

Sociaal-emotionele vaardigheden van jongeren met ADHD



Naam: Nienke Smidt

Universiteit Leiden & Saxion Hogeschool Academie Mens & Arbeid (AMA)

Ingeleverd op: 1 juli 2016



Universiteit
Leiden



Titelpagina

Sociaal-emotionele vaardigheden van jongeren (12-18 jaar) met ADHD.

Nienke Smidt

323912

Bachelorthesis Toegepaste Psychologie

1^e begeleider: J. Veldhuijzen

2^e begeleider: G. Roemer

19 juni 2016, Deventer

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie *Sociaal-Emotionele Vaardigheden van jongeren met ADHD*. Deze scriptie is gemaakt als afsluiting van mijn opleiding Toegepaste Psychologie aan Saxion in Deventer. In de afgelopen vier jaar heb ik veel geleerd en mijzelf ontwikkeld. Het doel van deze scriptie is om de kennis en vaardigheden die ik heb opgedaan de afgelopen jaren, toe te passen.

Tijdens mijn afstudeerproces ben ik bijgestaan door verschillende mensen, die ik hierbij wil bedanken. Ik wil mijn begeleider Jaap Veldhuijzen bedanken voor zijn feedback en tips tijdens het schrijfproces. Ook wil ik hem bedanken voor het beantwoorden van mijn vragen en talloze mailtjes. Ook wil ik mijn tweede begeleider Guido Roemer bedanken voor zijn duidelijke mening en feedback.

Ik wil mijn opdrachtgever prof. dr. Scholte bedanken voor deze leuke afstudeeropdracht. Verder bedank ik hem hierbij ook voor het beantwoorden van al mijn vragen.

Ook wil ik mijn medestudent Maaïke Noppers bedanken voor haar steun. Als ik het even niet meer zag zitten, heeft zij ervoor gezorgd dat ik naar de positieve dingen keek. Samen hebben we tijdens de afgelopen periode veel geleerd en gelachen.

Als laatste wil ik mijn ouders en broertje bedanken voor hun begrip en steun tijdens mijn studie. Het was niet altijd even makkelijk maar door jullie heb ik toch altijd doorgezet.

Veel leesplezier gewenst.

Nienke Smidt

Deventer, 19 juni 2016

Inhoudsopgave

Titelpagina	1
Voorwoord	2
Samenvatting.....	4
Hoofdstuk 1: Aanleiding.....	5
1.1 Opdrachtgever	5
1.2 Aanleiding	5
1.3 Onderzoeksvraag/deelvragen & doelstelling	6
1.4 Leeswijzer	7
Hoofdstuk 2: Theoretisch Kader	8
2.1 Beschrijving ADHD	8
2.2 Sociaal-emotionele vaardigheden ADHD	10
2.3 Intrapersoonlijke vaardigheden.....	10
2.4 Interpersoonlijke vaardigheden.....	11
2.5 Conceptueel model	12
Hoofdstuk 3: Methoden van onderzoek.....	13
3.1 De onderzoeksopzet	13
3.2 De onderzoeksdoelgroep.....	13
3.3 De onderzoeksmiddelen	14
3.4 De onderzoeksprocedure.....	14
3.5 Hypothesen en statistische analyses.....	15
Hoofdstuk 4: Resultaten & hypothesetoetsing	16
4.1 Respons	16
4.2 Resultaten & hypothesen toetsing	17
Hoofdstuk 5: Conclusie, discussie & aanbevelingen.....	19
5.1 Conclusie	19
5.2 Discussie.....	20
5.3 Aanbevelingen	21
Bijlage 1: Literatuurlijst	23
Bijlage 2: APA criteria.....	25
Bijlage 3: Interventies	28
Bijlage 4: Respondenten	35
Bijlage 5: Chi-kwadraat.....	36
Bijlage 6: Mail aan scholen.....	37
Bijlage 7: Brief directie.....	38
Bijlage 8: Brief ouders/verzorgers	39
Bijlage 9: Stellingen	40
Bijlage 10: Eigen werkverklaring	41

Samenvatting

De opdrachtgever is de heer Scholte, hij is docent en onderzoeker aan de Universiteit van Leiden. Het onderwerp van deze scriptie is de sociaal-emotionele vaardigheden van jongeren met ADHD. Sinds de komst van Passend Onderwijs worden er meer kinderen op een reguliere onderwijsinstelling geplaatst. Dat betekent dat er meer expertise gevraagd wordt van een school en zijn medewerkers, er is vraag naar hoe een school leerlingen goed kan begeleiden. De focus ligt op de ondersteuningsbehoefte van de leerling en hoe de school hieraan kan voldoen. Dit onderzoek heeft als doel om de vaardigheden van jongeren in kaart te brengen, volgens de literatuur en volgens empirisch onderzoek. Er wordt in dit onderzoek ook beschreven welke interventies en methoden er zijn om de sociaal-emotionele vaardigheden te kunnen versterken.

Voor dit onderzoek is de literatuur geraadpleegd om de stoornis ADHD uitgebreid te beschrijven en om het begrip sociaal-emotionele vaardigheden te definiëren. ADHD is een neurobiologische ontwikkelingsstoornis, met drie hoofdkenmerken namelijk aandachttrekort, hyperactiviteit en impulsiviteit. Bij ADHD wordt er onderscheid gemaakt in mate van ernst en types. Deze stoornis heeft gevolgen op verschillende ontwikkelingsgebieden, waaronder pedagogisch, sociaal, emotioneel en cognitief. De uiting van ADHD kan verschillen in de ontwikkelingsfasen. ADHD is één van de meest gestelde diagnoses bij kinderen, er wordt geschat dat deze stoornis bij 3-5% van de kinderen voorkomt. Het begrip sociaal-emotionele vaardigheden betreft het vermogen om te communiceren, mee te leven, zichzelf te sturen en bewustzijn van zichzelf. Met behulp van de literatuur is een overzicht gemaakt van de vaardigheden bij jongeren met ADHD, wat laat zien hoe ADHD de sociaal-emotionele vaardigheden beïnvloedt.

Om de sociaal-emotionele vaardigheden van jongeren met ADHD empirisch te inventariseren, is gebruik gemaakt van de Sociaal-Emotionele Vragenlijst (SEV) en de Vragenlijst Psychosociale Vaardigheden (VPV). Deze twee vragenlijsten zijn samengevoegd tot één survey. De SEV wordt in dit onderzoek gebruikt om te bepalen of er sprake is van ADHD, de VPV wordt gebruikt om de vaardigheden in kaart te brengen. De respondenten zijn geworven via scholen, er zijn zowel reguliere als speciale voortgezet onderwijsinstellingen benaderd. De scholen kregen een mail met begeleidende brief, waarin informatie over het onderzoek stond en toestemming tot medewerking werd gevraagd. Wanneer een school deel wilde nemen, werd een brief naar de ouders verstuurd. De respondenten van dit onderzoek zijn ouders van jongeren, elke ouder van de deelnemende school kon de vragenlijst invullen. In de brief stond uitleg over de vragenlijst en een link naar de vragenlijst zodat deze digitaal kon worden ingevuld.

De vragenlijst is ingevuld door 91 ouders van 12 tot 18 jarigen. Bij 38 van deze jongeren is volgens de SEV sprake van ADHD. De steekproef komt wat geslachtsverdeling betreft niet overeen met de literatuur. Volgens het empirisch onderzoek beschikken de jongeren met ADHD over statistisch significant lagere sociaal-emotionele vaardigheden dan hun leeftijdsgenoten. Dit blijkt uit vergelijking met de normgroep van de VPV en met vergelijking van de jongeren zonder ADHD uit de steekproef.

De conclusie in dit onderzoek is dat jongeren met ADHD, volgens de literatuur en empirisch onderzoek, beschikken over minder ontwikkelde sociaal-emotionele vaardigheden. In vergelijking met hun leeftijdsgenoten zonder ADHD, scoren jongeren met ADHD lager op alle schalen van de VPV. Om deze vaardigheden te versterken zijn er verschillende interventiemethoden, erkend door het Nederlands Jeugdinstituut. Deze interventies kunnen worden gegeven in de vorm van een docenttraining of een interventie in de klas. Er wordt aanbevolen dat scholen begeleiding bieden aan leerlingen die moeilijkheden hebben op het sociaal-emotionele vlak, een school zal met ouders, docenten en een gedragsdeskundige moeten overleggen om informatie te verzamelen. Het is ook aan te bevelen dat een school nagaat in hoeverre docenten behoefte hebben aan training. Vandaaruit kan worden bepaald welke interventie het meest geschikt is voor de leerling. De laatste aanbeveling is om meer onderzoek te doen, zowel naar de gevolgen van de samenvoeging van de SEV en de VPV als naar de verschillen tussen afname van deze testen schriftelijk of digitaal.

Hoofdstuk 1: Aanleiding

In dit hoofdstuk staat achtereenvolgens de opdrachtgever van het onderzoek, de aanleiding voor het onderzoek, de relevantie van het onderzoek en het doel van het onderzoek beschreven.

1.1 Opdrachtgever

De opdrachtgever van dit onderzoek is de heer E. Scholte. De opdrachtgever werkt bij de universiteit van Leiden, waar wetenschappelijk onderwijs in de vorm van Bachelor, Master, PhD en post academisch onderwijs wordt aangeboden. Op de universiteit wordt niet alleen onderwijs gegeven aan aanstaande professionals, er wordt ook veel wetenschappelijk onderzoek gedaan. Deze universiteit heeft zeven faculteiten, de opdrachtgever is als professor/onderzoeker werkzaam bij de faculteit Sociale Wetenschappen, op de afdeling Pedagogische Wetenschappen. Deze afdeling kent vier secties, de opdrachtgever is verbonden aan de sectie Orthopedagogiek. Het onderzoek vindt plaats binnen de onderzoekslijn Ontwikkelingsstoornissen waar de focus ligt op diagnostiek en begeleiding/behandeling van kinderen of jongeren die problemen in hun ontwikkeling ervaren.

1.2 Aanleiding

Het onderwerp van deze scriptie is de sociaal-emotionele vaardigheden bij adolescenten (12-18 jaar oud) met ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder /Aandachttekort-Hyperactiviteitstoornis). De opdrachtgever wil graag een duidelijk beeld van welke sociaal-emotionele vaardigheden deze adolescenten bezitten, welke zij eventueel niet genoeg bezitten of welke vaardigheden nog ontbreken. Ook wil de opdrachtgever graag een overzicht van begeleidende/behandelende interventies, trainingen en/of methoden die deze adolescenten kunnen ondersteunen in hun ontwikkeling.

Sinds 1 augustus 2014 is de wet Passend Onderwijs ingevoerd. Dit betekent dat scholen een passende onderwijsplek moeten aanbieden aan leerlingen. Dit geldt ook voor leerlingen die behoefte hebben aan meer ondersteuning of begeleiding (Hofstetter & Bijstra, 2014). Passend Onderwijs houdt in dat leerlingen naar een reguliere onderwijsinstelling gaan als dit mogelijk is. De school is verantwoordelijk voor een onderwijsplek die aansluit op de behoeften van de leerling. Dit wordt de zorgplicht genoemd (Rijksoverheid, n.d.). Passend Onderwijs heeft onder andere als doel dat er minder leerlingen op het speciaal onderwijs worden geplaatst. Als er meer expertise in het reguliere onderwijs komt, zorgt dit ervoor dat er minder leerlingen op het speciaal onderwijs worden geplaatst (Messing & Bouma, 2011). Dit houdt echter tevens in dat het regulier onderwijs, in het kader van hun zorgplicht, steeds meer leerlingen met een leer- en/of gedragsstoornis dienen te ondersteunen. Volgens Hofstetter & Bijstra (2014) blijkt dat leerkrachten in het reguliere onderwijs veel meer ondersteuning behoeven op het gebied van gedrag en sociaal-emotionele problemen. Vooral leerlingen met regelovertredend gedrag, een slechte werkhouding, externaliserend gedrag en druk en snel afgeleid gedrag bezorgen de leerkrachten veel hoofdbrekens. Aangezien leerkrachten cruciaal zijn bij het uitvoeren van het Passend Onderwijs dienen deze professionals in hun werkomgeving effectief te worden ondersteund (Schuman, 2007). Hofstetter & Bijstra (2014) hebben leraren geïnterviewd, een onderwerp was welk type gedrag van leerlingen zij het moeilijkst vonden. Hieruit kwam dat leerkrachten vooral moeite hadden met regelovertredend gedrag, een moeilijke werkhouding, externaliserend gedrag, druk gedrag en snel afgeleid gedrag. Verder kwam naar voren dat leraren ook moeite hebben met leerlingen die niet competent zijn op sociaal gebied.

Met de wet Passend Onderwijs komt ook een andere manier van het toewijzen van onderwijszorg. De eerdere indicatiestelling, oftewel het vaststellen van stoornissen, wordt niet langer gebruikt. In plaats daarvan komt er handelingsgerichte diagnostiek. Dit houdt in dat er wordt gekeken naar ondersteuning waar een leerling behoefte aan heeft om zo zijn of haar mogelijkheden te vergroten. De focus ligt op het versterken van de kracht van de leerling en zijn of haar omgeving (Messing & Bouma, 2011). Door deze focusverschuiving is er dus meer vraag naar een overzicht van vaardigheden. Om ervoor te zorgen dat jongeren met ADHD optimaal kunnen functioneren in deze onderwijsomgeving is kennis nodig van hun vaardigheden en de vaardigheidstekorten. Door het maken van een overzicht van de (eventueel ontbrekende) vaardigheden weet men wat een jongere kan en welke vaardigheden

nog verbeterd kunnen worden door bijvoorbeeld een training of een andere interventie. Het doel van dit onderzoek is om leerkrachten te ondersteunen, zodat zij beter in staat zijn om jongeren met ADHD op school te begeleiden. Dit door middel van kennis van hun competenties, tekortkomingen en een overzicht van mogelijke interventies.

ADHD is een ontwikkelingsstoornis waarbij een jongere last heeft van aandachttrekort, concentratieproblemen, impulsiviteit en overmatige beweeglijkheid (Van Lieshout, 2009). ADHD is een aanhoudende stoornis die grote invloed heeft op emotioneel, sociaal en psychologisch gebied (Sergeant, 1995). Adolescenten met ADHD hebben behoefte aan constante behandeling of begeleiding (Van Lieshout, 2009). Er zijn verschillende begeleidings- en behandelmogelijkheden voor jongeren met ADHD, deze zijn er onder andere op gericht om sociale isolatie te voorkomen en om ergere gedragsstoornissen te voorkomen. Ook hebben deze interventies als doel om ervoor te zorgen dat het kind school kan afmaken (Vandereycken e.a., 2006). Van Lieshout (2009) noemt psycho-educatie, medicatie, cognitieve gedragstherapie (in breder behandelpakket), individuele gedragstherapie, ouderbegeleiding en docentbegeleiding. In hoofdstuk 2 wordt er dieper ingegaan op wat ADHD inhoudt en in bijlage 3 staat een overzicht van de begeleidings- en behandelingsmethoden.

Door dit onderzoek zal er een overzicht ontstaan van de sociaal-emotionele vaardigheden van adolescenten met ADHD. Deze informatie zal worden verkregen door middel van literatuuronderzoek (zie hoofdstuk 2) en een vragenlijst ingevuld door ouders van de adolescenten. De vragenlijst bestaat uit de Sociaal-Emotionele Vragenlijst (SEV) en de Vragenlijst Psychosociale Vaardigheden (VPV), hierover volgt in hoofdstuk 3 meer informatie. Belangrijk is dat het overzicht van de vaardigheden zal worden gemaakt met behulp van de ouders, zij vullen de vragenlijst in. Ouders brengen de meeste tijd door met het kind, zij hebben een belangrijke rol in het leven van het kind (Paternotte, 2001). In een onderzoek van De Roos en Bucx (2011) geeft meer dan 90 procent van ouders aan te weten wat er gaande is met hun kind. Evenveel ouders voelen zich competent om aan te geven wat hun kind nodig heeft. De handelingsgerichte diagnostiek heeft als uitgangspunt dat de ondersteuningsaanbevelingen aansluiten op de hulpbehoeften van de ouders. De kans dat er verbetering komt bij sociaal-emotionele problemen, wordt vergroot als een school werkt aan de problemen zoals ouders deze aanvoelen. (Doornenbal & Bijstra, 2003). Met de komst van Passend Onderwijs kan de mening van ouders belangrijk zijn, het kan helpen om de ondersteuning te optimaliseren.

