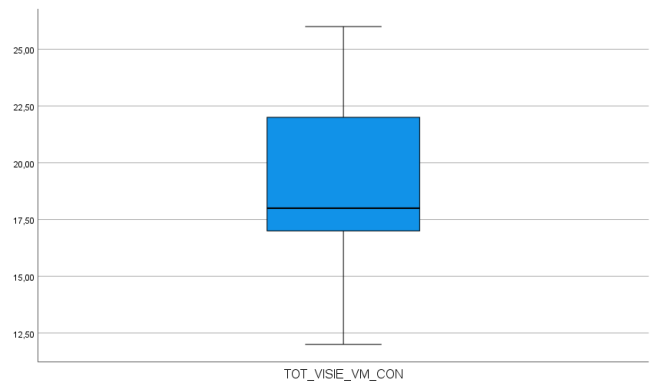


## Bijlage 9.4. QQ-plots

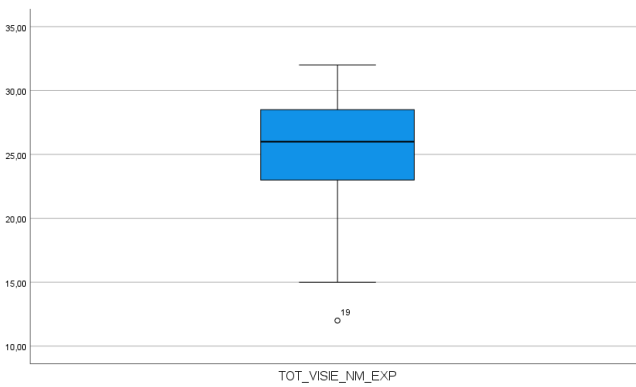
### Bijlage 9.4.1. Voormeting experimenteel



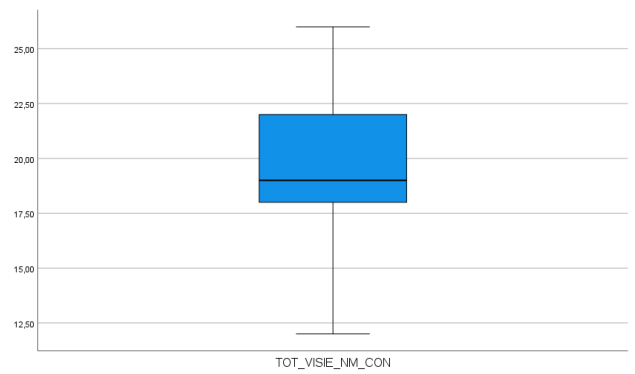
### Bijlage 9.4.2. Voormeting controle



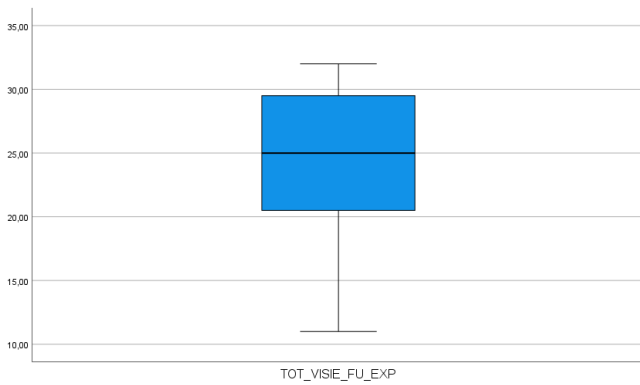
### Bijlage 9.4.3. Nameting experimenteel



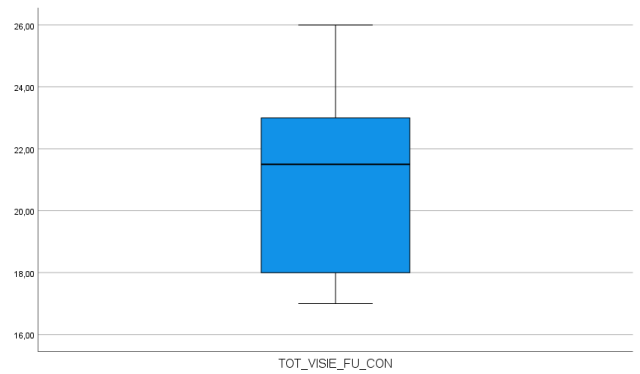
### Bijlage 9.4.4. Nameting controle



### Bijlage 9.4.5. Follow-up experimenteel



### Bijlage 9.4.6. Follow-up controle



**Bijlage 10. Assumpties onafhankelijke t-toets Zelfeffectiviteit**

**Bijlage 10.1.1. Normaliteit toetsen Zelfeffectiviteit verschillende groepen op verschillende metingen**

*Test voor normaliteit voor experimentele en controlegroep op de verschillende metingen van Zelfeffectiviteit*

	Groep		Shapiro-Wilk	
			df	Sig
Voormeting	Experimenteel	.973	36	.523
	Controle	.974	21	.829
Nameting	Experimenteel	.793	28	<.001
	Controle	.925	17	.179
Follow-up	Experimenteel	.819	27	<.001
	Controle	.913	9	.338

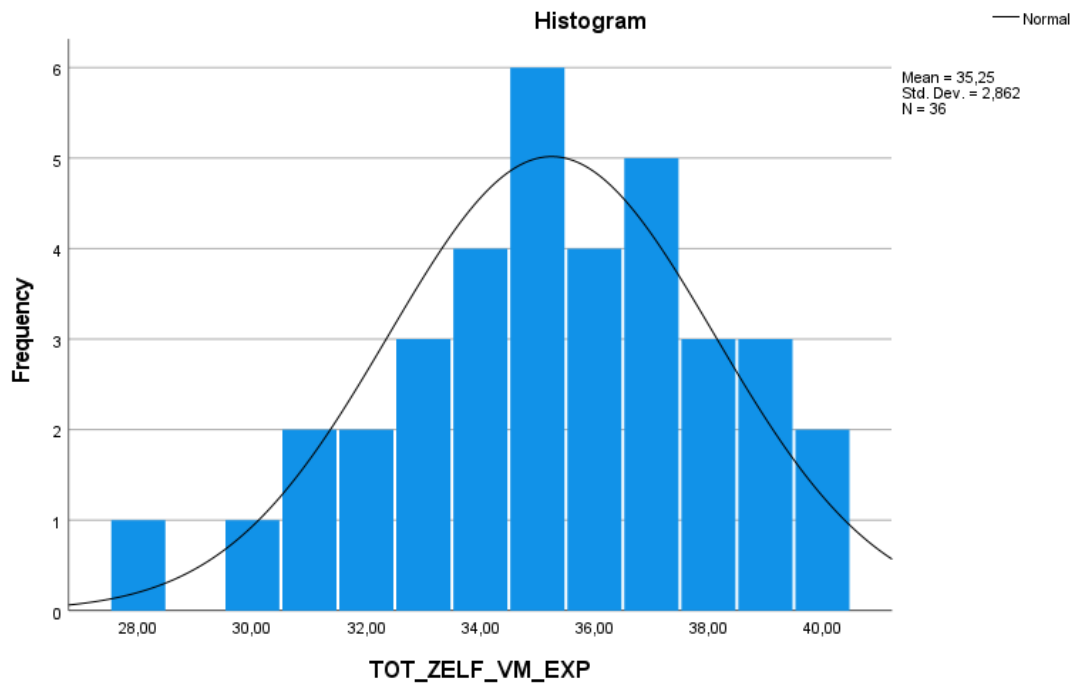
**Bijlage 10.1.2 Normaliteit toetsen Zelfeffectiviteit verschillende groepen op verschillende metingen na verwijdering extreme uitbijters**

*Test voor normaliteit voor experimentele en controlegroep op de verschillende metingen van Zelfeffectiviteit na verwijdering extreme uitbijters*

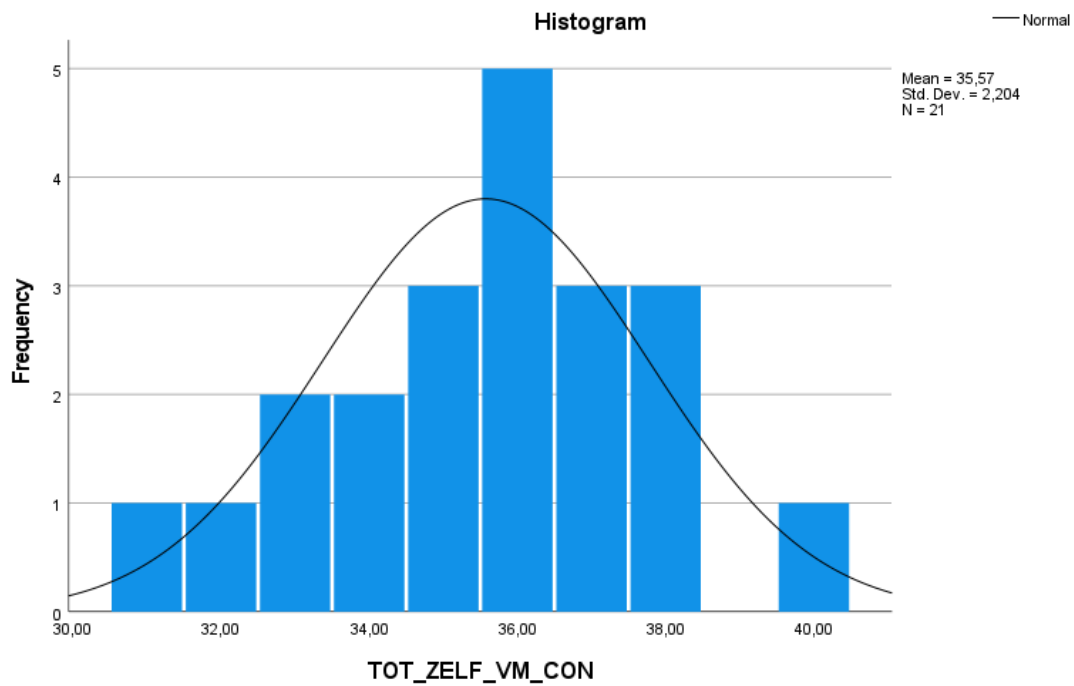
	Groep		Shapiro-Wilk	
			df	Sig
Voormeting	Experimenteel	.973	36	.523
	Controle	.974	21	.829
Nameting	Experimenteel	.929	27	.065
	Controle	.925	17	.179
Follow-up	Experimenteel	.966	26	.521
	Controle	.913	9	.338

## Bijlage 10.2. Histogrammen

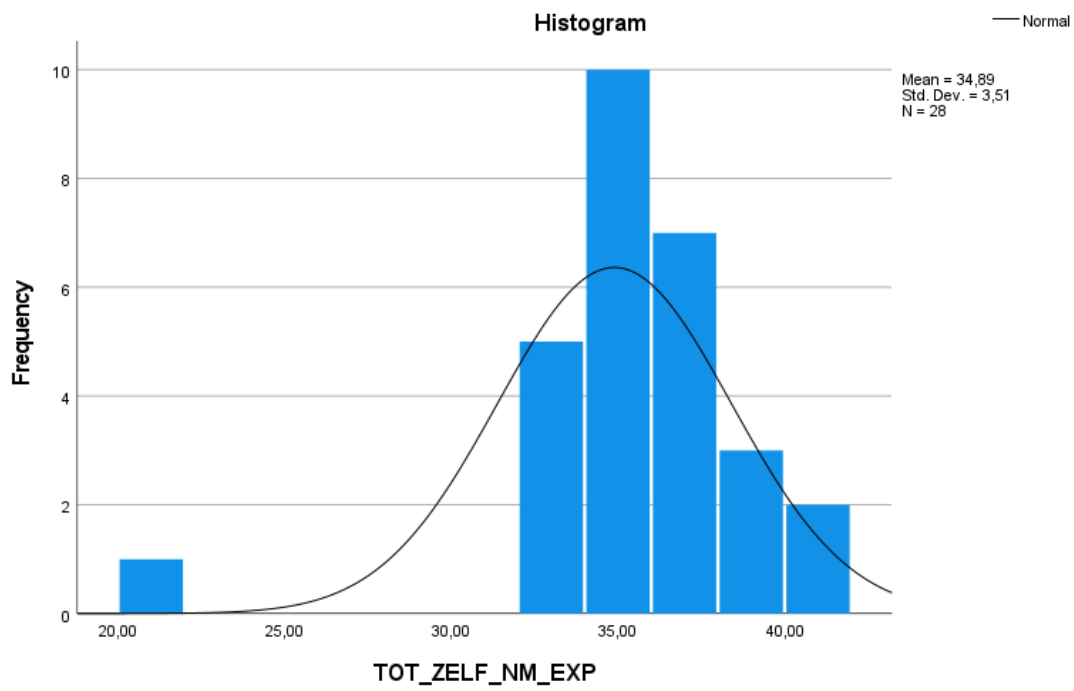
### Bijlage 10.2.1. Voormeting experimenteel