Dit onderzoek biedt scholen een overzicht van vaardigheden van jongeren met ADHD en de eventuele begeleidingsmogelijkheden. De deelnemende scholen krijgen aan het einde van het onderzoek een samenvatting van het onderzoek. Zowel het overzicht van de vaardigheden, als het overzicht van de mogelijke begeleiding kan een school helpen. Scholen kunnen deze overzichten gebruiken om passende ondersteuning te bieden.

De opdrachtgever heeft aan het einde van het onderzoek een overzicht van de sociaal-emotionele vaardigheden van adolescenten met ADHD. Dit overzicht zal gecreëerd zijn met behulp van literatuur en empirisch onderzoek. Ook krijgt de opdrachtgever een overzicht van de bestaande begeleidingsmethoden dat via literatuuronderzoek is verkregen. De resultaten van dit onderzoek kunnen in de toekomst gebruikt worden voor het informeren van ouders, scholen en professionals over vaardigheden, het onderwijzen en begeleiden van adolescenten met ADHD. De opdrachtgever zal de voor dit onderzoek verworven datagegevens gebruiken voor een normeringsonderzoek van de bestaande test Sociaal-Emotionele Vaardigheden (SEV). In de toekomst wil de opdrachtgever (met behulp van onder andere deze database) een nieuw instrument ontwikkelen. Dit heeft echter geen invloed op dit onderzoek.

1.3 Onderzoeksvraag/deelvragen & doelstelling

Op basis van het bovenstaande is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

Hoe zien de sociaal-emotionele vaardigheden van adolescenten (12 tot en met 18 jaar) met ADHD volgens hun ouders eruit en welke begeleiding hebben zij nodig van leerkrachten?.

Met sociaal-emotionele vaardigheden wordt een variatie van vaardigheden of competenties bedoeld. Het gaat hierbij om vaardigheden met betrekking tot communiceren, affectiviteit, zelfsturing, zelfcontrole en (zelf)inzicht. Deze vaardigheden kunnen belemmerd zijn bij adolescenten met ADHD. In dit onderzoeksplan, en het uiteindelijke onderzoek, wordt gesproken van ADHD. Hierbij wordt de indicatiestelling van de DSM-V van de American Psychology Association (APA) gehanteerd. De DSM-V heeft een overzicht van de symptomen van ADHD opgesteld, hierover volgt meer informatie in hoofdstuk 2.

De deelvragen die beantwoord worden tijdens dit onderzoek zijn:

- Hoe zien de sociaal-emotionele vaardigheden bij adolescenten met ADHD eruit volgens de wetenschappelijke literatuur?
- Welke werkwijzen zijn er volgens de literatuur om de sociaal-emotionele vaardigheden van jongeren met ADHD te stimuleren?
- Welke sociaal-emotionele vaardigheidstekorten zijn, volgens hun ouders, constateerbaar (via de VPV) bij adolescenten met ADHD?

Dit onderzoek maakt onderdeel uit van een groter onderzoek, er zijn drie andere studenten die ieder over een soortgelijk onderwerp schrijven. Dit is van belang omdat de medestudenten ook meewerken aan het wervingsproces, op deze manier kunnen er meer respondenten worden geworven. De andere onderzoeken hebben als onderwerp: de sociaal-emotionele vaardigheden van kinderen (4-12 jaar) met ADHD, de sociaal-emotionele vaardigheden van kinderen (4-12 jaar) met een Autismespectrumstoornis en de sociaal-emotionele vaardigheden van jongeren (12-18 jaar) met een Autismespectrumstoornis.

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van sociale en emotionele vaardigheden bij jongeren tussen de 12 en 18 jaar oud, waar sprake is van ADHD. Dit wordt gedaan met literatuuronderzoek en empirisch onderzoek. De resultaten zullen een beeld schetsen van vaardigheden op sociaal en emotioneel gebied bij adolescenten met ADHD. Verder gaat dit onderzoek ook een overzicht maken van de beschikbare begeleidings- en behandelingsmethoden. Dit zal worden gedaan aan de hand van literatuuronderzoek. Dus naast een overzicht van sociale en emotionele vaardigheden van jongeren, zal er ook een overzicht worden gemaakt van begeleiding die voor adolescenten volgens de literatuur beschikbaar is. Dit onderzoek zal gericht zijn op het in kaart brengen van sociaal-emotionele vaardigheden bij jongeren tussen de 12 en 18 jaar volgens hun ouders.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt ADHD en de sociaal-emotionele vaardigheden van jongeren met ADHD volgens de literatuur beschreven. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de methoden van onderzoek, hoe het onderzoek is uitgevoerd en de gebruikte onderzoeksinstrumenten. Daarna komt in hoofdstuk 4 de resultaten en hypothesetoetsing aan bod. In hoofdstuk 5 wordt de conclusie, discussie en aanbevelingen beschreven.

Hoofdstuk 2: Theoretisch Kader

In dit hoofdstuk wordt er dieper ingegaan op het onderwerp van het onderzoek. Hier komt de omschrijving van ADHD, de prevalentie van de stoornis, de definitie van de sociaal-emotionele vaardigheden en de sociaal-emotionele vaardigheden van jongeren met ADHD achtereenvolgens aan bod.

2.1 Beschrijving ADHD

De APA (2014) heeft een overzicht samengesteld van de symptomen, specificaties en ernst van ADHD, zie bijlage 2 voor dit overzicht. De APA classificeert ADHD onder neurobiologische ontwikkelingsstoornissen. Er is sprake van een ontwikkelingsstoornis van het inhibitiesysteem (afremmende systeem) van de hersenen (Barkley, 1997). De controlerende mechanismen van de hersenen, ook wel de executieve functies genoemd, werken minder goed (Van Lieshout, 2009). In de basis is ADHD neurologisch. Dit heeft als gevolg dat de ontwikkeling wordt beïnvloed op verschillende gebieden, zoals cognitief, sociaal, emotioneel en pedagogisch gebied (Gunning 1996; Van Lieshout, 2009). ADHD heeft drie kenmerkende gedragingen, onoplettendheid (ook wel aandachtttekort genoemd), hyperactiviteit en impulsiviteit (APA, 2014). Er zijn twee soorten aandachtttekort, selectieve aandachtttekort en volgehouden aandachtttekort (Verhulst, 2006). Doordat jongeren met ADHD zich moeilijk kunnen concentreren geven ze sneller op en zijn ze makkelijker af te leiden (Rigter & van Hintum, 2013). Motivatie speelt hier ook een rol, jongeren met ADHD zullen taken en opdrachten waar zij niet in geïnteresseerd zijn sneller opgeven (Verhulst, 2006).

Hyperactiviteit is excessieve motorische activiteit wanneer dit niet passend is (APA, 2014). Er kan sprake zijn van overbeweeglijkheid in de fijne motoriek en op het gebied van spraak, zoals onrustige bewegingen maken met de handen en draaien en wiebelen op een stoel. Ook kan het gaan om het bewegen van het hoofd en het maken van nutteloze geluiden, waardoor de jongere drukte kan veroorzaken bijvoorbeeld in de klas. Een voorbeeld van drukke grove motoriek zijn constant opstaan en rondlopen (Verhulst, 2006). Ook rennen en klimmen kinderen met ADHD bijvoorbeeld veel (Rigter & van Hintum, 2013). De jongere maakt ongerichte en niet georganiseerde overmatige bewegingen, wat kan leiden tot kapotte spullen of een ongeluk(je) (Verhulst, 2006).

Impulsiviteit houdt in dat er overhaaste handelingen worden uitgevoerd, dit wordt vaak zonder nadenken gedaan. Impulsiviteit kan zich voordoen wanneer er behoefte is aan een directe beloning, of wanneer iemand niet over het vermogen beschikt om een beloning uit te stellen. Bij impulsiviteit hoort het onderbreken van andere mensen (sociale opdringerigheid) en/of beslissingen nemen zonder voldoende na te denken over de bijbehorende gevolgen (APA, 2014). Jongeren met ADHD praten voor hun beurt en hebben moeite om te wachten. Ook kunnen jongeren met deze stoornis moeilijk een situatie inschatten. Jongeren zijn minder goed in staat om hun reactie te remmen, dit maakt het moeilijk voor een jongere met ADHD om zijn of haar gedrag aan te passen aan een (veranderende) situatie (Rigter & van Hintum, 2013). Jongeren met deze stoornis zijn onverschillig tegenover de gevolgen van hun gedrag of ze kunnen de gevolgen niet inschatten. Een uiting van impulsiviteit is het vinden van een onjuiste oplossing voor een probleem. De jongere reageert nog voor hij of zij een probleem heeft begrepen. Hij of zij heeft dan nog niet genoeg nagedacht over eventuele oplossingen. Jongeren met ADHD kunnen verkeerde reacties moeilijk tegenhouden (Verhulst, 2006). Doordat ze moeilijk gevolgen kunnen overzien, kunnen ze niet goed plannen en organiseren (Rigter & Hintum, 2013).

Jongeren met ADHD zijn niet allemaal hetzelfde, zij hebben niet allemaal dezelfde problematiek in gelijke mate (Buitelaar & Paternotte, 2013; Prins & Braet, 2014). Dit is ook in hoge mate gebonden aan de context, hierbij kunnen ADHD symptomen in meer of mindere mate zichtbaar zijn (Prins & Braet, 2014). De symptomen van ADHD zijn beter waarneembaar wanneer er eisen worden gesteld aan het kind, zoals stilzitten, concentreren en opdrachten maken. Dit soort eisen worden meestal thuis of op school gesteld. Door deze symptomen kunnen de (school)prestaties van jongeren met ADHD wisselend zijn (Rigter & van Hintum, 2013). De APA (2014) onderscheidt drie types, namelijk het gecombineerde type waarbij sprake is van de drie kernsymptomen, het type waarbij voornamelijk

aandachttekort aanwezig is (ook wel ADD genoemd) en het type dat gekenmerkt wordt door hyperactiviteit-impulsiviteit. ADHD komt vaak voor in combinatie met andere stoornissen, er is zelfs in meerdere gevallen sprake van comorbiditeit (Prins & Braet, 2014). Gevallen waarbij er enkel sprake is van ADHD komt bij ongeveer 30 procent van de kinderen voor (Rigter & van Hintum, 2013). ADHD komt meestal in combinatie met een gedragsstoornis voor, zoals een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis en een antisociale gedragsstoornis. Verder gaat ADHD ook vaak samen met verslavingsproblematiek, internaliserende stoornissen (zoals angst- en stemmingsstoornissen), leerproblemen (zoals dyslexie en dyscalculie), slaapproblemen en motorische problemen (Rigter & van Hintum, 2013; Prins & Braet, 2014).

De uiting van ADHD verschilt in de ontwikkelingsfasen van baby naar volwassene. In de baby-, peuter- en kleuterfase is hyperactiviteit voornamelijk zichtbaar, het kind is heel beweeglijk (van de Loo-Neus, 2006). Dit kan zich uiten in onvoorspelbare en vele huilbuien, niet met regelmaat willen eten en snel geïrriteerd zijn. In deze fase kunnen aandachtsproblemen al zichtbaar zijn, het kind zal dan zijn of haar aandacht niet lang kunnen vasthouden bij een activiteit of speelgoedje (Van der Ploeg & Scholte, 1999). In de basisschoolleeftijd heeft een kind aandachtsproblemen die kunnen leiden tot een opdracht niet binnen de tijd afkrijgen, zich snel laten afleiden en zich moeilijk kunnen concentreren (Rigter & van Hintum, 2013). Verder zijn impulsieve gedragingen te zien, die kunnen leiden tot ongelukken (Van der Ploeg & Scholte, 1999). Door de afwijkende ontwikkeling van de vaardigheid zelfcontrole, kan het kind moeilijk zijn of haar beurt afwachten en zegt het ondoordacht iets. Ook hyperactiviteit is in deze fase zichtbaar, dit in de vorm van overmatig spreken en niet stilzitten (Rigter & van Hintum, 2013). Het is bekend dat naarmate de kinderen ouder worden, de hyperactiviteit en impulsiviteit afneemt (Prins & Braet, 2014). In de adolescentie en volwassenheid kenmerkt ADHD zich door concentratie-, organisatie en aandachtsproblemen. Jongeren en volwassenen voelen zich onrustig en ongeduldig. Door de aandachtsproblemen en impulsiviteit lopen jongeren en volwassenen door meer risico op vroegtijdig schoolverlaten, moeite met het kiezen van een opleiding of baan en verkeersongelukken (Rigter & van Hintum, 2013). Ook luisteren zij minder goed naar anderen, hebben zij minder sociale contacten en maken zij meer misbruik van middelen, zoals alcohol en tabak (Rigter & van Hintum, 2013; Prins & Braet, 2014). Twee derde van kinderen met ADHD vertoont in de volwassen fase van zijn of haar leven nog één of meerdere kenmerken van ADHD (Van der Ploeg & Scholte, 1999).

ADHD komt vaker voor bij jongens dan bij meisjes, zie de alinea hieronder. Van der Ploeg & Scholte (1999) stellen vast dat er geen eensgezindheid is wat de uiting van ADHD tussen jongens en meisjes betreft, er zijn onderzoeken die geen verschillen vinden. Andere onderzoeken geven aan dat er wel verschil is. Jongens zouden meer agressief en antisociaal gedrag vertonen dan meisjes. Doordat jongeren met ADHD meer tegenslagen ervaren op het gebied van relaties, zie paragraaf relationele vaardigheden, voelen ze zich minder goed. Bij jongens zorgt dit ervoor dat zij een laag zelfgevoel en meer agressiviteit ontwikkelen. Meisjes met ADHD zouden meer last hebben van leerstoornissen of andere problemen op het cognitief gebied (Van der Ploeg & Scholte, 1999). Ook lijken meisjes met ADHD depressiever te zijn in vergelijking met jongens met ADHD (Van der Ploeg & Scholte, 1999; Eenhoorn, 2012). Meisjes met ADHD worden vaak neerslachtig van de tegenslagen die zij ervaren op relationeel gebied en kunnen zichzelf terugtrekken uit contact (Eenhoorn, 2012).

ADHD is één van de meest voorkomende diagnoses bij kinderen, ongeveer 6-9% van kinderen wereldwijd hebben er last van (Barkley, 2015). Het percentage van kinderen (leeftijdscategorie jonger dan 16 jaar) met ADHD wordt geschat rond de 3-5% en het percentage van ADHD onder de jongvolwassenen wordt rond de 1-3% geschat (Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling ADHD, 2005). Een aantal ADHD symptomen gaan voorbij naarmate het kind ouder wordt (Rigter & van Hintum, 2013). Er is bekend dat ADHD vaker wordt vastgesteld bij jongens dan bij meisjes (Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling ADHD, 2005). Bij jongens wordt ADHD drie maal vaker vastgesteld, in vergelijking met meisjes. Dit verschil kan worden toegewezen aan het feit dat ADD vaker voorkomt bij meisjes, deze vorm is minder opvallend dan het drukke gedrag dat bij ADHD zichtbaar is (Rigter & van

Hintum, 2013). Het merendeel van kinderen met ADHD, ongeveer tweederde, heeft het gecombineerde type. Het overwegend onoplettende type komt bij ongeveer een kwart voor. Het overwegend hyperactieve-impulsieve type komt bij minder dan 10% voor (Verhulst, 2006).

2.2 Sociaal-emotionele vaardigheden ADHD

Voor dit onderzoek worden twee instrumenten van Van der Ploeg en Scholte gebruikt, waarvan de VPV wordt gebruikt om te inventariseren in hoeverre de sociaal-emotionele vaardigheden aanwezig zijn. Van der Ploeg en Scholte (2013) hanteren de term psychosociale vaardigheden als synoniem voor sociaal-emotionele vaardigheden. Psychosociale vaardigheden worden verdeeld in twee dimensies, elke dimensie heeft twee subdimensies. De eerste dimensie is intrapersonlijke vaardigheden, deze bestaat uit zelfsturing en zelfbewustzijn. De tweede dimensie is de interpersoonlijke vaardigheden van jongeren, hierin worden relationele vaardigheden en affectieve vaardigheden onderscheiden. Hieronder staan de vaardigheden van jongeren met ADHD ingedeeld in de dimensies van de VPV.

2.3 Intrapersonlijke vaardigheden

Zelfsturing is de mate waarin iemand doelgericht is en controle heeft. Het gaat om het vermogen om vrije tijd nuttig besteden, zo goed mogelijk en constant presteren en om structuur te kunnen aanbrengen (Van der Ploeg & Scholte, 2013). Jongeren met ADHD ervaren vooral problemen met zelfregulatie ofwel zelfsturing (Prins & Braet, 2014). Bij jongeren met deze stoornis ontwikkelt zelfsturing zich veel langzamer dan de cognitieve vaardigheden (Buitelaar & Paternotte, 2013). Zelfregulatie is het reguleren van gedachten en emoties. Ook gaat het bij zelfregulatie om het vermogen om te kunnen stoppen met gedragingen. Het aansturen van eigen gedrag en emoties is één van de belangrijkste vaardigheden voor een kind om te leren. Deze vaardigheden zijn nodig op school, bij sociale relaties en om later in het leven werk te vinden (Prins & Braet, 2014). Een ander onderdeel van zelfsturing is het in staat zijn om aandacht bij een taak te houden. Bij jongeren met ADHD is bekend dat zij moeite hebben om aandacht bij een taak of gebeurtenis te houden (Rigter, 2013). Jongeren met ADHD kunnen moeilijk onderscheid maken tussen prikkels die wel relevant zijn en prikkels die niet relevant zijn. (Buitelaar & Paternotte, 2013). Ze laten zich makkelijker afleiden door dingen die boeiender of interessanter zijn dan de taak waar ze zich mee bezig hielden (Barkley, 2013). Ook hebben jongeren met ADHD moeite om te plannen en te organiseren (Rigter, 2013). Dit betekent dat jongeren met ADHD moeite hebben om overzicht te creëren, zij kunnen minder goed prioriteiten stellen en zij hebben moeite om in te schatten hoeveel tijd een taak in beslag neemt (Buitelaar & Paternotte, 2013). Bij deze vaardigheid hoort ook het in staat zijn om aandacht op bepaalde dingen te richten. Een gebrek aan een doelgericht plan kan leiden tot een wisselende kwaliteit van het geleverde werk (Rigter, 2013). Het aspect impulsiviteit kan een verklaren waarom jongeren met ADHD geldproblemen kunnen hebben. Zij zijn impulsief in hun aankopen en sparen minder dan leeftijdsgenoten. Jongeren met ADHD hebben een verminderd vermogen om de gevolgen te overzien, dit geldt ook als het gaat om een budget of schulden terug betalen (Barkley, 2013).

Zelfbewustzijn is emotionele stabiliteit en het vermogen om te reflecteren. Bij deze vaardigheid hoort het overzien van een situatie en het vermogen om na te denken voordat er tot actie wordt overgegaan (Van der Ploeg & Scholte, 2013). Kinderen met ADHD krijgen vaak meer te maken met kritiek, zij doen in vergelijking met leeftijdsgenoten minder succeservaringen op. Dit kan ertoe leiden dat zij een negatief zelfconcept ontwikkelen (Molendijk & Geurts, 2008). De publicatie van Molendijk & Geurts (2008) vergelijkt verschillende onderzoeken van zelfconcept bij jongeren met ADHD. Hieruit blijkt dat kinderen met ADHD een positief zelfconcept hebben. Dit houdt in dat zij evenveel tevredenheid hebben over hun schoolvaardigheden, uiterlijk en sportieve vaardigheden in vergelijking met leeftijdsgenoten zonder ADHD. Het zelfconcept van de kinderen is vergeleken met het functioneren volgens de omgeving (ouders, leerkrachten en leeftijdsgenoten). Daaruit kan worden opgemaakt dat de kinderen hun vaardigheden hoger inschatten dan hun omgeving. Hun zelfconcept komt niet overheen met de werkelijkheid (Molendijk & Geurts 2008; Eenhoorn, 2012). Opmerkelijk is dat kinderen met ADHD een lage inschatting hebben van sociale acceptatie door leeftijdsgenoten, ook dit

aspect wordt door hen overschat. Kinderen met ADHD zijn niet voldoende in staat om eigen gedrag correct in te schatten. Hierdoor hebben kinderen met ADHD een onjuist zelfconcept en kunnen zij niet voldoende kritisch naar zichzelf kijken (Molendijk & Geurts, 2008). Zelfcontrole is een aspect van zelfbewustzijn, het in staat zijn tot zelfbeheersing. Bekend is dat de ontwikkeling van zelfbeheersing bij jongeren met ADHD anders verloopt. Het kan hier gaan om vormen van beloning uit te stellen of reageren op een situatie. Veel jongeren met ADHD hebben moeite om een beloning uit te stellen en om bepaalde dingen niet te zeggen. Verminderde zelfcontrole wordt ook wel impulsiviteit genoemd, één van de hoofdkenmerken van ADHD. Zelfcontrole is dus een minder ontwikkelde vaardigheid bij jongeren met deze stoornis (Rigter, 2013). Dit geldt ook voor gevoelens, jongeren met ADHD hebben moeite om hun gevoelens onder controle te houden. Zij kunnen hun gevoelens moeilijk onderdrukken, dit heeft gevolgen voor hun relationele vaardigheden (Eenhoorn, 2012). Daarover volgt meer in paragraaf interpersoonlijke vaardigheden. Een ander onderdeel van zelfbewustzijn is het accepteren van gezag van volwassenen (Van der Ploeg & Scholte, 2013). Gedrag van jongeren met ADHD wordt voornamelijk geleid door gebeurtenissen om hem of haar heen. Jongeren met ADHD laten zich niet leiden door regels die een ouder of leerkracht hanteert (Rigter, 2013). De instructie die een kind krijgt is van geringe invloed op het gedrag van het kind (Barkley 1997). Jongeren met ADHD hebben moeite om hun gedrag aan te passen aan een situatie. Als zij zich bijvoorbeeld eerst in een informele setting bevinden en later in een formele setting, is er weinig verschil in het gedrag. Deze problemen kunnen gelinkt worden aan het aspect impulsiviteit bij ADHD (Barkley, 2013). Mensen leren door de gevolgen van hun gedrag. Adolescenten met ADHD hebben moeite om te leren van hun fouten. Ze zijn afhankelijk van feedback van andere mensen (Rigter & van Hintum, 2013). Jongeren met ADHD passen hun gedrag minder aan wanneer zij feedback krijgen. Zij lijken vaak niet te luisteren naar ouders of leerkrachten wanneer deze reageren of feedback proberen te geven (Rigter, 2013). Jongeren met ADHD passen hun gedrag minder vaak aan, voor hen is het moeilijk om bezig te zijn met de toekomst en vooruit te denken. Hierdoor leren ze minder van vorige situaties en maken ze vaker dezelfde fouten (Rigter & van Hintum, 2013).

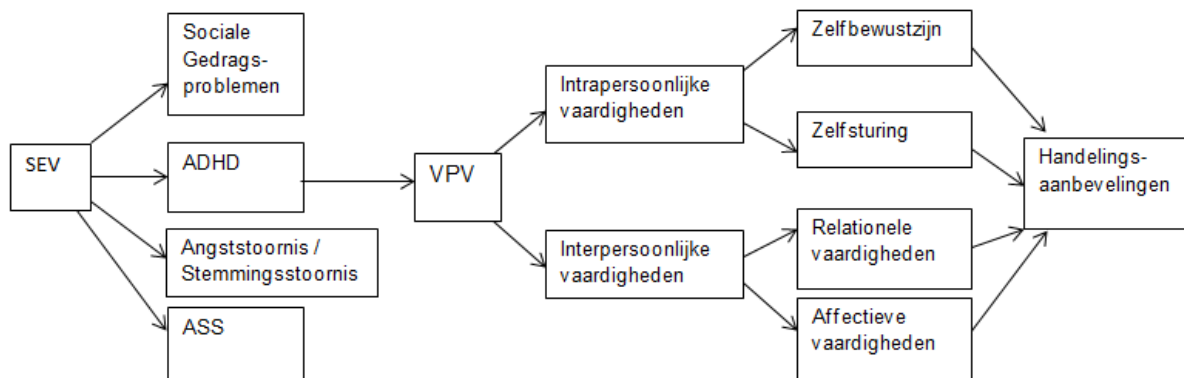
2.4 Interpersoonlijke vaardigheden

Relationele vaardigheden zijn vaardigheden die een jongere gebruikt in de omgang. Het gaat om relaties opbouwen en onderhouden. Het betreft het vermogen om contact te leggen, duidelijk kunnen communiceren en een relatie kunnen onderhouden (Van der Ploeg & Scholte, 2013). Contact leggen en relaties onderhouden kan moeilijk zijn voor jongeren met ADHD. Door hun leeftijdsgenoten worden jongeren met deze stoornis vaak vermeden of bewust afgewezen, vanwege hun ongevoelige of hoogmoedige gedrag. Jongeren met ADHD kunnen bijvoorbeeld activiteiten of andere mensen onderbreken en moeite hebben om de behoeftes van andere mensen te herkennen (Lewis & Rudolph, 2014). Bij leeftijdsgenoten kan het gedrag van een adolescent met deze stoornis tot ruzies, pestgedrag of conflicten leiden (Verhulst, 2006). Als gevolg kunnen vriendschappen, relaties of contacten verloren gaan. Dit gedrag zorgt er tevens voor dat jongeren met ADHD een negatieve reputatie krijgen bij andere mensen (Barkley, 2013). Door een gebrek aan zelfbeheersing (zie paragraaf zelfbewustzijn) nemen jongeren vaak niet de tijd om een reactie te vormen in een gesprek, dit zorgt ervoor dat hun reacties impulsief en emotioneel zijn. Een heftige reactie kan ervoor zorgen dat andere mensen sociale vijandig, afwijzend of straffend reageren (Barkley, 2013; Rigter, 2013). Jongeren met ADHD kunnen moeilijk inschatten wat de invloed van hun gedrag is in relatie met andere mensen (Eenhoorn, 2012). Jongeren met ADHD vragen dan ook veel energie en negatieve aandacht van hun docenten en ouders (Verhulst, 2006). Adolescenten met ADHD hebben uiteindelijk minder vrienden en een slechtere relatie met hun familieleden (Baeyens, Stes, Walschaerts & van Dijk, 2014). Als een jongere minder vrienden heeft, dan krijgt hij of zij minder de kans om te oefenen met relaties aan te gaan en te onderhouden. Hierdoor loopt de jongere achter op zijn of haar leeftijdsgenoten. Op de middelbare school is het belangrijk dat een jongere kan samenwerken. Een jongere met ADHD heeft moeite om in te zien wat er nodig is voor een goede samenwerking. Zij pakken het samenwerken vaak onhandig aan. In een grote groep ervaren jongeren met ADHD vaak veel prikkels en raken zij het overzicht makkelijker kwijt (Eenhoorn, 2012).

Affectieve vaardigheden hebben betrekking tot empathisch vermogen en meelevendheid. Het gaat hier om het aanvoelen en begrijpen van de gevoelens van andere mensen. Tot deze vaardigheid behoort ook leren van kritiek van andere mensen en het gedrag afstemmen op omstandigheden (Van der Ploeg & Scholte, 2013). Adolescenten met ADHD kunnen minder goed feiten van gevoelens onderscheiden. Door hun emotionele reactie kunnen ze problemen veroorzaken in het contact met andere mensen (Rigter & van Hintum, 2013). Jongeren met ADHD hebben moeite om hun emoties te reguleren, zij kunnen hun emoties minder goed aanpassen aan een situatie. Dit resulteert in een lage frustratietolerantie, snel geërgerd zijn en onrustig gedrag (Buitelaar & Paternotte, 2013). Zoals hierboven staat beschreven hebben jongeren met ADHD moeite met hun gevoelens, zij kunnen hun gevoelens moeilijk onder controle houden. Dit zorgt ervoor dat andere mensen minder snel een relatie aangaan met de jongere, omdat zij bijvoorbeeld bang zijn voor heftige emotionele reactie (Eenhoorn, 2012). Jongeren met ADHD leren minder snel om rekening te houden met andere mensen. Jongeren met ADHD richten zich vaker op zichzelf. Dit kan negatief werken in sociale contacten (Buitelaar & Paternotte, 2013).

2.5 Conceptueel model

Hieronder staat het conceptueel model uitgewerkt, dit model laat zien hoe het onderzoek is vormgegeven.



Figuur 1
Conceptueel model

Het conceptueel model heeft een beschrijvende functie, het laat zien hoe er in dit onderzoek gewerkt zal worden. Dit onderzoek zal op basis van de Sociaal Emotionele Vragenlijst (SEV) bepalen of een adolescent ADHD heeft. Verder meet de SEV ook of er sprake is van sociale gedragsproblemen, zoals oppositionele gedragsproblemen, antisociale gedragsproblemen of agressieve gedragsstoornis. De SEV meet ook of er sprake is van een angst- of stemmingsstoornis of een autismespectrumstoornis. Jongeren met dergelijke stoornissen zijn voor dit onderzoek niet van toepassing. Als uit de SEV blijkt dat er sprake is van ADHD, dan zal vervolgens aan de hand van de Vragenlijst Psychosociale Vaardigheden (VPV) worden gekeken naar de sociaal-emotionele vaardigheden van jongeren. Zowel de SEV als de VPV wordt door de ouders van de jongeren ingevuld. Door middel van de VPV wordt gekeken in hoeverre jongeren beschikken over sociaal-emotionele vaardigheden, deze worden verdeeld in twee schalen namelijk intrapersonlijke vaardigheden en interpersoonlijke vaardigheden. Bij de schaal intrapersonlijke vaardigheden wordt gemeten in hoeverre zelfbewustzijn en zelfsturing aanwezig is. De schaal interpersoonlijke vaardigheden meet in hoeverre een jongere beschikt over relationele vaardigheden en affectieve vaardigheden. Op basis van deze schalen worden handelingsaanbevelingen gedaan voor scholen.

Hoofdstuk 3: Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk komt de onderzoeksmethode aan bod. Hier staat de onderzoeksopzet, de onderzoeksdoelgroep, de onderzoeksmiddelen en de onderzoeksprocedure achtereenvolgens beschreven.

3.1 De onderzoeksopzet

Om de eerder beschreven onderzoeksvragen te beantwoorden, is er gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. Er is literatuuronderzoek gedaan naar de vaardigheden van adolescenten met ADHD. Ook is de literatuur geraadpleegd om onderzoek te doen naar bestaande interventies en begeleidingsmethoden. Hierbij is gebruik gemaakt van primaire bronnen en secundaire bronnen (Verhoeven, 2011).

Naast het literatuuronderzoek, wordt er ook gebruik gemaakt van een survey. Hierbij worden de vaardigheden van jongeren met ADHD onderzocht, door gebruik te maken van de Sociaal-Emotionele Vragenlijst (SEV) en de Vragenlijst Psychosociale Vaardigheden (VPV). De SEV is gebruikt om (eventueel) aanwezige symptomen van een stoornis te bepalen, deze dient als selectiemethode voor ADHD. De VPV is gebruikt om de vaardigheden van de adolescenten in kaart te brengen. De SEV en de VPV zijn samengevoegd tot één online vragenlijst waarbij vragen met betrekking tot demografische gegevens zijn toegevoegd. Paragraaf 3.3 bevat meer informatie over de instrumenten.

Dit onderzoek maakt, zoals in hoofdstuk 1 al benoemd, deel uit van een landelijk onderzoek. Voor dit onderzoek zijn 27 scholen benaderd in de provincies Overijssel en (deels) Drenthe. Negen scholen hebben geen toestemming verleend, één school heeft toestemming verleend en de overige scholen hebben geen antwoord gegeven op het verzoek. Wanneer er niet voldoende respondenten zijn ($n < 25$), kan de opdrachtgever deze aanvullen met respondenten uit de landelijke database.

3.2 De onderzoeksdoelgroep

De onderzoeksdoelgroep zijn ouders van adolescenten tussen de 12 en 18 jaar oud. Het gaat om adolescenten die op het voortgezet (speciaal) onderwijs zitten. Het gaat hierbij om jongens en meisjes met ADHD. Over de groep adolescenten 12-18 jaar met ADHD wordt een uitspraak gedaan. De respondenten van het onderzoek zijn de ouders van de adolescenten, dat maakt hen de onderzoeksdoelgroep. De ouders vullen de vragenlijst in over het gedrag en de frequentie van gedragingen van hun kind.