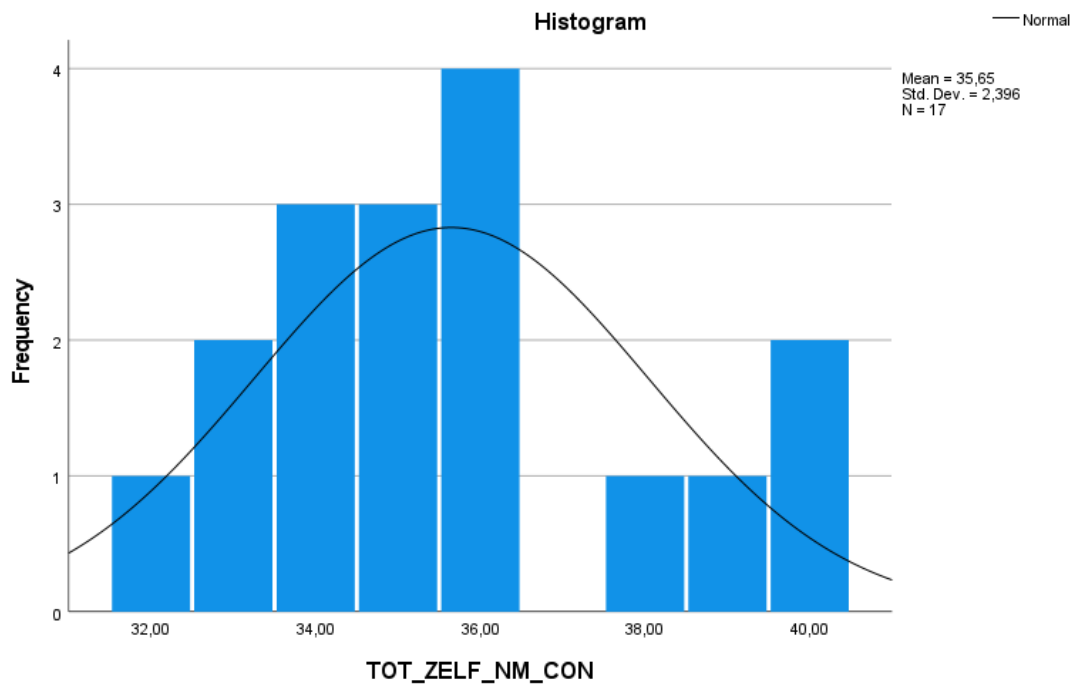
### Bijlage 10.2.2. Voormeting controle



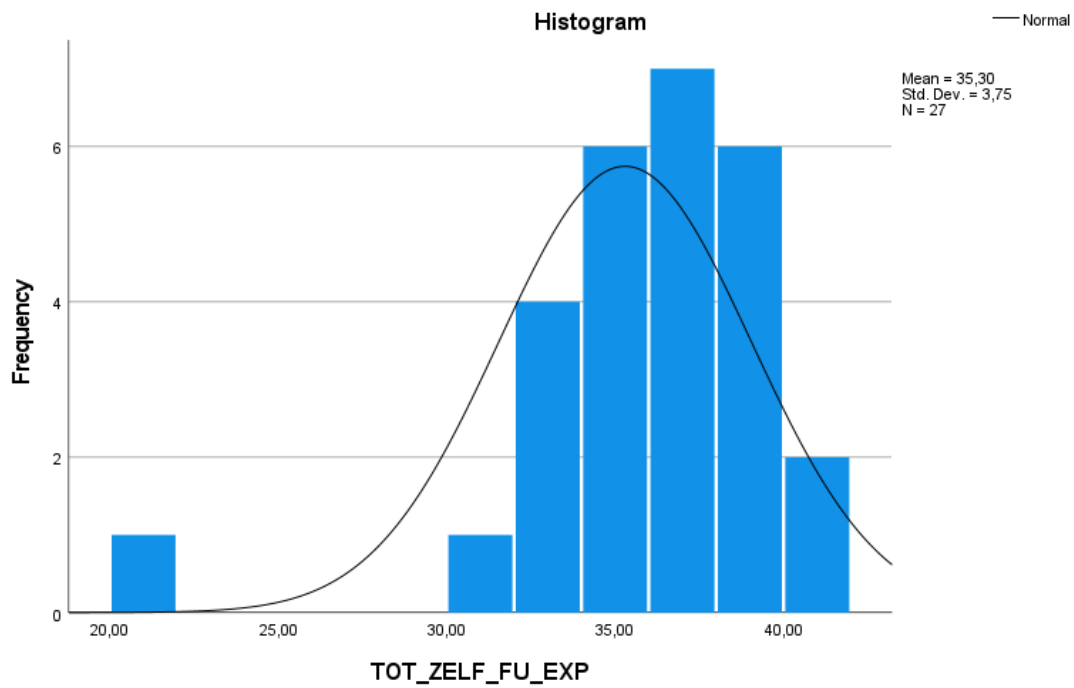
### Bijlage 10.2.3. Nameting experimenteel