Uit de populatie (ouders van adolescenten met ADHD) is een aselechte steekproef getrokken (Verhoeven, 2011). De steekproef bestaat uit ouders van adolescenten met ADHD die de survey hebben ingevuld. Op basis van deze steekproef kan een uitspraak worden gedaan die ook geldig is voor de populatie (Verhoeven, 2011). De omvang van de steekproef is 38, de gehele groep respondenten (dus zonder ADHD indicatie) is 91. Het aantal respondenten van de deelnemende school was niet voldoende, dus deze is aangevuld door de opdrachtgever.

De groep respondenten is niet direct benaderd. Dit is gedaan door een school te benaderen, het ging hierbij om een voortgezet (speciaal) onderwijsinstelling. Wanneer de school bereid was deel te nemen, werden de brieven met instructies gemaild aan ouders van de leerlingen. Via deze instructiebrieven konden ouders dan online de vragenlijst invullen. De instructiebrief is opgesteld door de opdrachtgever en aangepast, met toestemming van de opdrachtgever, door de onderzoeker. De respondenten waren vrij in hun keuze om wel of niet deel te nemen aan het onderzoek, ook mochten zij op elk gegeven moment hun deelname staken. Ook is het zo dat de gegevens anoniem worden verwerkt. Aan de respondenten is uitgelegd wat het doel van het onderzoek is.

In totaal zijn 27 scholen benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Eén school heeft hierop toestemming verleend om ouders te mailen. Aan de ouders van deze school is de brief verstuurd met informatie over het onderzoek en een link naar de survey. De brief is naar alle ouders verstuurd, elke

ouder kreeg de kans om deel te nemen. Aan de hand van SEV wordt bepaald of er sprake is van ADHD.

3.3 De onderzoeksmiddelen

De Sociaal-Emotionele vragenlijst (SEV) is ontwikkeld door E.M. Scholte en J.D. Van der Ploeg, uitgegeven door Bohn Stafleu Van Loghum in 2005. Deze test wordt gebruikt om te meten in hoeverre kinderen en jongeren (van 4 tot en met 18 jaar) problemen hebben op het sociaal-emotionele gebied. Deze test bestaat uit 72 stellingen met betrekking op gedragingen, de respondent geeft de frequentie van deze gedragingen aan (Scholte & Van der Ploeg, 2007). De antwoordmogelijkheden lopen van niet (1) tot zeer vaak (5). Deze vragenlijst kan worden ingevuld door een ouder of een leerkracht, in dit onderzoek worden de vragen beantwoord door een ouder. De SEV is door de COTAN beoordeeld met een goed voor de normen en betrouwbaarheid, een goed voor de begripsvaliditeit en een goed voor de criteriumvaliditeit (Scholte & Van der Ploeg, 2007).

De SEV heeft verschillende schalen en subschalen. De eerste schaal is Aandachtstekort met hyperactiviteit (18 vragen), met subschalen Aandachtstekort (6 vragen), Overbeweeglijkheid (6 vragen) en Impulsief gedrag (6 vragen). De tweede schaal meet Sociale gedragsproblematiek (26 vragen), met subschalen Oppositioneel-opstandig gedrag (8 vragen), Agressief gedrag (6 vragen) en Antisociaal gedrag (12 vragen). De derde schaal heeft betrekking tot Angstig en stemmingsverstoord gedrag (18 vragen), met de subschalen Angstig gedrag in het algemeen (6 vragen), Sociaal angstig gedrag (6 vragen) en Angstig-depressief gedrag (6 vragen). De laatste schaal meet in hoeverre Autistisch gedrag aanwezig is (10 vragen). Voor dit onderzoek wordt de schaal Aandachtstekort met hyperactiviteit gebruikt om te bepalen of er sprake is van ADHD. Hierbij kan nog onderscheid worden gemaakt tussen de drie typen ADHD.

De Vragenlijst Psychosociale Vaardigheden is gemaakt door J.D. Van der Ploeg en E.M. Scholte, de test is uitgegeven door Bohn Stafleu Van Loghum in 2013. Deze vragenlijst meet psychosociale vaardigheden bij kinderen en jeugdigen. De vragenlijst bestaat uit 36 stellingen die beantwoord worden door middel van een 5-puntsschaal, lopend van helemaal niet eens (1) tot helemaal eens (5). De test kan door jongeren zelf worden ingevuld of door een ouder of docent (Van der Ploeg & Scholte, 2013). De VPV is door de COTAN geëvalueerd met een goed voor de betrouwbaarheid, een voldoende voor de normen en begripsvaliditeit en een onvoldoende voor de criteriumvaliditeit (Van der Ploeg & Scholte, 2013).

De test heeft één totaalscore, twee schalen en vier subschalen. De eerste schaal is Interpersoonlijke Vaardigheden (18 vragen), met de subschalen Relationele Vaardigheden (9 vragen) en Affectieve Vaardigheden (9 vragen). De tweede schaal heeft betrekking tot Intrapersoonlijke Vaardigheden (18 vragen), met de subschalen Zelfsturing (9 vragen) en Zelfbewustzijn (9 vragen).

3.4 De onderzoeksprocedure

Op 6 oktober heeft er een opstartgesprek plaatsgevonden met de opdrachtgever de heer Scholte. Tijdens dit gesprek heeft meneer Scholte aangegeven in welke perioden het bevorderlijk is om scholen te werven. Het werven van de scholen heeft enige tijd in beslag genomen, dit komt doordat scholen vaker benaderd worden voor onderzoeken.

Er zijn 27 scholen benaderd via de mail opgesteld door de onderzoeker. De mail werd begeleid door brieven van de opdrachtgever, één voor de directie en één voor de ouders. Zoals al eerder genoemd, was één school bereid om deel te nemen. De deelnemende school is een reguliere middelbare school die vmbo aanbiedt. Bij deze school is er een afspraak gemaakt, tijdens de afspraak is er antwoord gegeven op de vragen. Op verzoek van de school is de instructiebrief aangepast en is een mail opgesteld voor de ouders. De brief aan de ouders bevat een link naar de survey. Met dezelfde school is een vervolgspraak gemaakt ongeveer twee weken na het versturen van de mail en begeleidende brief. In deze afspraak is een herinneringsmail opgesteld en daarna opgestuurd aan de ouders. In de instructie van de vragenlijst wordt uitgelegd hoe de survey kan worden ingevuld. De mail met

begeleidende brieven is naar alle ouders van de vmbo leerlingen verstuurd, de SEV wordt hierbij gebruikt om te bepalen of er sprake is van ADHD. Sinds het versturen van de brieven zijn er enkele vragen van ouders/verzorgers via de mail gekomen over de survey, waarop een passend antwoord is gegeven zodat deelname mogelijk was. De brieven voor de directie en ouders en de mail voor de deelnemende school zijn toegevoegd in bijlage 6, 7 en 8. Onder de respondenten waren niet genoeg jongeren met ADHD, daarom is de database aangevuld door de opdrachtgever.

Het literatuuronderzoek is gedaan met behulp van Google Scholar, Saxion database Ebsco, Springer en boeken gebruikt tijdens colleges en literatuur uit de bibliotheek van bijvoorbeeld het Saxion. Hierbij zijn zoektermen, zoals jongeren met ADHD, vaardigheden ADHD, behandeling ADHD en begeleiding ADHD gebruikt. Ook is er literatuur geraadpleegd uit de bibliotheek van Saxion, zoals boeken over ADHD, ontwikkelingspsychopathologie en de DSM-5.

Zoals eerder beschreven zijn de twee testen (SEV en VPV), evenals de vragen betreft demografische gegevens, samengevoegd tot een online vragenlijst. De datagegevens zijn verwerkt in SPSS versie 22 (IBM, 2011).

3.5 Hypothesen en statistische analyses

Hieronder staan de hypothesen beschreven. Deze zijn opgesteld met behulp van hoofdstuk 2. Voor alle hypothesen geldt dat er sprake is van ADHD wanneer de ruwe score op de SEV 43 of hoger is. Tevens geldt dat normgroep duidt op normtabel 1: informantrapportage van de VPV, zoals de onderstaande alinea beschrijft.

1. Jongeren met ADHD beschikken gemiddeld, statistisch significant over minder sociaal-emotionele vaardigheden dan de normgroep.
2. Jongeren met ADHD beschikken gemiddeld, statistisch significant over lagere interpersoonlijke vaardigheden in vergelijking met de normgroep.
3. Jongeren met ADHD beschikken gemiddeld, statistisch significant over lagere intrapersonlijke vaardigheden in vergelijking met jongeren zonder ADHD.
4. Jongeren met ADHD beschikken gemiddeld, statistisch significant over lagere interactieve vaardigheden in vergelijking met de normgroep.
5. Jongeren met ADHD beschikken gemiddeld, statistisch significant over lagere affectieve vaardigheden in vergelijking met de normgroep.
6. Jongeren met ADHD beschikken gemiddeld, statistisch significant over lagere zelfsturing in vergelijking met de normgroep.
7. Jongeren met ADHD beschikken gemiddeld, statistisch significant over lagere zelfbewustzijn in vergelijking met de normgroep.

De hypothesen worden aangenomen wanneer $p < 0,05$. Om dit te vergelijken is gebruik gemaakt van de algemene normtabel ($n=2230$) uit de handleiding van de VPV (Van der Ploeg & Scholte, 2013) waarbij de gemiddelde scores van de normgroep zijn bepaald aan de hand van de ruwe scores die bij deciel 5 staan vermeld. De hypothesen worden getoetst met de t-toets voor één steekproef.

Hoofdstuk 4: Resultaten & hypothesetoetsing

In dit hoofdstuk wordt de respons en de resultaten van het empirische onderzoek besproken.

4.1 Respons

De vragenlijst is ingevuld door 91 ouders van 12 tot 18 jarigen. De leeftijd van de respondenten varieert van 35 tot en met 64 jaar oud. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 47,18 jaar. De meest voorkomende leeftijd is 46 jaar oud. De vragenlijst is voor het merendeel ingevuld door vrouwen namelijk 71 (78%), er zijn 20 mannelijke (22%) respondenten. 85 (93,4%) van de ouders zijn biologische ouder van de jongeren en 6 ouders (6,6%) zijn pleeg- of stiefouder.

De gemiddelde leeftijd van de jongeren wiens ouders de vragenlijst hebben ingevuld is 13,7 jaar. De meest voorkomende leeftijd is 12 jaar (29,7%), tabel 1 geeft de leeftijdsverdeling weer.

Tabel 1
Leeftijdsverdeling op basis van geslacht (n=91).

	Jongens	Meisjes	Totaal
12 jaar	17	10	27
13 jaar	6	14	20
14 jaar	8	6	14
15 jaar	10	6	16
16 jaar	5	7	12
17 jaar	1	0	1
18 jaar	1	0	1
Totaal	48	43	91

Het is belangrijk om te vermelden dat de indicatie ADHD wordt gesteld bij een SEV score hoger dan 43, dit betekent dat score in het klinische gebied valt (vanaf deciel 10). Van de 91 jongeren is er bij 38 jongeren (41,8%) sprake van ADHD, 22 jongens (57,9%) met ADHD en 16 meisjes (42,1%) met ADHD. In tabel 2 staat de verdeling van de jongeren op basis van geslacht. De gemiddelde SEV score op de schaal ADHD van jongeren met ADHD is 50,86.

Tabel 2
Geslachtsverdeling wel/geen ADHD indicatie op basis van een cutoff score van >43 bij de SEV (n=89).

	Zonder ADHD indicatie	Met ADHD indicatie (SEV cutoff score >43)	Totaal
Jongens	25	22	47
Meisjes	26	16	42
Totaal	51	38	89*

* 2 missing values, deze zijn niet opgenomen in de analyses

Van de jongeren met ADHD zitten er 3 op het speciaal basisonderwijs, 20 op het (voortgezet) speciaal onderwijs en 15 jongeren volgen het reguliere onderwijs. Van de jongeren volgen er 9 (9,9%) basisonderwijs en 6 (6,6%) praktijkonderwijs. 51 van de jongeren (56%) volgt (v)mbo onderwijs en 9 (9,9%) volgt havo of vwo. De overige 16 jongeren (17,6%) volgt onderwijs in een andere vorm dan hierboven beschreven. Bij 24 van de jongeren (63,2%) is er sprake van zowel ADHD als Autismespectrumstoornis (ASS). Tabel 3 laat zien hoe de leeftijdsverdeling is met en zonder ADHD indicatie.

Tabel 3

Leeftijdverdeling op basis van ADHD indicatie (n=89).

	Zonder ADHD indicatie	Met ADHD indicatie (SEV cutoff score >43)	Totaal
12 jaar	11	15	26
13 jaar	13	7	20
14 jaar	9	5	14
15 jaar	12	3	15
16 jaar	6	6	12
17 jaar	0	1	1
18 jaar	0	1	1
Totaal	51	38	89*

* 2 missing values, deze zijn niet opgenomen in de analyse

4.2 Resultaten & hypothesen toetsing

Om te kijken of de verhouding van de jongeren uit de steekproef overeenkomt met de prevalentie zoals voorspelt in hoofdstuk 2, is gebruik gemaakt van de Chi-kwadraat toets in SPSS. Hieruit blijkt dat er geen sprake is van een significant verschil (p-waarde 0,33), in bijlage 5 staat de SPSS tabel weergegeven. In de steekproef is er geen verschil in de geslachtsverdeling. Dit betekent dat de vragenlijst is ingevuld voor ongeveer evenveel jongens als meisjes. Dit komt niet overeen met de literatuur.

Om de hypothesen te toetsen is gebruik gemaakt van de t-toets voor één steekproef. De gemiddelde scores op de (sub)schalen van de VPV (n=2230), die bepaald zijn aan de hand van de ruwe scores behorende bij decielen V, zijn vergeleken met de gemiddelde scores van de jongeren met ADHD uit de eigen database (n=37). De resultaten staan in tabel 4.

Tabel 4

VPV Vaardigheden bij jongeren zonder ADHD en jongeren met ADHD.

	VPV gemiddeld (n=2230)	VPV jongeren met ADHD (n=37*)	p-waarde
Zelfsturing	34	23,84	0,00
Zelfbewustzijn	34	25,03	0,00
Intrapersoonlijke vaardigheden	68	48,87	0,00
Relationele vaardigheden	34	26,58	0,00
Affectieve vaardigheden	34	25,08	0,00
Interpersoonlijke vaardigheden	69	51,66	0,00
Totaal	136	101,3	0,00

* 1 Missing Value, deze is niet opgenomen in de analyse.

Op basis van deze analyse worden hypothesen 1,2,3,4,5,6 en 7 aangenomen.

Er is gebruik gemaakt van de onafhankelijke t-toets om de vaardigheden van jongeren met ADHD en jongeren zonder ADHD uit de eigen database met elkaar te vergelijken. In tabel 5 wordt de informatie weergegeven.

Tabel 5

VPV Vaardigheden bij jongeren zonder ADHD en jongeren met ADHD (vergelijking uit de database).

	VPV Jongeren zonder ADHD (n=51*)	Standard Deviation (sd)	VPV jongeren met ADHD (n=37*)	Standard Deviation (sd)	p-waarde
Zelfsturing	32,61	5,2	23,84	5,48	0,00
Zelfbewustzijn	32,94	5,67	25,03	4,74	0,00
Intrapersoonlijke vaardigheden	65,55	9,61	48,87	7,34	0,00
Relationele vaardigheden	34,35	6,05	26,58	6,9	0,00
Affectieve vaardigheden	34,82	5,09	25,08	5,53	0,00
Interpersoonlijke vaardigheden	69,18	10,47	51,66	10,85	0,00
Totaal	134,73	18,77	101,3	13,47	0,00

* 2 missing values, deze zijn niet opgenomen in de analyse.

Uit tabel 5 blijkt dat ook binnen de steekproef jongeren met ADHD op alle (sub)schalen statistisch significant minder ontwikkelde sociaal-emotionele vaardigheden bezitten dan hun leeftijdsgenoten zonder ADHD.

Hoofdstuk 5: Conclusie, discussie & aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de conclusie, discussie en aanbevelingen bij dit onderzoek behandeld.

5.1 Conclusie

Volgens verschillende literatuurbronnen zijn jongeren met ADHD over het algemeen minder bekwaam op sociaal-emotioneel gebied, dit geldt voor de verschillende aspecten op dit gebied. Uit de literatuur blijkt dat de intrapersoonlijke vaardigheden minder ontwikkeld zijn. Zelfsturing ontwikkelt zich langzamer bij jongeren met ADHD dan andere vaardigheden (Buitelaar & Paternotte, 2013). Jongeren met ADHD vinden het moeilijk om hun gedachten, emoties en gedrag aan te sturen, dit kan worden veroorzaakt door aandachtproblemen of impulsiviteit (Rigter, 2013; Prins & Braet, 2014). Zelfbewustzijn ontwikkelt zich anders bij jongeren met ADHD (Rigter, 2013). Het onderzoek van Molendijk en Geurts (2008) stelde vast dat jongeren met deze stoornis geen realistisch zelfbeeld hebben. Over de interpersoonlijke vaardigheden van de adolescenten is bekend dat zij moeite hebben om relaties aan te gaan, op te bouwen en te onderhouden. Andere mensen kunnen negatief reageren op hun ongerichte, impulsieve of hyperactieve gedrag. (Barkley, 2013; Rigter, 2013). Dit zorgt ervoor dat jongeren met ADHD minder sociaal vaardig zijn (Eenhoorn, 2012). De affectieve vaardigheden zijn minder ontwikkeld dit komt omdat jongeren met ADHD meer gericht zijn op zichzelf, moeite hebben om hun emoties te reguleren en moeite hebben om hun emoties aan te passen aan een situatie (Buitelaar & Paternotte, 2013). Hiermee is deelvraag 1, hoe zien de sociaal-emotionele vaardigheden bij adolescenten met ADHD eruit volgens de wetenschappelijke literatuur?, beantwoord.

Uit dit onderzoek blijkt dat jongeren met ADHD over statistisch significant minder ontwikkelde sociaal-emotionele vaardigheden beschikken, zij scoren volgens de normtabel laag op de VPV vaardigheden in totaal. Jongeren met ADHD hebben in vergelijking met de VPV normgroep lage sociaal-emotionele vaardigheden. Op de dimensie intrapersoonlijke vaardigheden scoren zij laag, op de subdimensies zelfsturing en zelfbewustzijn hebben jongeren met ADHD tamelijk laag tot laag gescoord. Op de dimensie interpersoonlijke vaardigheden is de score tamelijk laag tot laag, waarbij de jongeren op relationele vaardigheden en de affectieve vaardigheden tamelijk laag scoren. Jongeren met ADHD scoren significant lager op alle schalen van de VPV, dit betekent dat zij beschikken over verminderde zelfsturing, zelfbewustzijn, relationele vaardigheden en affectieve vaardigheden. Dit is conform de informatie verkregen door middel van de literatuur. Uit de vergelijking met de VPV normen blijkt dat er een klein verschil is in de scores op de intrapersoonlijke schaal en de interpersoonlijke schaal. Hierbij zijn de scores op de intrapersoonlijke schaal laag en is de score op interpersoonlijke vaardigheden tamelijk laag. Hiermee is deelvraag 3, welke sociaal-emotionele vaardigheidstekorten zijn, volgens hun ouders, constateerbaar (via de VPV) bij adolescenten met ADHD?, beantwoord.

Er zijn trainingen voor docenten en trainingen die docenten aan leerlingen kunnen geven. Er zijn verschillende doelen en richtlijnen voor interventies opgesteld, zoals beschreven in bijlage 3. Vooropstaand bestaat (bijna) elke werkwijze uit het geven van psycho-educatie, dit zorgt ervoor dat de docent begrip en kennis heeft. Als een docent dit nodig vindt kan hij of zij nog gebruik maken van een training of interventie. In bijlage 3 staan vier door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) erkende interventies. Deze richten zich op het welzijn van de docent, het functioneren van het kind in de klas, het beperken van de problemen en het aanleren of versterken van vaardigheden. De interventies die het NJI erkend heeft zijn: Een Nieuwe Koers, Taakspel, Remweg en Behavioral Parent Training Groningen (BPTG). Een Nieuwe Koers is een training die zich richt op docenten, zij krijgen handvaten om de jongeren met ADHD te ondersteunen. De docent leert het gedrag van de jongere aan te sturen en de werkhouding van de jongere te verbeteren. Taakspel is een interventie die de docent kan toepassen om taakgericht gedrag te stimuleren en regelovertredend gedrag te minimaliseren. Remweg is een interventie die zich richt op de opvoedcompetenties van opvoeders en om de zelfcontrole van het kind te verhogen. De opvoeders leren hoe zij hun kind kunnen ondersteunen, waar hij of zij dit nodig heeft. BPTG is een training die opvoeders kunnen volgen om de gedragsproblemen van jongeren te verminderen. Hiermee is deelvraag 2, welke werkwijzen zijn er

volgens de literatuur om de sociaal-emotionele vaardigheden van jongeren met ADHD te stimuleren?, beantwoord.

Uit de bovenstaande informatie kan worden geconcludeerd dat jongeren met ADHD over statistisch significant minder ontwikkelde sociaal-emotionele vaardigheden beschikken op alle dimensies van de VPV, zoals de literatuur al had voorspeld. Om deze vaardigheden te versterken zijn verschillende interventies voor docenten beschikbaar. Dit beantwoordt de hoofdvraag van dit onderzoek, hoe zien de sociaal-emotionele vaardigheden van adolescenten (12 tot en met 18 jaar) met ADHD volgens hun ouders eruit en welke begeleiding hebben zij nodig van leerkrachten?.

5.2 Discussie

Bij dit onderzoek zijn de respondenten geworven via scholen. Een ouder kon alleen deelnemen wanneer een school toestemming had verleend om de mail te versturen. Dat betekent dat niet iedere ouder van een kind met ADHD evenveel kans had om deel te nemen aan dit onderzoek. Onderzoek van Strijker & van Oijen (2008) geeft aan dat verschillende mensen informatie kunnen leveren over de ontwikkeling van de jongere, namelijk het kind, de ouders, docenten, eventuele professionals. Dit onderzoek neemt enkel de mening van de ouders mee. Het is niet duidelijk in hoeverre de mening van de ouder betrouwbaar is. Ook is onbekend wat de mening van het kind en de leerkrachten is en in hoeverre de meningen overeenkomen.

Voor dit onderzoek geldt dat er via de deelnemende school niet voldoende respondenten waren, deze zijn toegevoegd door de opdrachtgever. Niet alle respondenten zijn geworven door de onderzoeker en komen dus niet van de deelnemende school. De meerderheid van de respondenten komt uit regio Oost. Het is onduidelijk of de resultaten van dit onderzoek ook te generaliseren zijn naar de andere regio's van Nederland.

Voor dit onderzoek kon geen Cronbach's alfa analyse worden uitgevoerd. Er kon aldus niet worden bepaald in hoeverre de items van de vragenlijst homogeen zijn. Van de SEV is bekend dat de betrouwbaarheid, die op verschillende manieren is gemeten, goed is (Scholte & Van der Ploeg, 2007). Voor de VPV geldt ook dat de betrouwbaarheid goed is (Van der Ploeg & Scholte, 2013). Wat de betrouwbaarheid van deze gecombineerde instrumenten is, is niet bekend.

In de steekproef was er sprake van een nagenoeg evenredige verdeling wat geslacht betreft. Dit is tegenstrijdig met de verwachting uit de literatuurdatabank die stelde dat ADHD drie keer vaker wordt vastgesteld bij jongens. Aangezien de gegevens niet overeenkomen met de verhouding zoals de literatuur deze aangeeft, betekent dit dat de resultaten van dit onderzoek in mindere mate extern valide zijn. Op basis van deze informatie kan worden gesteld dat er qua geslacht onvoldoende representativiteit bestaat, waardoor het onderzoek minder te generaliseren is. Uit de literatuur blijkt echter dat er geen eenduidigheid is of er qua symptomen verschillen zijn bij jongens en meisjes.

De SEV heeft volgens het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (n.d.) een goede sensitiviteit en specificiteit, wat inhoudt dat deze test goed kan worden gebruikt om na te gaan of er sprake is van gedragsstoornissen of andere psychiatrische problematiek. Van de VPV is deze informatie niet bekend.

De SEV wordt in dit onderzoek gebruikt als indicatiemethode om te bepalen of er sprake is van ADHD. Deze vragenlijst meet of er sprake is van ontwikkelingsproblematiek op sociaal-emotioneel gebied. Hiervoor is op basis van de prevalentie van ADHD (3-5%) een grens vastgesteld wanneer er sprake is van deze stoornis. Voor ADHD geldt dat percentiel 90 de ondergrens is om te kunnen spreken problematiek in klinische mate. De SEV heeft echter niet als doel om ADHD te diagnosticeren. Het doel van de SEV is om vast te stellen in hoeverre kinderen en jongeren problemen vertonen in hun sociaal-emotionele ontwikkeling (Scholte & Van der Ploeg, 2007). Het was bij dit onderzoek niet mogelijk om vast te stellen of er sprake was van een gestelde diagnose ADHD en een diagnose

volgens de SEV. De diagnose ADHD wordt gesteld door een gedragsdeskundige, er moet dan verder onderzoek worden gedaan (Scholte & Van der Ploeg, 2007).

De vragenlijst is afgenomen in de thuissituatie van de respondent via internet, dit betekent dat er geen psychodiagnostisch medewerker aanwezig was. Ouders konden tijdens het invullen van de vragenlijst geen vragen stellen als zij iets niet begrepen. Ook kan niet met zekerheid worden gezegd dat de vragenlijst door één persoon, zoals aangegeven bij demografische gegevens, is ingevuld.

5.3 Aanbevelingen

Uit dit onderzoek is gebleken dat jongeren met ADHD minder sociaal-emotionele vaardigheden bezitten. Het is aan te bevelen dat scholen begeleiding bieden voor de leerlingen waarbij deze problemen aanwezig zijn. De begeleiding kan worden aangeboden door een docent, schoolpsycholoog of intern begeleider. Scholen kunnen hierbij een bijscholingscursus aanbieden voor docenten, waar zij kennis en vaardigheden aanleren die hen kunnen helpen.

Eerder is naar voren gekomen dat docenten door de komst van Passend Onderwijs meer behoefte hebben aan ondersteuning op het gebied van sociaal-emotionele en gedragsproblematiek. Er wordt aanbevolen om binnen een school te onderzoeken of en in hoeverre docenten behoefte hebben aan een docenttraining of kennis over interventies in de klas. Dan kan er gekozen worden voor een, door het NJI als effectief erkende, interventie zoals Taakspel, Een Nieuwe Koers, Remweg of BPTG.

Verder wordt aanbevolen dat er nieuwe trainingen en interventies voor in de klas en als docentondersteuning ontwikkeld worden. Op dit moment zijn er niet veel interventies beschikbaar voor in de klas of voor de docent. Met name interventies voor het voortgezet onderwijs zijn gewenst. Ook interventies die specifiek op de problemen van ADHD aansluiten zijn gewenst. Er is meer onderzoek nodig naar het effect van gedragstherapeutische trainingen en interventies. Vooral nog is er vooral onderzoek gedaan naar het effect van medicatie bij ADHD (Foolen, 2013).

Een plan van aanpak kan op basis van deze informatie worden opgesteld. Dit kan er als volgt uitzien. De eerste stap is bepalen welke leerlingen problemen vertonen op sociaal-emotioneel gebied. Dit kan het beste worden gedaan door verschillende mensen, namelijk de ouders, het kind, leerkrachten en een gedragsdeskundige. Deze mensen kunnen informatie verzamelen en overleggen welke problemen zich voordoen in de ontwikkeling. Een volgende stap is om te vast te stellen in hoeverre de docenten van het kind behoefte hebben aan meer kennis en ondersteuning. Hier wordt dan overlegd of de docenten een training gaan volgen. Hiernaast kan ook worden overwogen of een interventie in de klas uitgevoerd door de docent een goede oplossing kan zijn. In dat geval wordt vastgesteld of er een docent bevoegd is om deze methode uit te voeren, anders kunnen docenten een dergelijke training volgen. Er kan ook worden gekozen om gebruik te maken van zowel een docenttraining als een kind training. In beide gevallen moet er goed overlegd worden met de verschillende docenten van de jongere en een gedragsdeskundige of zorgcoördinator. Voor, tijdens en na een interventie moet er goed overleg zijn met de verschillende betrokkenen. Tijdens en na de interventies dient er geëvalueerd te worden, vervolgens kan worden vastgesteld in hoeverre de interventie effect heeft. Mochten bestaande interventies of training niet werken of niet geschikt zijn voor de leerling, dan kan er overwogen worden om een nieuwe interventie te ontwikkelen. Deze kan dan worden aangepast aan de behoeften van het kind.

Na dit onderzoek is aan te bevelen dat er onderzoek wordt gedaan naar de samenvoeging van de vragenlijsten de SEV en de VPV. Ook moet er meer onderzoek worden gedaan naar de verschillen tussen digitaal afgenomen vragenlijsten en op papier afgenomen vragenlijsten.

Een TP'er kan worden ingezet om te observeren en om te bepalen of een leerling problemen vertoont op sociaal-emotioneel gebied. Verder kan de TP'er ingezet worden om docenten of kinderen trainen. De TP'er kan psycho-educatie geven aan docenten, kinderen en ouders. Er kan worden overwogen om een Toegepast Psycholoog in te schakelen voor het ontwikkelen van een of meerder interventies

die aansluiten op vaardigheidstekorten als gevolg van ADHD op school. Deze professional zal in staat zijn om op basis van de vaardigheidstekorten, een passende interventie te ontwerpen. De TP'er kan ook worden ingezet om vast te stellen in hoeverre de training of interventie effect heeft. Ook op het gebied van onderzoek kan de TP'er een rol spelen. De TP'er kan de samenvoegingen van de VPV en de SEV onderzoeken. Ook kan een TP'er worden ingezet om vast te stellen of er verschillen zijn in testafname op papier of op digitale wijze.

Bijlage 1: Literatuurlijst

- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5 Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Amsterdam: Uitgeverij Boom
- Baeyens, D., Stes, S., Walschaerts, D., & van Dijk, L. (2014). *(Jong)volwassenen met ADHD: Perspectieven op diagnostiek, behandeling en begeleiding vanuit wetenschap en praktijk*. Leuven: Uitgeverij Acco.
- Barkley, R.A. (1997). *Diagnose: ADHD*. Lisse: Swets & Zeitlinger
- Barkley, R.A. (2013). *Diagnose ADHD Complete gids voor ouders en hulpverleners*. The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4th edition)*. New York (NY): Guilford Press.
- Buitelaar, J., & Paternotte, A. (2013). *Dit is ADHD: alles over de kenmerken, diagnose, behandeling en aanpak thuis en op school*. Houten: LannooCampus
- De Roos, S., & Bucx F. (2011). Merendeel ouders voelt zich competent als opvoeder. SCP-onderzoek naar opvoeding, sociaal netwerk, buurt en ontwikkeling van kinderen. *Jeugd en Co Kennis*, 5 (8). DOI: 10.1007/s12450-011-0025-4
- Doornenbal J., & Bijstra, J. (2003). *Kind & Adolescent Praktijk Volume 2(2)*, 100-105. DOI: 10.1007/BF03059488
- Eenhoorn, A. (2012). *ADHD bij kinderen*. Tiel: Uitgeverij LannooCampus
- Foolen, N. (2013). *Wat werkt bij jeugdigen met ADHD?* Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op: [http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/\(311053\)-nji-dossierDownloads-WatWerkt_ADHD.pdf](http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/(311053)-nji-dossierDownloads-WatWerkt_ADHD.pdf)
- Gunning, W.B. (1996). Attention deficit hyperactivity Disorder. In J.A.R. Sanders-Woudstra, F.C. Verhulst & H.F.J. de Witte (red.), *Kinder- en Jeugdpsychiatrie, psychopathologie en behandeling, I* (p. 203-223). Assen: Van Gorcum
- Hinfelaar M., & Ten Brink E. (2013). *Interventie Een nieuwe koers*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies
- Hofstetter W., & Bijstra J.O. (2014). Passend onderwijs: zijn we er klaar voor? Leraren vinden dat de rek eruit is maar staan nu weer voor nieuwe uitdaging. *Kind & Adolescent Praktijk Volume 13*, (3), 132-139 DOI: 10.1007/s12454-014-0038-4
- IBM Company [Apparatus and Software]. (2011). Armonk, New York, America.
- Ince D. (2009). *Interventie Taakspel*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies
- Lewis, M., & Rudolph, K.D. (2014). *Handbook of Developmental Psychopathology*. Springer Science & Business Media New York
- Meij H. (2011). *Interventie Remweg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies
- Messing, C. & Bouma, G. (2011). Invoering passend onderwijs: een complexe en ingrijpende operatie. *Jeugd en Co Kennis* 5 (24). DOI: 10.1007/s12450-011-0027-2
- Molendijk N.K. & Geurts H.M. (2008). Het zelfconcept van kinderen met ADHD. *Kind en Adolescent Volume 29* (3) 162-179. DOI: 10.1007/BF03076755
- Multidisciplinaire Richtlijn ADHD (2005). *Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen*. Utrecht: Trimbos-instituut. www.ggzrichtlijnen.nl
- Laffra, J., & van de Glind, G. (2015). *Van onrustig gedrag tot ADHD*. Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op: <http://www.nji.nl/nl/Publicaties/Publicaties-Van-onrustig-gedrag-tot-ADHD>
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (n.d.). *Richtlijn: JGZ-richtlijn ADHD*. Geraadpleegd op: <https://www.ncj.nl/richtlijnen/jgzrichtlijnenwebsite/details-richtlijn/?richtlijn=24&rlpag=946>
- Paternotte, A. (2001). ADHD. Ook ouders doen tegenwoordig mee. *Neuropraxis, Volume 5 (Issue 6)* 148-152. DOI: 10.1007/BF03071002
- Prins, P., & Braet, C. (2014) *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie tweede, geheel herziene*