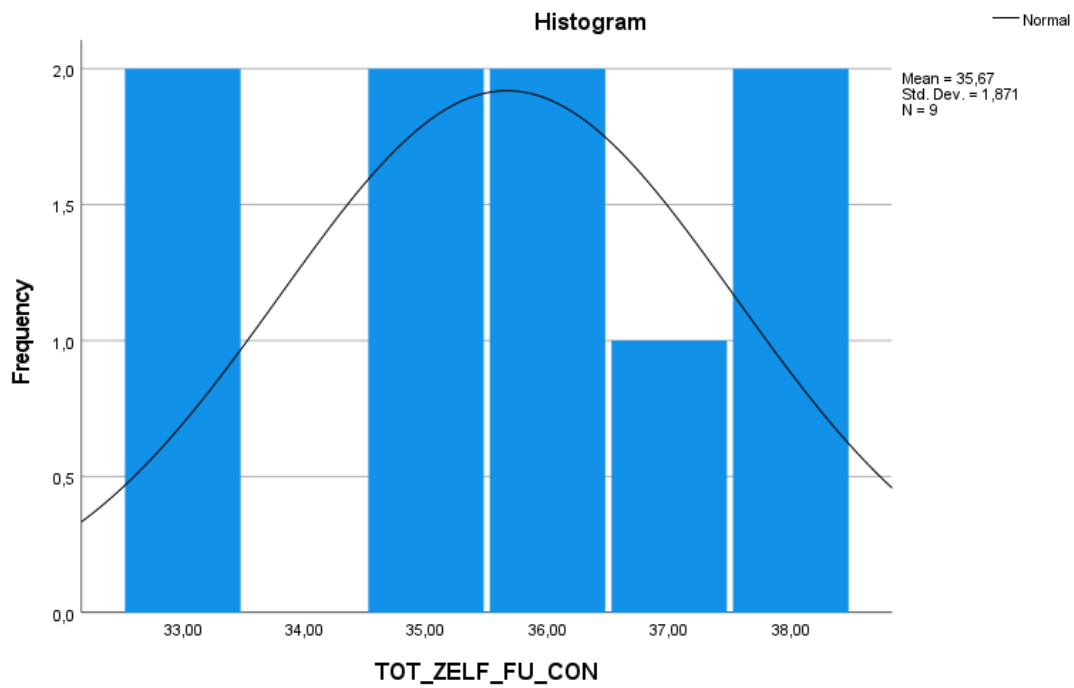
### Bijlage 10.2.4. Nameting controle



**Bijlage 10.2.5. Follow-up experimenteel**

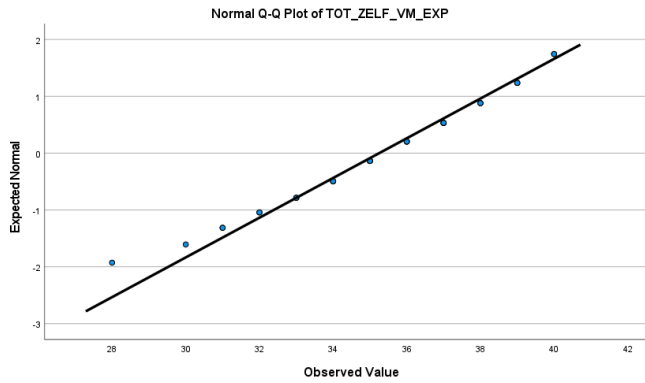


**Bijlage 10.2.6. Follow-up controle**

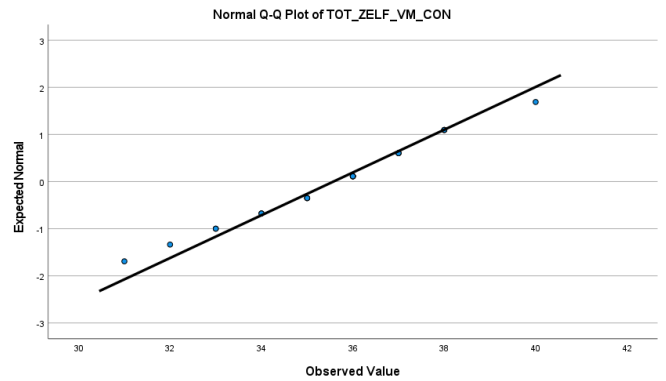


### Bijlage 10.3. QQ-plots

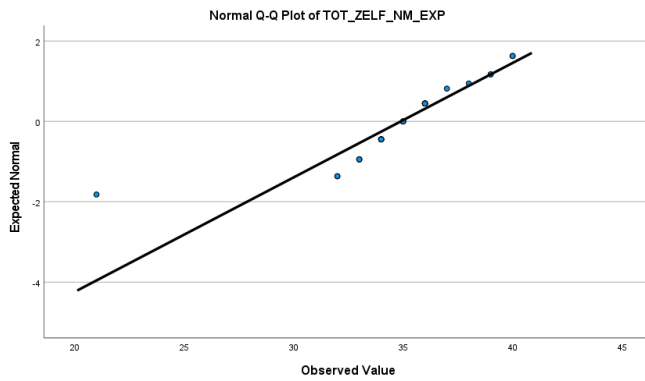
#### Bijlage 10.3.1. Voormeting experimenteel



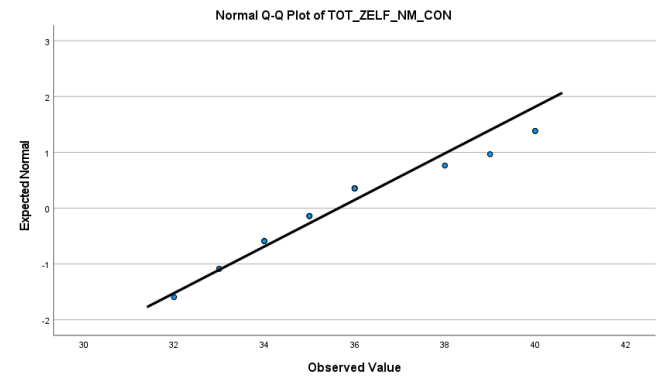
#### Bijlage 10.3.2. Voormeting controle



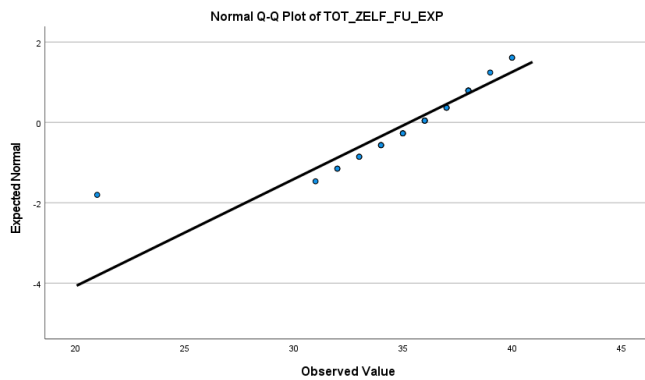
#### Bijlage 10.3.3. Nameting experimenteel