- druk. Houten: Bohn, Stafleu & van Loghum.
- Rijksoverheid (n.d.). *Zorgplicht en samenwerken scholen in passend onderwijs*. Geraadpleegd op: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/passend-onderwijs/inhoud/zorgplicht-en-samenwerken-scholen-passend-onderwijsverantwoordelijkheid-van-de-scholen>
- Rigter, J. (2015). *Handboek ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Coutinho.
- Rigter, J., & van Hintum, M. (2013). *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen. Een inleiding*. Uitgeverij Coutinho Bussum.
- Schuman, H. (2007). *Passend onderwijs – pas op de plaats of stap vooruit?* Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 46 267-280. Verkregen van: http://www.netwerkperspectief.nl/publicaties/Passend_Onderwijs.pdf
- Sergeant, J.A. (1995) *Eunethydis. European approaches to hyperkinetic disorder*. In: van Lieshout, T. (2009) *Pedagogische adviezen voor speciale kinderen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Scholte, E.M., & van der Ploeg, J.D. (2007). *Sociaal-Emotionele Vragenlijst (SEV)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Strijker, J., & van Oijen, S.(2008). Taxatie van probleemgedrag door ouders en kinderen zelf Vergelijking van pleeggezinnen en 'eigen kind'-gezinnen, *Kind en Adolescent*, 29(2), 105-115.doi: 10.1007/BF03076745
- Van de Loo-Neus, G.H.H. (2006). ADHD. *Bijblijven* 22, 198-206. DOI: 10.1007/BF03059937
- Van der Ploeg, J., & Scholte, E. (1999). *ADHD in kort bestek: achtergronden, diagnostiek en hulpverlening*. Utrecht: Uitgeverij SWP
- Van der Ploeg, J.D. & Scholte, E.M. (2013). *Vragenlijst Psychosociale vaardigheden (VPV) Handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van der Veen-Mulders L., & Van den Hoofdakker B.J. (2011). *Behavioral Parent Training Groningen (BPTG) voor kinderen met ADHD*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies
- Van Lieshout T. (2009). *Pedagogische adviezen voor speciale kinderen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vandereycken W., Hoogduin C.A.L., & Emmelkamp P.M.G. (2006). *Handboek psychopathologie. Deel 2, Klinische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Verhulst F.C. (2006). *Leerboek Kinder- en Jeugdpsychiatrie*. Van Gorcum Assen

Bijlage 2: APA criteria

Hieronder staan de criteria van ADHD volgens de APA (2014) beschreven, deze zijn letterlijk overgenomen uit de DSM-5.

De symptomen dienen voor het 12^e levensjaar aanwezig te zijn. De stoornis is in meer dan één context aanwezig.

A. Een persisterend patroon van onoplettendheid en/of hyperactiviteit-impulsiviteit dat interfereert met het functioneren of de ontwikkeling, zoals gekenmerkt door (1) en/of (2)

1. Onoplettendheid: Zes (of meer) van de volgende symptomen zijn gedurende minstens zes maanden aanwezig geweest in een mate die niet consistent is met het ontwikkelingsniveau en die een negatieve invloed heeft op sociale en schoolse of beroepsmatige activiteiten.

NB: de symptomen zijn niet alleen een manifestatie van oppositioneel gedrag, uitdagendheid, vijandigheid of een onvermogen om taken of instructies te begrijpen. Oudere adolescenten en volwassenen (17 jaar en ouder) moeten aan minstens vijf symptomen voldoen. De betrokkene:

- a. Slaagt er vaak niet in voldoende aandacht te geven aan details, of maakt achteloos fouten in schoolwerk, op het werk of gedurende andere activiteiten (kijkt bijvoorbeeld over details heen of mist deze; levert slordig werk af).
- b. Heeft vaak moeite om aandacht bij taken of spelactiviteiten te houden (heft bijvoorbeeld problemen om geconcentreerd te blijven tijdens een les of gesprek, of bij het lezen van een lange tekst).
- c. Lijkt vaak niet te luisteren als hij of zij direct wordt aangesproken (lijkt bijvoorbeeld afwezig, zelfs als er geen duidelijke afleiding is).
- d. Volgt vaak aanwijzingen niet op en slaagt er dikwijls niet in om schoolwerk, karweitjes of taken op het werk af te maken (begint bijvoorbeeld wel met een taak, maar raakt al snel afgeleid).
- e. Heeft vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten (heeft bijvoorbeeld moeite om een reeks taken achter elkaar af te maken; vindt het lastig om benodigdheden en eigendommen op hun plek op te bergen; het werk is slordig en wanordelijk; heeft moeite met tijdsindeling; haalt deadlines niet).
- f. Vermijdt vaak om, heeft een afkeer van, of is onwillig om zich bezig te houden met taken die een langdurig geestelijke inspanning vereisen (bijvoorbeeld schoolopdrachten of huiswerk; bij adolescenten en volwassenen: een rapport opstellen, formulieren invullen, of lange artikelen doornemen).
- g. Raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of activiteiten (bijvoorbeeld materiaal voor school, potloden, boeken, gereedschap, portemonnee, sleutels, papieren, bril mobiele telefoon).
- h. Wordt gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels (bij oudere adolescenten en volwassenen kan het gaan om gedachten aan iets anders).
- i. Is vaak vergeetachtig tijdens dagelijkse bezigheden (bijvoorbeeld bij karweitjes, boodschappen doen; bij oudere adolescenten en volwassenen bijvoorbeeld terugbellen, rekeningen betalen, afspraken nakomen).

2. Hyperactiviteit en impulsiviteit: Zes (of meer) van de volgende symptomen zijn gedurende zes maanden aanwezig geweest in een mate die niet overeenstemt met het ontwikkelingsniveau en die een negatieve invloed heeft op sociale en schoolse of beroepsmatige activiteiten.

NB: De symptomen zijn niet alleen een manifestatie van oppositioneel gedrag, uitdagendheid, vijandigheid, of een onvermogen om taken of instructies te begrijpen. Oudere adolescenten en volwassenen (17 jaar en ouder) moeten minstens aan vijf symptomen voldoen. De betrokkene:

- a. Beweegt vaak onrustig met handen of voeten, of draait in zijn of haar stoel.
 - b. Staat vaak op in situaties waarin verwacht wordt dat je op je plaats blijft zitten (staat bijvoorbeeld op van zijn of haar plek in de klas, op kantoor of op een andere werkplek, of in andere situaties waarin je op je plaats moet blijven zitten).
 - c. Rent vaak rond of klimt overal op in situaties waarin dit ongepast is (NB: bij adolescenten of volwassenen kan dit beperkt zijn tot gevoelens van rusteloosheid).
 - d. Kan moeilijk rustig spelen of zich bezighouden met ontspannende activiteiten.
 - e. Is vaak 'in de weer' of 'draaft maar door' (is bijvoorbeeld niet toe in staat om lang stil te zitten, of voelt zich daarbij ongemakkelijk, zoals in een restaurant, tijdens een vergadering; anderen kunnen de betrokkene onrustig of moeilijk bij te houden vinden).
 - f. Praat vaak excessief veel.
 - g. Gooit het antwoord er vaak al uit voordat een vraag afgemaakt is (maakt bijvoorbeeld de zinnen van anderen af; kan niet op zijn of haar beurt wachten tijdens een gesprek).
 - h. Heeft vaak moeite op zijn of haar beurt te wachten (bijvoorbeeld bij het wachten in een rij).
 - i. Stoort vaak anderen of dringt zich op (mengt zich bijvoorbeeld zomaar in gesprekken, spelletjes of activiteiten; gebruikt ongevraagd en zonder toestemming te verkrijgen de spullen van een ander; bij adolescenten en volwassenen: dringt zich op bij activiteiten van anderen of neemt deze over).
- B. Verscheidene symptomen van onoplettendheid of hyperactiviteit-impulsiviteit waren voor het 12^{de} jaar aanwezig.
- C. Verscheidene symptomen van onoplettendheid of hyperactiviteit-impulsiviteit zijn aanwezig op twee of meer terreinen (bijvoorbeeld op school of werk; met vrienden of gezinsleden; tijdens andere activiteiten).
- D. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat de symptomen interfereren met het sociale, schoolse of beroepsmatige functioneren, of de kwaliteit daarvan verminderen.
- E. De symptomen treden niet uitsluitend op in het beloop van schizofrenie of een andere psychotische stoornis en kunnen niet beter worden verklaard door een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld een stemmingsstoornis, angststoornis, dissociatieve stoornis, persoonlijkheidsstoornis, onttrekkingssyndroom van een middel) (APA, 2014).

De DSM-5 specificeert ADHD in drie beelden (typen ADHD).

- Gecombineerd beeld: Als gedurende de afgelopen zes maanden voldaan is aan zowel criterium A1 (onoplettendheid) als criterium A2 (hyperactiviteit-impulsiviteit).
- Overwegend onoplettend beeld: Als gedurende de afgelopen zes maanden voldaan is aan criterium A1 (onoplettendheid), maar niet aan criterium A2 (hyperactiviteit-impulsiviteit).
- Overwegend hyperactief-impulsief beeld: Als gedurende de afgelopen zes maanden voldaan is aan criterium A2 (hyperactiviteit-impulsiviteit), maar niet aan criterium A1 (onoplettendheid) (APA, 2014).

Verder kan ADHD ook gespecificeerd worden wanneer de betrokkene gedeeltelijk in remissie is.

Gedeeltelijk in remissie: Als aanvankelijk aan alle criteria is voldaan, maar de afgelopen zes maanden aan minder dan alle criteria is voldaan en de symptomen nog steeds beperkingen in het sociale, schoolse of beroepsmatige functioneren veroorzaken.

De DSM-5 onderscheidt verder nog de mate van ernst van ADHD. Het gaat om

- Licht: niet of nauwelijks meer symptomen dan vereist zijn om de classificatie te kunnen toekennen zijn aanwezig, en de symptomen leiden slechts tot lichte beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren.

- Matig: er zijn symptomen of functionele beperkingen tussen 'licht' en 'ernstig' aanwezig.
- Ernstig: veel meer symptomen dan vereist zijn om de classificatie te kunnen toekennen zijn aanwezig, of verschillende bijzonder ernstige symptomen zijn aanwezig, of de symptomen leiden tot duidelijke beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren (APA, 2014).

Bijlage 3: Interventies

In deze bijlage zijn verschillende begeleidingsmethoden voor kinderen met ADHD beschreven. Achtereenvolgens komt aan bod: algemene informatie over behandeling, uitleg over psycho-educatie, praktische tips voor in de klas en verschillende interventies van het NJI. Hierbij moet worden vermeld dat ervoor gekozen is om geen medicamenteuze behandelingsmethoden uit te werken. De focus ligt op leerkrachtinterventies en praktische tips voor in de klas.

Algemene informatie

ADHD is een ontwikkelingsstoornis, dit betekent dat preventie weinig zin heeft. Er zijn geen interventies die gericht zijn op het voorkomen van ADHD. Voor jongeren met ADHD is de beste behandelingsmethode medicatie gecombineerd met gedragstherapie. Een aspect van gedragstherapeutische benadering dat ook van belang is, is psycho-educatie (Laffra & van de Glind, 2015). Een vorm van gedragstherapeutische training is sociale vaardigheidstraining. Wanneer het kind veel moeite heeft met relationele vaardigheden kan een sociale vaardigheidstraining helpen. Bij dergelijke trainingen leert een kind ongewenst gedrag in sociale situaties beter onder controle te houden (Rigter & van Hintum, 2013). Een combinatie van medicatie en gedragstherapeutische behandeling resulteert in een beduidend hogere verbetering ten aanzien van de symptomen van ADHD (Foolen, 2013). Er zijn verschillende gedragstherapeutische interventies ontworpen die zich richten op gedragsproblemen die veroorzaakt worden door ADHD. De interventies gericht op kinderen met ADHD zijn voornamelijk gemaakt voor de ouders. Er zijn ook enkele interventies gericht op docenten en het kind (Laffra & van de Glind, 2015). De keuze van interventies is afhankelijk van de aard en de ernst van de problematiek van de adolescent (Foolen, 2013; Laffra & van de Glind, 2015).

De behandeling van ADHD volgt Nederlandse en buitenlandse richtlijnen. Dit betekent dat de behandeling vier doelen heeft. Het eerste doel is het verstrekken van informatie over ADHD aan kinderen, ouders en docenten (psycho-educatie). Daarnaast doelt behandeling op het beperken en tegengaan van de symptomen. Het derde doel is om de gevolgen van ADHD te beperken. Als laatste richt behandeling zich op het vergroten van sociale vaardigheden in het sociale functioneren. Het bestrijden van symptomen is het belangrijkste doel. Er wordt verwacht dat als de symptomen worden aangepakt, dat dit ook invloed heeft op de gevolgen. Dit betekent dat als een kind met ADHD geholpen wordt om zich te kunnen concentreren, minder druk en impulsief te zijn. Door jongeren hiermee te ondersteunen verbetert dit hun zelfbeeld, hun prestaties op school en hun sociale vaardigheden (Foolen, 2013).

Cognitieve therapie en zelfregulatietraining laten bijna geen effectiviteit zien bij jongeren met ADHD, daarom wordt hier verder niet op ingegaan. Alternatieve therapieën, zoals homeopathie, aangepast dieet en massagetherapie zijn nog weinig onderzocht. Dit geldt ook voor creatieve therapie en psychomotorische therapie, deze behandelingsmethoden worden daarom niet besproken. Vooral nog is er voornamelijk onderzoek gedaan naar de werking van medicatie. Gedragstherapeutische of psychosociale interventies zijn minder onderzocht. Hierdoor is het moeilijk om een uitspraak te doen over de effectiviteit van dergelijke interventies. Er zijn enkele onderzoeken die uitwijzen dat jongeren minder probleemgedrag laten zien wanneer docenten een gedragstherapeutische training hebben gevolgd (Foolen, 2013).

Volgens Prins & Braet (2014) bestaat een gedragstherapeutische docenttraining uit acht onderdelen. Psycho-educatie is de eerste stap, dit wordt hieronder verder beschreven. Kennis van emotionele problemen is ook een onderdeel. Niet doelgericht gedrag leren signaleren, observeren en analyseren is een ander onderdeel. Kennis hebben van verschillende manieren om te structureren en duidelijk kunnen instrueren (hierbij hoort ook nagaan of de instructie is overgekomen) zijn ook vaardigheden die docenten opdoen in een leerkrachttraining. Andere onderdelen zijn veelvuldig en directe feedback geven ten aanzien van gedrag en probleemoplossend vermogen stimuleren. Verder bestaat de training uit het leren werken met een rapportagekaart en beloningssysteem dat soms ook in de

thuisituatie wordt gebruikt. Samenwerking met de ouders wordt meestal ook opgenomen in een docenttraining.