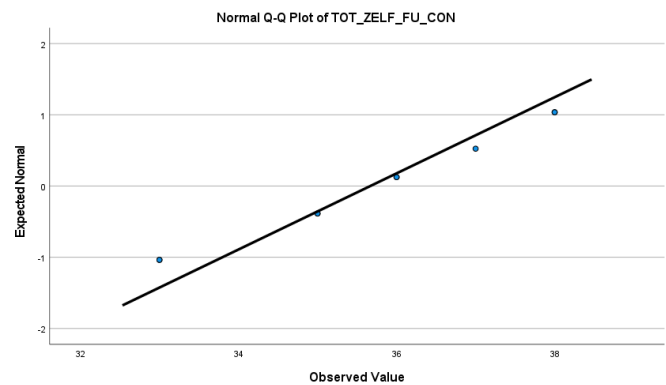
#### Bijlage 10.3.4. Nameting controle



#### Bijlage 10.3.5. Follow-up experimenteel

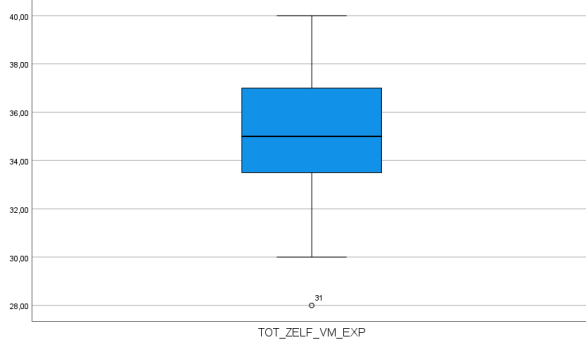


#### Bijlage 10.3.6. Follow-up controle

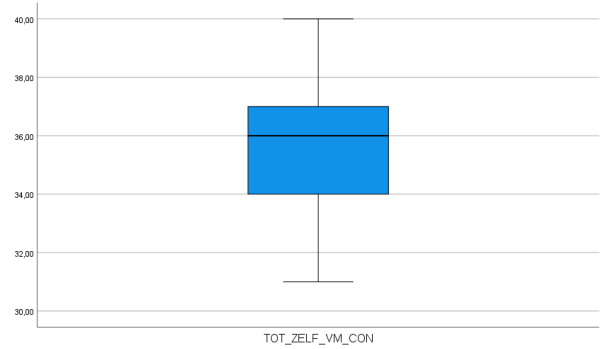


## Bijlage 10.4. QQ-plots

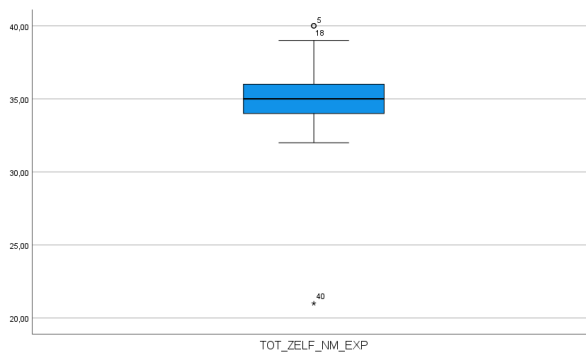
### Bijlage 10.4.1. Voormeting experimenteel



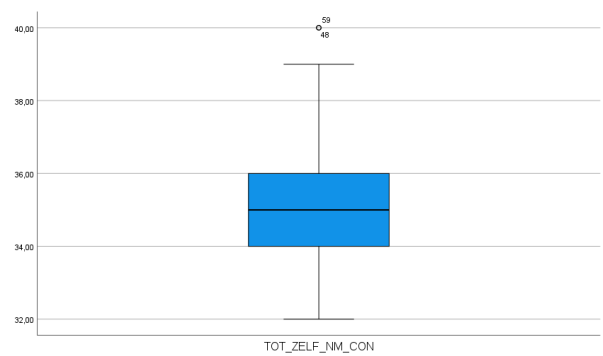
### Bijlage 10.4.2. Voormeting controle



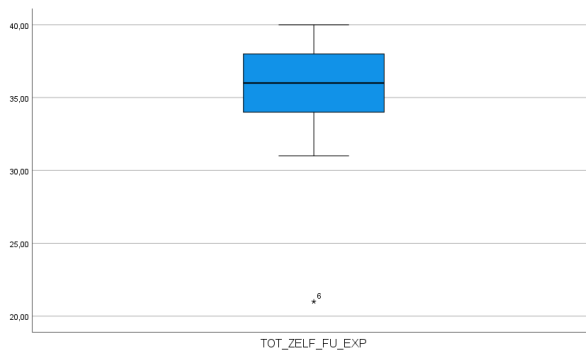
### Bijlage 10.4.3. Nameting experimenteel



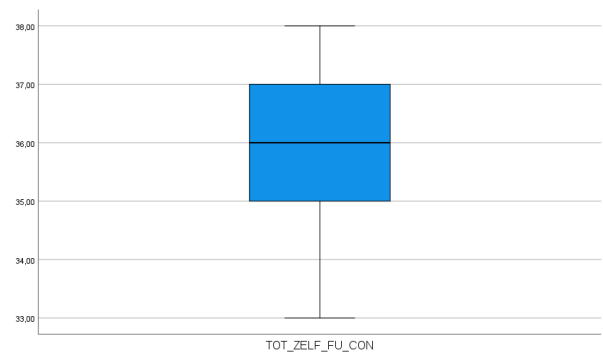
### Bijlage 10.4.4. Nameting controle



### Bijlage 10.4.5. Follow-up experimenteel

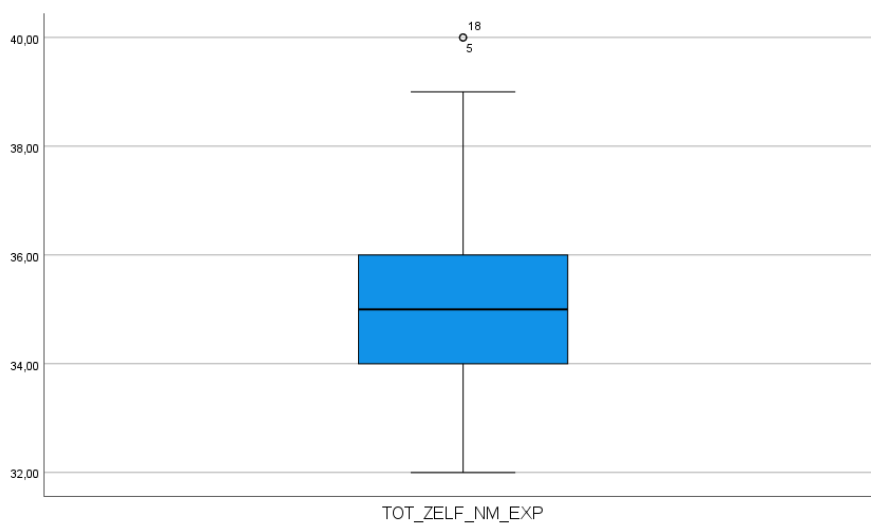
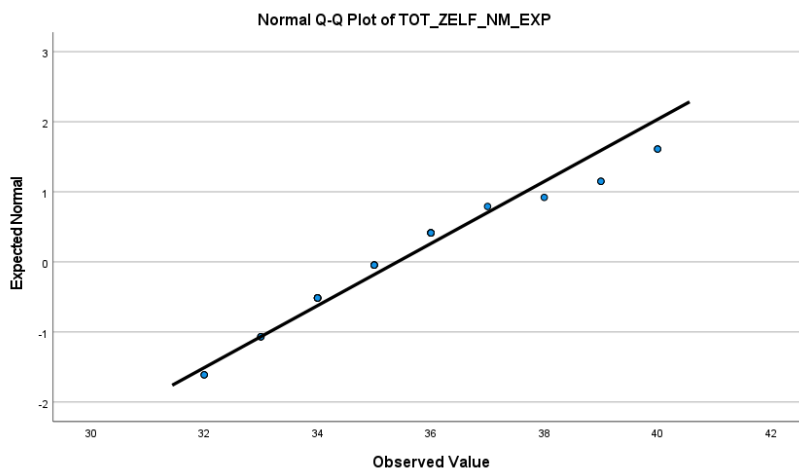
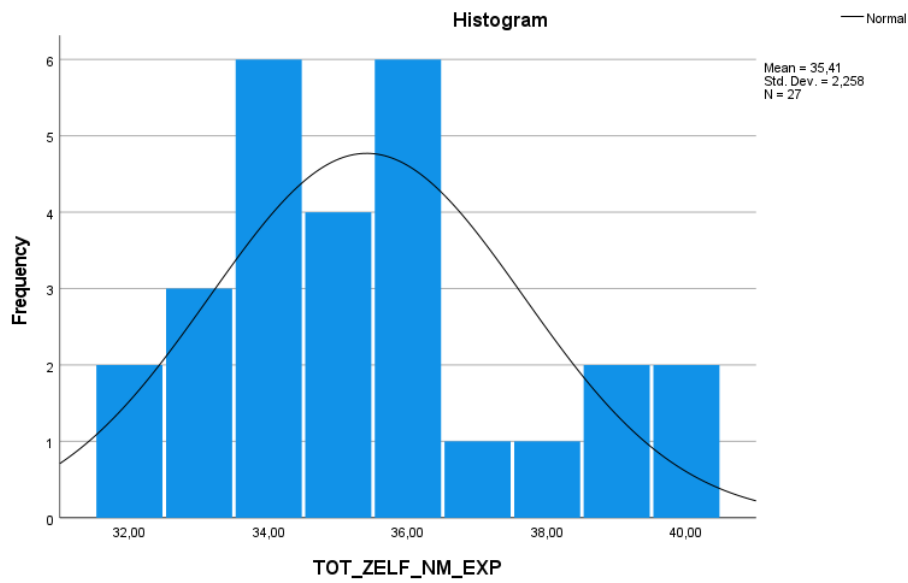


### Bijlage 10.4.6. Follow-up controle



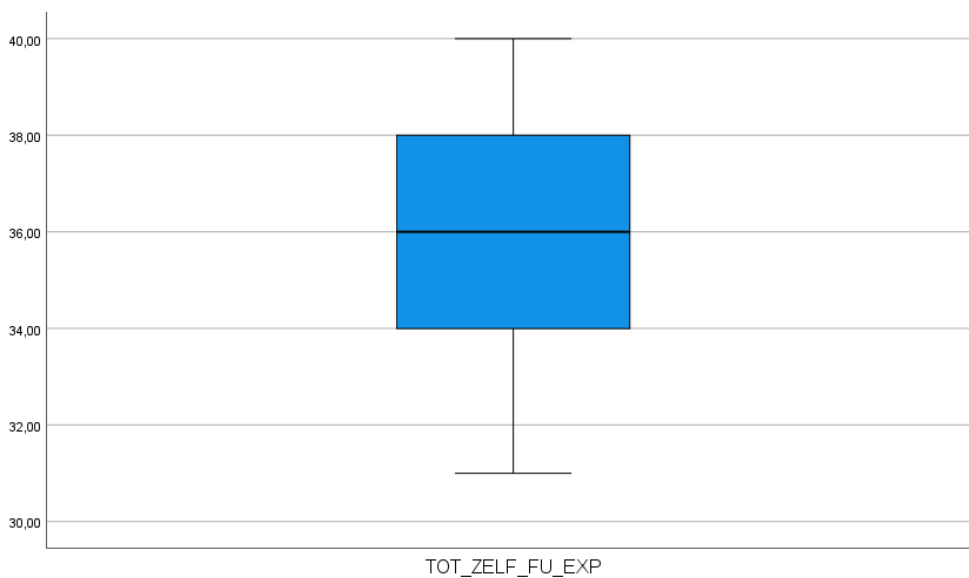
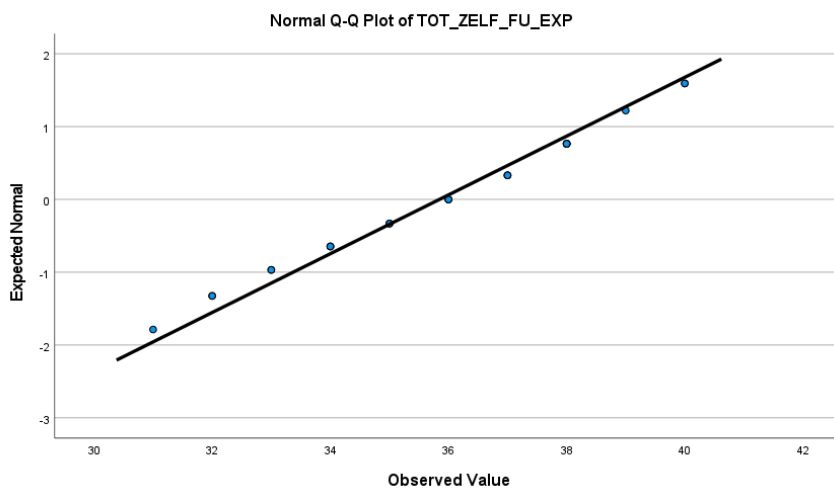
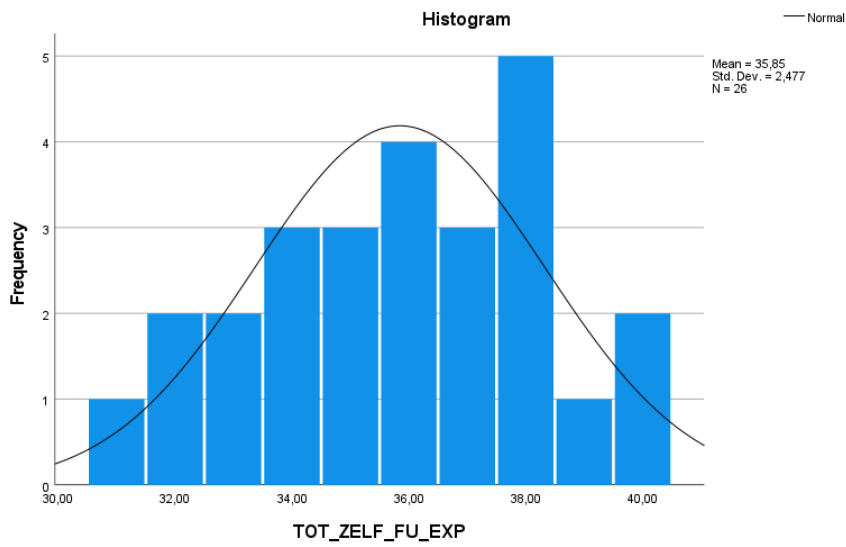
## Bijlage 10.5. Histogram, QQ-plot en boxplot