Psycho-educatie

Psycho-educatie is een essentieel onderdeel van de begeleiding voor jongeren, hun ouders en de docenten (Laffra & van de Glind, 2015). Voorlichten wordt als eerste gedaan, daarna wordt medicatie en/of gedragstherapie ingezet. Het doel van psycho-educatie is om begrip te creëren bij kinderen, ouders en docenten. Dit wordt gedaan door uit te leggen wat ADHD is, hoe het wordt veroorzaakt en hoe de betrokkenen er het beste mee om kunnen gaan. Hier hoort ook voorlichting over behandelmethoden bij. Ouders kunnen door deze informatie hun verwachtingen bijstellen, zodat deze realistisch worden van het resultaat dat een behandeling wel of niet kan behalen (Foolen, 2013). Door uitleg te geven aan ouders en leerkrachten kan vervolgens ook een inschatting worden gemaakt wat het functioneren van de jongere betreft. Ouders en docenten kunnen inzicht geven in het niveau van functioneren op de verschillende aspecten en welke problemen het normaal functioneren hinderen. Wanneer de omgeving ADHD begrijpt zullen ze minder afkeurend en afwijzend reageren op de jongere. Dit doorbreekt de negatieve gevolgtrekkingen, probleemgedrag leidt tot negatieve reacties en dit leidt weer tot negatieve gevoelens bij het kind wat probleemgedrag weer kan laten toenemen. Door deze cirkel te doorbreken kan worden voorkomen dat de problemen verergeren. Nadat duidelijk is geworden welke situaties problematisch zijn, kan worden gekeken naar mogelijkheden om deze situaties te verbeteren (Verhulst, 2006).

Er is geen wetenschappelijk bewijs dat psycho-educatie docenten bijstaat in de behandeling van ADHD. De interventies waarin psycho-educatie is verwerkt zijn door de Erkenningcommissie Interventies erkend als 'Theoretisch goed onderbouwd' (Foolen, 2013).

Tips voor in de klas

Voor in de klas zijn er verschillende aanwijzingen die een docent kan toepassen. Dit kan een individueel afgestelde werkwijze en daarbij behorende leerdoelen zijn. Individuele aandacht van de docent of klasgenoot is ook bevorderend. Verder is de plek in de klas en de samenstelling van een groepje belangrijk. Wanneer het mogelijk is kan het rooster aangepast worden zodat vakken die voor de jongere saai zijn in de ochtend worden gegeven. Ook is het van handig om voor de adolescent haalbare en kleine doelen op te stellen en om hem of haar positieve feedback te geven. Jongeren met ADHD zullen beter gemotiveerd zijn als ze zelf enige keuzevrijheid hebben en als ze zelf een doel mogen opstellen. Ook kan het een kind met ADHD helpen om dingen hardop te lezen, voor visuele en auditieve informatieverwerking. Deze dingen kunnen kinderen met ADHD in de klas helpen (Rigter & van Hintum). Een andere methode in de schoolsituatie die de leerprestatie kunnen bevorderen zijn peer tutoring, hier wordt een kind met ADHD geholpen door een klasgenoot. Computer-assistent instruction is een computerprogramma die lesstof aanbiedt zodat het afgestemd is op de leerling. Self-monitoring is een methode waarbij een jongere zelf doelen opstelt en zichzelf controleert om het doel te behalen en daarna ook zichzelf belooft. Zoals hierboven beschreven is een onderdeel van docenttraining het aanpassen van instrueren, task/instructional modification is een methode waar de instructie veel structuur heeft en is afgestemd op de leerstijl van de leerling (Van Lieshout, 2009).

Hieronder staan een aantal interventies uitgewerkt, dit zijn trainingen met name gericht op docenten of (professionele) opvoeders. Deze interventies zijn erkend door het NJI. De overige NJI interventies Cogmed RM, Groepsmediatietherapie voor ouders, Incredible Years, Minder boos en opstandig en Parent-Child Interaction Therapy worden niet besproken omdat deze niet relevant zijn voor of aan te passen op docenten en/of de doelgroep jongeren. Een andere reden dat ze niet worden behandeld is dat de interventies zich niet richten op het verbeteren van het sociaal-emotioneel functioneren.

Interventie 1: Een Nieuwe Koers

Doel

Een nieuwe koers is een interventie die docenten leert om het gedrag en de werkhouding van

jongeren met ADHD aan te sturen. Het accent ligt op het aanpassen van gedrag en werkhouding omdat dit het functioneren op school kan verbeteren. Hierbij kan worden gedacht aan schoolprestaties, het zelfbeeld en sociale interacties van de jongeren. Dit kan ervoor zorgen dat zij beter kunnen voldoen aan de eisen die op school worden gesteld. Hieronder valt opdrachten afmaken, cijfermatig voldoende staan, zich inzetten, beleefd en sociaal gedrag vertonen en spullen in orde hebben. De training oogt dit resultaat te bereiken door docenten te trainen en door hen te laten samenwerken met de jongeren en hun ouders. Zonder een goede sturing van docenten lopen jongeren met ADHD meer risico om onder de maat te presteren en wordt de kans op schooluitval vergroot door een problematische relatie met docenten. Wanneer jongeren weinig tot geen zelfsturing hebben, kan de omgeving hen structuur, leiding en grenzen bieden (Hinfelaar & Ten Brink, 2013).

Doelgroep

Deze interventie is gericht op docenten in het (speciaal) basisonderwijs en voortgezet (speciaal) onderwijs. Deze docenten die te maken hebben met kinderen van 6 tot en met 16 jaar oud, waarbij ADHD is vastgesteld. De interventie is vooral bedoel voor docenten weinig ervaring hebben of die een specifieke hulpvraag hebben die gaat over het sturen van gedrag en verbeteren van de werkhouding van leerlingen met ADHD. Docenten worden in de basis niet opgeleid om te werken met jongeren die gedragsproblemen vertonen door een psychische stoornis. Omgaan met dergelijke leerlingen vereist meer kennis en een aangescherpte professionele houding (Hinfelaar & Ten Brink, 2013).

De training wordt afgeraden wanneer de docent tijdelijk invalt en de training van zes sessies niet kan afmaken. Ook wordt deelname niet aangemoedigd wanneer er geen vertrouwen is tussen de ouders en de school. Dit is dan dusdanig conflicterend dat er geen samenwerking mogelijk is (Hinfelaar & Ten Brink, 2013).

Inhoud

De interventie bestaat uit zes sessies, die elk 2 uur duren en bijbehorende huiswerkopdrachten. De bijeenkomsten worden één keer in de twee weken gehouden. De reden hiervoor is dat er dan genoeg tijd overblijft voor de docent om te oefenen. De docent krijgt een handleiding met informatiebladen, oefenbladen en huiswerkbladen. Tijdens de eerste sessie wordt de kennis getoetst, hierop volgt psycho-educatie over ADHD. Dan volgt er een instructie en wordt geoefend met het observeren van het gedrag van de jongere. Dit is de basis voor het opzetten van een werkwijze die past bij het kind, wat in overleg met de ouders wordt gedaan. In de derde sessie wordt er aandacht besteed aan het maken van een plan voor in de klas. Daarna richten twee sessies zich op de situaties buiten de klas, namelijk situaties tussen de lessen en vrije situaties. In de laatste bijeenkomst wordt er aandacht besteed aan het emotionele aspect waar docenten mee te maken krijgen in het samenwerken met ouders of jongeren met ADHD (Hinfelaar & Ten Brink, 2013).

Een nieuwe koers wordt aangeboden in groepsverband, op deze manier kunnen de docenten leren van de verschillende ervaringen, van hun groepsgenoten en van de feedback van de trainers. De training is opgezet zodat een docent ook individueel deel kan nemen aan de training. Dit kan de docent dan doen door zelfstandig met de handleiding aan het werk te gaan. De e-health module van het Trimbos instituut kan ook worden gebruikt. Deze interventie is gemaakt zodat deze kan worden gebruikt in combinatie met een andere behandelmethodede of andere behandelmethoden voor ADHD. Er wordt voorkeur aan gegeven dat deze interventie wordt ingezet met andere behandelmethoden. Dit kan zijn: medicatie, oudertraining, kindgerichte (groeps-) behandeling en/of schoolbegeleiding (Hinfelaar & Ten Brink, 2013).

Effectiviteit

Er is in Nederland één onderzoek gedaan naar de effectiviteit van het trainen van docenten die omgaan met kinderen met ADHD. Het gaat om een quasi-experimenteel onderzoek uitgevoerd in de schooljaren 2005/2006 en 2006/2007. Uit dit onderzoek kwam dat kinderen een significant grote verbetering lieten zien wat hun werkhouding betreft. Er is ook een significante vooruitgang gevonden op het specifieke, relevante gedrag dat de docent had bepaald voorafgaande de training. Dit is

wekelijks gemeten met rapportagekaarten. Bij de docenten werd een significante positief verschil gevonden wat hun competentie betreft. Er is geen onderzoek gedaan naar de uitvoering van de interventie, wel is er een Nederlandse effectstudie over de tevredenheid van de docenten die hebben deelgenomen aan de interventie. De docenten waren voornamelijk tevreden over de duidelijke handvatten. Verder vonden zij het nuttig om in een groep problemen die zij tegenkwamen tijdens het oefenen te bespreken. Hieruit kan worden geconcludeerd dat het onderzoek een vrij sterke bewijskracht heeft en dat er enkele positieve resultaten zijn gevonden (Hinfelaar & Ten Brink, 2013).

Interventie 2 Taakspel

Doel

Taakspel is een interventie die op school kan worden uitgevoerd. Deze interventie richt zich op het verbeteren van taakgerichtheid en het minimaliseren van regelovertredend gedrag bij de leerlingen. Dit draagt bij aan een positieve onderwijssetting. Het uiteindelijke doel van de interventie is om beginnende probleemgedragingen te reduceren (Ince, 2009).

Doelgroep

Het spel is ontwikkeld voor basisschoolleerlingen van groep 4 tot en met 8. Er zijn ook aangepaste versies beschikbaar, namelijk voor het Speciaal Onderwijs en het Voortgezet (Speciaal) Onderwijs. Er zijn geen contra-indicaties bekend voor deze interventie. De interventie richt zich op het kind in de klas. De hele klas doet mee, Taakspel is niet speciaal gericht op kinderen met ADHD maar kan bijdragen aan het verbeteren van negatief gedrag veroorzaakt door ADHD. Deze interventie wordt uitgevoerd door de docent, deze krijgen begeleiding en training bij het uitvoeren van de interventie (Ince, 2009).

Inhoud

Taakspel is de Nederlandse versie van de, in Noord-Amerika ontwikkelde, Good Behavior Game, deze is aangepast vanwege de cultuurverschillen. Het spel is gebaseerd op verschillende gedragstherapeutische principes bijvoorbeeld gedragsinstructie, respons cost en positieve beloningen in de interventie zitten dus dergelijke technieken verwerkt. Er is veel aandacht voor positief gedrag. De interventie wordt uitgevoerd in groepsverband tijdens de reguliere lessen. Via deze werkwijze leren de kinderen zich aan de regels te houden (Ince, 2009).

Leraren besteden vooral aandacht aan negatieve gedragingen. De leerling krijgt bijna geen aandacht als hij of zij gewenst gedrag laat zien. Hierdoor wordt er een onaangename sfeer gecreëerd in de klas, voor de docent en het kind. Wanneer een leerling de klassenregels volgt, zal er een rustigere, minder storende sfeer zijn in de klas. Ook kunnen eventueel aanwezig agressieve gedragingen verminderen (Ince, 2009).

Het Taakspel kent drie verschillende fasen. De eerste fase is een introductie waar de kinderen samen met de docent regels formuleren en beloningen bedenken die passen in de klas. Nadat de docent heeft geobserveerd, wordt de klas in teams verdeeld. Binnen een team worden de jongeren door elkaar gestimuleerd om de regels te volgen omdat zij dan een beloning krijgen. In de tweede fase wordt het Taakspel uitgebreid doordat het in verschillende situaties wordt gespeeld. In de laatste fase staat het onderhouden van de effecten centraal. De docent gaat met Taakspel voornamelijk aandacht besteden aan positief gedrag, door dit te belonen. Er kan worden gevarieerd met de hoeveelheid regels waarmee wordt gewerkt, de duur van het spel en wanneer de leerlingen de beloning krijgen (Ince, 2009).

Door het werken in groepsverband leren de kinderen van elkaar en kunnen ze hun teamgenoten ondersteunen. Er wordt gesteld dat kinderen beter sociale competenties ontwikkelen wanneer zij gebruik kunnen maken van de klas als leeromgeving (Ince, 2009).

Effectiviteit

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar het effect van Taakspel. Er zijn vrij sterke tot zeer

sterke effecten gevonden, alle onderzoeken tonen een positief resultaat. Jongeren die deel hebben genomen aan het spel laten significant minder emotionele problemen, regelovertredend gedrag en gedragsproblemen zien. Ook blijkt dat ze minder externaliserend gedrag vertonen, meer taakgericht werken en betere relaties met leeftijdsgenoten hebben. Ook de Noord-Amerikaanse versie van deze interventie heeft positieve effecten op jongeren met ADHD. De kinderen hadden minder last van angstklachten en depressieve klachten (Ince, 2009).

Wel moet vermeld worden dat deze onderzoeken zijn gedaan bij basisschoolleerlingen. Er wordt nog onderzoek gedaan naar de effecten op het Voortgezet Onderwijs (Ince, 2009).

Eventuele aanpassingen

Voor deze interventie is een aangepaste versie voor het Voortgezet (Speciaal) Onderwijs beschikbaar (Ince, 2009).

Interventie 3 Remweg

Doel

De interventie Remweg heeft twee doelen, de opvoedingscompetenties van de opvoeders verbeteren en bij de kinderen de mate van zelfcontrole verhogen. Het verbeteren van de opvoedingscompetenties zorgt ervoor dat de opvoeders het opvoedingsproces positiever ervaren. Het uiteindelijke doel van Remweg is om ervoor te zorgen dat de kinderen beter in staat zijn om te stoppen met een activiteit, om zorgvuldig te kijken voordat hij of zij aan een activiteit begint, om goed te luisteren naar een instructie en om een plan te maken, uit te voeren en te evalueren. Remweg richt zich dus op impulscontrole. Dit wordt gedaan met behulp van een stop-denk-doe strategie. Deze interventie heeft een cognitief gedragstherapeutische opzet (Meij, 2011).

Belangrijk om te benoemen is dat Remweg alleen niet voldoende is, deze interventie is een onderdeel van een multimodale aanpak. Dit komt omdat Remweg zich richt op een bepaald deel van ADHD (Meij, 2011).

Doelgroep

De doelgroep van Remweg zijn professionele opvoeders en ouders van kinderen met ADHD. Echter beïnvloedt de interventie ook de kinderen, het gaat om kinderen in de leeftijd van 6 tot en met 12 jaar. De opvoeders zijn hierbij een mediatiegroep, zij wonen bijeenkomsten bij en leren hier over gedragstherapeutische principes en leren vaardigheden toe te passen. Daarna zijn de opvoeders de trainer van het kind (Meij, 2011).

De indicaties voor deelname aan deze interventie is dat de diagnose ADHD is gesteld en het gebruik van medicatie is overwogen. De omgeving moet voldoende overzicht en structuur hebben, voordat de interventie wordt ingezet. De opvoeders hebben voldoende vaardigheden op pedagogisch gebied. Als hieraan kan worden voldaan, kan Remweg worden toegevoegd aan het behandelpakket (Meij, 2011).

Inhoud

Het doel van Remweg zoals hierboven beschreven is om jongeren te leren om goed na te denken voor zij actie ondernemen. Dit is een houding die een kind nodig heeft bij verschillende situaties en opdrachten. Het kind leert zichzelf te sturen door zichzelf vier vragen te stellen. 1. Wat moet ik doen? 2. Hoe ga ik het doen? 3. Ga ik mijn plan gebruiken? 4. Hoe heb ik het gedaan? Het kind werkt met deze methode op vaste momenten thuis of op school. In deze omgeving worden ook de andere oefeningen uitgevoerd die bij de training horen. Dit gaat onder supervisie van de opvoeders die daarvoor acht bijeenkomsten hebben gevolgd. In deze bijeenkomsten krijgen de opvoeders informatie over ADHD, leren zij over gedragstherapeutische principes en gaan zij oefenen met rollenspellen (Meij, 2011).