### Bijlage 10.5.1. Nameting experimenteel na verwijdering extreme uitbijter





**Bijlage 10.5.2. Follow-up experimenteel na verwijdering extreme uitbijter**



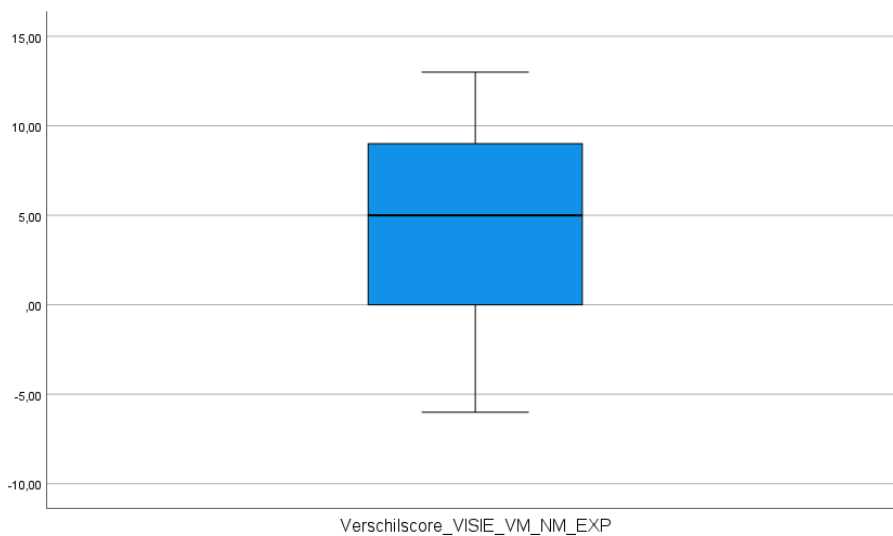
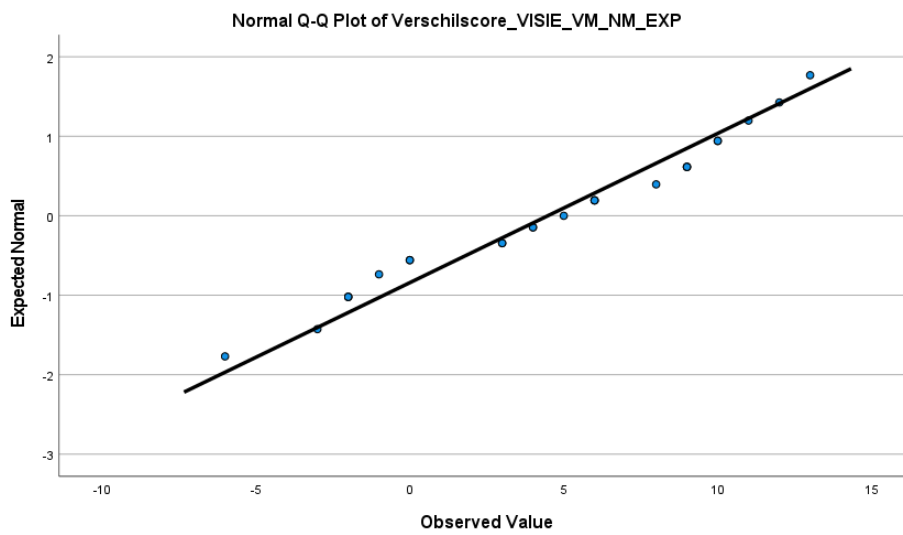
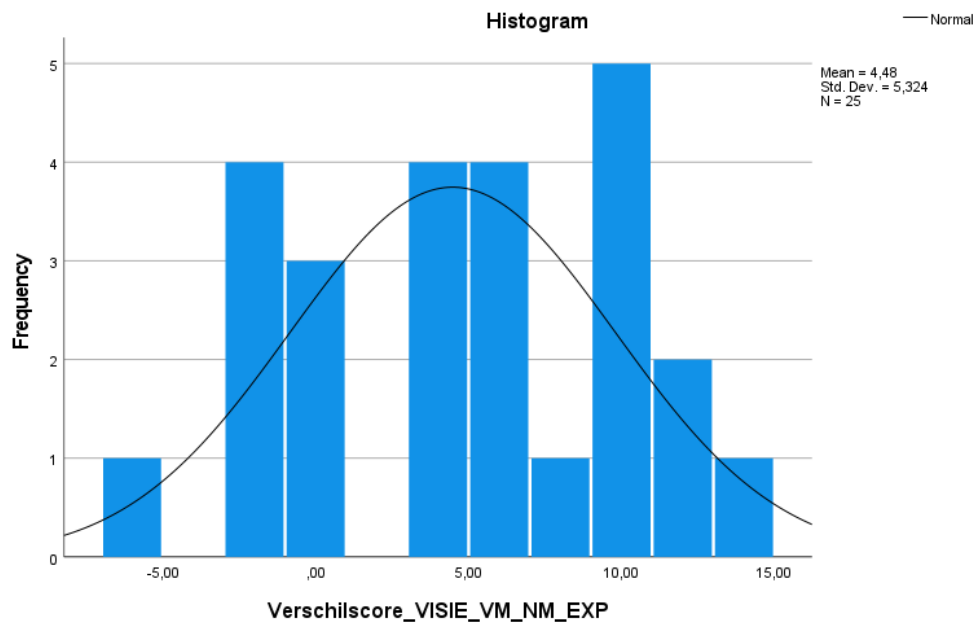
**Bijlage 11. Assumptie normaliteit toetsen Pearson's r**

**Bijlage 11.1 Normaliteit toetsen Verschilcores VM-NM Visie en Verschilcore VM-NM Zelfeffectiviteit en Waardering**

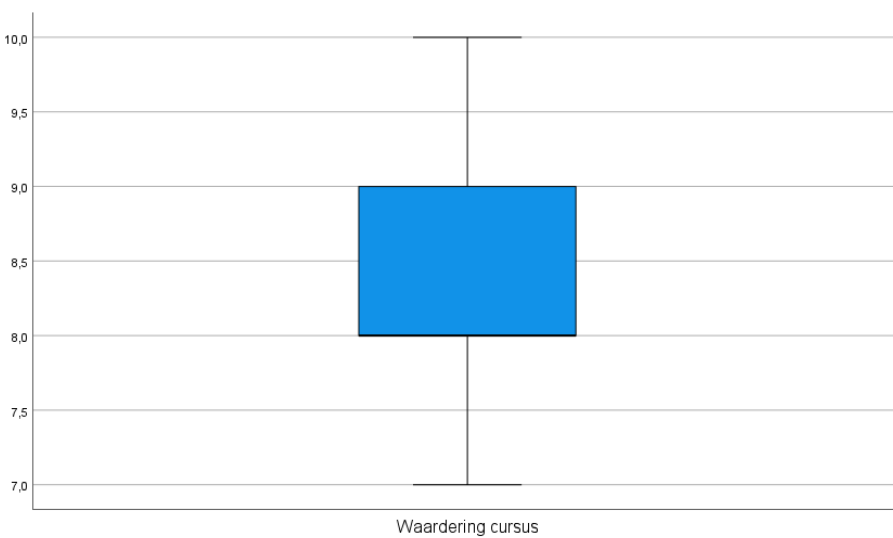
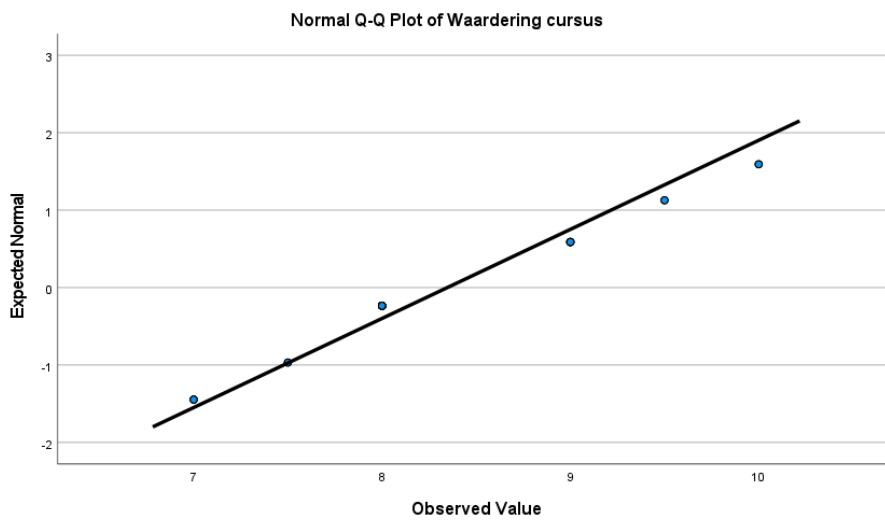
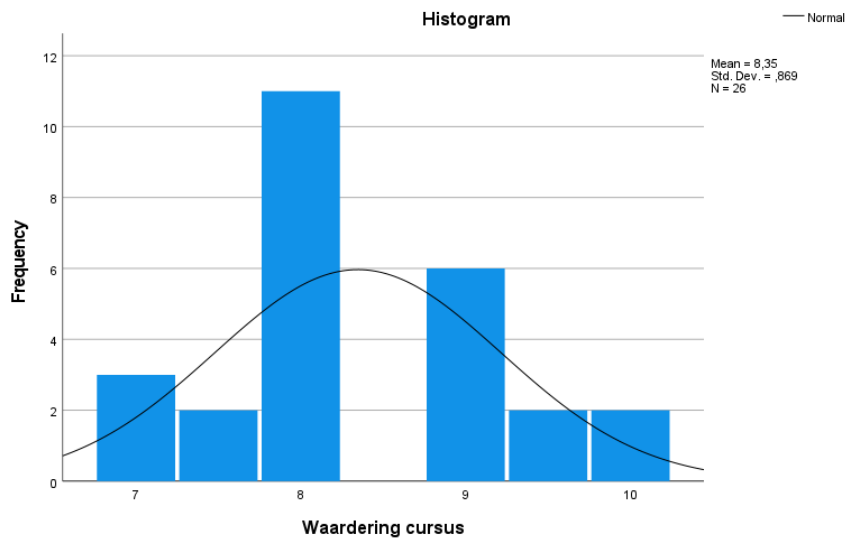
*Test voor normaliteit voor de Verschilcore VM\_NM Visie, Verschilcore VM-NM zelfeffectiviteit en Waardering van de experimentele groep*

		Shapiro-Wilk	
		df	Sig.
Verschilcore VM-NM Visie	.965	23	.563
Verschilcore VM-NM Zelfeffectiviteit	.958	23	.433
Waardering van de cursus	.909	23	.039

**Bijlage 11.2 Histogram, QQ-plot en boxplot Verschilscore VM-NM Visie experimentele groep**



### Bijlage 11.3 Histogram, QQ-plot en boxplot Waardering



**Bijlage 11.4 Histogram, QQ-plot en boxplot Verschilscore VM-NM Zelfeffectiviteit experimentele groep**