De inhoud van deze interventie komt voort uit vele andere methoden van verschillende auteurs. Hiervan is de methode van Meichenbaum en Goodman het prototype. Bij de hierop gebaseerde

methoden staat een stapsgewijze oplossingsstrategie centraal. Er zijn vier technieken verwerkt in Remweg om de zelfcontrole te verbeteren. Dit zijn Zelfmonitoring oftewel bewustwording van eigen gedrag. Zelfmonitoring plus reinforcement, dit is gelijk aan de bovenstaande maar dan met een beloning. Zelfreinforcement, een uitbreiding op de bovenstaande waarbij het kind zichzelf beloont. Als laatste is er Zelfevaluatie, dit houdt in dat het kind zichzelf observeert en evalueert. Deze komen weer terug in de vragen die het kind zich stelt in de praktijk. De opvoeders krijgen tijdens hun training ook begeleiding om deze techniek praktisch te kunnen toepassen (Meij, 2011).

Effectiviteit

Remweg is volgens de deelcommissie jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie beoordeeld als goed onderbouwd. Hierbij wordt vermeld dat de kern van de interventie goed is, het heeft een specifiek doel en lost niet alle problemen van ADHD op (Meij, 2011).

Er zijn geen Nederlandse of buitenlandse effectstudies gedaan naar de werking van Remweg. Remweg is op andere methoden gebaseerde, over de effectiviteit hiervan is ook weinig bekend. De effectiviteit kan niet worden bewezen omdat deze interventie wordt gecombineerd met andere behandelingsmethoden zoals medicatie (Meij, 2011).

Eventuele aanpassingen

Remweg is beschikbaar voor kinderen van 10 tot en met 16 jaar, voor deze leeftijdsgroep is het materiaal enigszins aangepast. Deze interventie is gericht op (professionele) opvoeders, uit de informatie van het NJI wordt niet duidelijk of hier ook docenten onder vallen. Een aangepaste versie van Remweg gericht op docenten bestaat (nog) niet (Meij, 2011).

Interventie 4 Behavioral Parent Training Groningen (BPTG) voor kinderen met ADHD

Doel

Het doel van Behavioral Parent Training Groningen (BPTG) is om gedragsproblemen bij kinderen te verminderen. Na de training beschikken ouders over meer kennis over de stoornis (bijvoorbeeld symptomen, etiologie, prevalentie), eventuele co-morbide stoornissen (bijvoorbeeld angststoornissen of Oppositioneel Opstandige Gedragsstoornis) en verschillende gedragstherapeutische vaardigheden (zoals observeren, instructies geven, straffen) die belangrijk zijn in de opvoeding van een kind met ADHD (Van der Veen-Mulders & Van den Hoofdakker, 2011).

Doelgroep

De doelgroep van deze interventie zijn (ouders van) kinderen van 4 tot en met 12 jaar met ADHD en gedragsproblemen. Er is geen contra-indicatie voor kinderen met een co-morbide stoornis. BPTG traint ouders van kinderen met ADHD omdat deze aanpak de gedragsproblemen vermindert. Voor deze doelgroep geldt dat psycho-educatie hebben gehad. BPTG kan worden gecombineerd met medicatie voor ADHD (Van der Veen-Mulders & Van den Hoofdakker, 2011).

Er kan worden deelgenomen aan de training mits het kind een IQ boven 80 heeft en beide ouders (tenzij sprake is van éénoudergezin) zich inzetten voor de interventie. Er is een contra-indicatie voor ouders die, in het afgelopen jaar, intensieve gedragstherapeutische oudertraining hebben doorlopen. Dit geldt ook wanneer er problematiek is waar directe interventies nodig zijn (Van der Veen-Mulders & Van den Hoofdakker, 2011).

Inhoud

De interventie bestaat uit 13 bijeenkomsten van twee uur, die worden gegeven in een (ambulante) ggz-instelling. Voor de bijeenkomsten wordt er een intakegesprek gevoerd met de ouders, hier worden doelen opgesteld waar de ouders zich tijdens de training op zullen richten. De bijeenkomsten zijn verdeeld in vier fasen. In de eerste fase krijgen de ouders psycho-educatie over de stoornis en co-morbide stoornissen. Dit is een verdieping op de psycho-educatie die voorafgaande de training is ontvangen. Ook krijgen ouders in deze fase informatie over gedragstherapeutische leerprincipes en er wordt gewerkt aan de observatievaardigheden. In de tweede fase ligt de nadruk op het aanleren van

vaardigheden die probleemgedrag kunnen voorkomen en het aanpassen van stimuli die probleemgedrag uitlokken. De daaropvolgende fase bestaat uit contingentmanagement, dit betekent het leren reageren op positief en negatief gedrag. In de fase leren de ouders hoe zij de vooruitgang kunnen vasthouden. Na de bijeenkomsten wordt er een evaluatiegesprek gevoerd met de ouders, hier wordt gekeken naar de vooraf gestelde doelen, de vooruitgang en de leerpunten van de ouders (Van der Veen-Mulders & Van den Hoofdakker, 2011).

Effectiviteit

Deze interventie is effectief volgens goede aanwijzingen beoordeeld. Er is effectonderzoek gedaan in Nederland naar BPTG, hier zijn significant grotere effecten gevonden bij gedragsproblemen en comorbide internaliserende problematiek. Kinderen waarvan de ouders de interventie hebben doorlopen lieten een verbetering zien op gedragsproblemen en internaliserende problemen. De bewijskracht bleek zeer sterk (Van der Veen-Mulders & Van den Hoofdakker, 2011).

Eventuele aanpassingen

Deze interventie is beschikbaar voor kinderen in de leeftijdsgroep van 4 tot en met 12 jaar. Ook wordt deze gegeven aan ouders. Deze interventie zou eventueel kunnen worden aangepast aan een oudere leeftijdsgroep, namelijk jongeren van 12 tot en met 18 jaar. Een andere aanpassing zou zijn om de docenten te trainen (Van der Veen-Mulders & Van den Hoofdakker, 2011).

Bijlage 4: Respondenten

Hieronder staat nog verdere informatie over de respondenten.

Van de respondenten voeden 59 (64,8%) hun kind op in een gezin met twee biologische ouders en 16 respondenten (17,%) voedt hun kind op in een gezin met eigen biologische ouder en een pleeg- of stiefouder. 3 respondenten (3,3%) voeden een kind op in een gezin met pleeg- of stiefouders en 12 respondenten (13,2%) vormen een éénoudergezin. 1 van de respondenten (1,1%) voldoet niet aan de bovenstaande categorieën en heeft een andere gezinssamenstelling. Het eerste ouderfiguur of de moeder is bij 82 van de respondenten (90,1%) in Nederland geboren en 3 van de respondenten (3,3%) is afkomstig uit het buitenland, met westerse cultuur. Voor 6 van de respondenten (6,6%) geldt dat het eerste ouderfiguur afkomstig is uit het buitenland, een niet westerse cultuur. Het scholingsniveau van de kostwinner is bij 6 van de respondenten (6,6%) lager onderwijs (LO/LBO). Bij 42 van de respondenten (46,2%) is het middelbaar onderwijs (MAVO/(V)MBO) en bij 40 respondenten (44%) is het opleidingsniveau hoger onderwijs (HAVO/VWO/HBO/WO). 5 van de respondenten (5,5%) woont in regio Noord en 51 van de respondenten (56%) woont in regio Oost. 23 van de respondenten (25,3%) komt uit regio West en 3 respondenten (3,3%) komt uit regio Zuid. 9 respondenten (9,9%) heeft niet kenbaar gemaakt in welke regio zij woonachtig zijn.

Bijlage 5: Chi-kwadraat

De onderstaande tabel geeft de resultaten van de Chi-kwadraat analyse weer.

Chi-Square Test

Frequencies

Sekse kind

	Observed N	Expected N	Residual
Man	22	19,0	3,0
Vrouw	16	19,0	-3,0
Total	38		

Test Statistics

	Sekse kind
Chi-Square	,947 ^a
df	1
Asymp. Sig.	,330

a. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 19,0.

Bijlage 6: Mail aan scholen

In deze bijlage is de mail die naar verschillende scholen is verstuurd met het verzoek tot deelname bijgevoegd.

Geachte heer/mevrouw,

Mijn naam is Nienke Smidt, student aan Saxion Hogeschool in Deventer. Samen met drie medestudenten ben ik aan het afstuderen. Voor ons afstudeeronderzoek zijn bezig om informatie te verzamelen over kinderen/jongeren en hun sociaal-emotionele vaardigheden. Scholen krijgen steeds vaker te maken met leerlingen die kampen met sociale of emotionele moeilijkheden, bijvoorbeeld ADHD of Autisme Spectrum Stoornis (ASS). Om erachter te komen wat leerlingen wel of niet kunnen hebben wij uw hulp nodig.

Wij zouden graag ouders willen vragen om de online enquête in te vullen. Door de enquête in te vullen krijgen wij informatie over de leerlingen. In ons afstudeeronderzoek gaan wij vervolgens kijken wat er kan worden gedaan om deze leerlingen te helpen. Tegelijkertijd zal de enquête helpen om een nieuwe methode te ontwikkelen die verschillende instellingen kunnen inzetten om dergelijke gedragsproblemen te onderkennen. Dit onderzoek is opgezet door medewerkers van de Universiteit van Leiden.

Voor deelname aan het onderzoek is het niet noodzakelijk dat het kind gediagnosticeerd is. De vragenlijst is geschikt voor elke leerling, elke ouder/verzorger van elke leerling kan de vragenlijst invullen. Hiertegenover staat dat de deelnemende school een samenvatting van de verkregen resultaten kan ontvangen.

Kortom, het invullen van deze enquête dient verschillende doelen die het welzijn van leerlingen willen bevorderen.

Wij willen u hierbij vragen om toestemming te verlenen om een mail te sturen naar de ouders van uw leerlingen zodat zij deze vragenlijst kunnen invullen. De gegevens worden, volledig anoniem en vertrouwelijk, behandeld door zowel de studenten van Saxion en de medewerkers van de Universiteit van Leiden.

In de bijlage vindt u een begeleidende brief met informatie voor u (de directie). Als u vragen heeft kunt u altijd contact opnemen met mij.

Ik hoor graag van u.

Met vriendelijke groet,

Nienke Smidt

Bijlage 7: Brief directie



Universiteit
Leiden

Faculteit der Sociale Wetenschappen
Departement Pedagogische Wetenschappen
Afdeling Orthopedagogiek



Geachte directie,

Door de toegenomen zorgplicht in het onderwijs krijgen scholen en leraren steeds vaker te maken met leerlingen die sociaal-emotionele gedragsproblemen hebben. Hoe eerder deze problemen worden onderkend, des te gerichter en gemakkelijker kan er worden bijgestuurd.

De afdeling Orthopedagogiek van de Universiteit Leiden houdt zich al geruime tijd bezig met het ontwikkelen van een vragenlijst om deze problemen bij leerlingen op het spoor te komen. Om tot een betrouwbare methode te komen dient dit instrument door ouders, kinderen en leraren van een representatief aantal leerlingen te worden ingevuld.

De universiteit Leiden werkt onder andere samen met de academie Mens en Arbeid van Saxion Hogeschool in Deventer om dit onderzoek uit te voeren. Een viertal studenten van de opleiding Toegepaste Psychologie helpen dit onderzoek uit te voeren als onderdeel van hun eigen opleiding. Naar aanleiding van dit onderzoek zullen zij zelfstandig een scriptie schrijven. Het doel van deze scriptie is het in kaart brengen van de sociaal-emotionele vaardigheden van kinderen/jongeren en de daar bijbehorende oplossingen. Medewerking aan dit onderzoek dient dus twee doelen. Het helpt de Universiteit Leiden om een betrouwbare methode te ontwikkelen en het geeft vierdejaars studenten een kans om zelfstandig een onderzoek uit te kunnen voeren. De deelnemende scholen kunnen een samenvatting van de resultaten krijgen.

Wat vragen wij van u?

Via de scholen willen wij ouders en/of verzorgers vragen om deel te nemen aan het onderzoek. We vragen van u of de school per Email een deelnamebrief van ons aan de ouders kan versturen. Dit vindt plaats via het Internet en bestaat uit het invullen van een vragenlijst. Dit neemt circa 20 tot 30 minuten per leerling in beslag. Het beantwoorden van de vragen vindt volledig anoniem plaats. De gegevens zullen vertrouwelijk worden behandeld.

Mocht de school akkoord gaan met deelname aan het onderzoek van Universiteit Leiden, zendt u dan de contactgegevens van uw school (naam, adres, telefoonnummer en Emailadres van de contactpersoon) naar het volgende Emailadres: scholte@fsw.leidenuniv.nl . Bij eventuele vragen en/of opmerkingen kunt u contact opnemen met mevrouw N. Smidt.

Wij hopen dat u bereid bent om aan het onderzoek deel te nemen. Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Evert Scholte

Prof. Dr. E.M. Scholte
Bijzonder hoogleraar Jeugdzorg en Speciaal Onderwijs
Universiteit Leiden
tel.: 0655161317
Email: scholte@fsw.leidenuniv.nl

Nienke Smidt

Mevrouw N. Smidt
Student Toegepaste Psychologie
Saxion Hogeschool Deventer
Email: 323912@student.saxion.nl

Bijlage 8: Brief ouders/verzorgers



Universiteit
Leiden

Faculteit der Sociale Wetenschappen
Departement Pedagogische Wetenschappen
Afdeling Orthopedagogiek



Beste ouder(s) en/of verzorger(s),

Het ene kind heeft het gemakkelijker dan het andere kind. Dit hangt met een groot aantal factoren samen. Niet alleen de zelfredzaamheid van het kind speelt een rol, ook de relaties met leeftijdgenoten en volwassenen zijn van belang. Om te voorkomen dat kinderen in moeilijkheden raken en vastlopen is het belangrijk zo vroeg mogelijk vast te stellen of kinderen aanpassingsmoeilijkheden hebben.

De Universiteit te Leiden ontwikkelt daarom op verzoek van meerdere instellingen een vragenlijst om de sterke en zwakke kanten van kinderen goed in beeld te kunnen brengen. Om een betrouwbaar instrument te krijgen dient deze vragenlijst door veel ouders en kinderen te worden ingevuld.

De Universiteit te Leiden gaat onder andere in samenwerking met Saxion Hogeschool in Deventer dit onderzoek uitvoeren. Een viertal studenten van het Saxion zullen naar aanleiding van dit onderzoek hun afstudeerscriptie schrijven. Uw medewerking aan dit onderzoek helpt de Universiteit Leiden om de sterke en zwakke punten van kinderen/jongeren in kaart te brengen. U als ouder/verzorger kent uw kind het beste, daarom is het belangrijk dat ouders/verzorgers de vragenlijst invullen.

Het AOC-Oost heeft toestemming gegeven om u voor dit onderzoek te benaderen. Graag vragen wij aan u en/of uw eventuele partner om de vragenlijst onafhankelijk van elkaar in te vullen. Wij verzoeken u dit voor 18 maart te doen. Tot slot krijgt u de mogelijkheid om over 2 weken de lijst opnieuw in te vullen, dit is niet verplicht. Dit wordt gedaan om te kijken of de resultaten ongeveer hetzelfde blijven binnen de periode. Wij sturen u hiervoor een herinnering. Het beantwoorden van de vragen duurt circa 20 tot 30 minuten. Alle gegevens worden anoniem verwerkt en uiteraard vertrouwelijk behandeld. De deelname aan het onderzoek is geheel vrijblijvend. Bij eventuele vragen en/of opmerkingen kunt u contact opnemen met mevrouw N. Smidt.

De vragenlijst wordt ingevuld via het internet. U gaat daarbij als volgt te werk:

1. Ga naar de website: www.onderzoekleiden.nl
2. Klik bij **'ONDERZOEK VAARDIGHEDEN JEUGDIGEN op → starten'**
3. Bij password vult u in (kleine letters): vpv
4. Klik daarna op het vakje **'login'**
5. Vervolgens ziet u een introductie van de vragenlijst. Vul bij 'deelnamenummer' een willekeurig gekozen nummer van 6 cijfers in; hetzelfde nummer moet worden gebruikt door u en uw partner; vult u dit nummer ook in als u de enquête over twee weken weer invult voor dit kind.
6. U dient alle vragen achter elkaar te beantwoorden. Kiest u voor het invullen daarom een moment dat u even de tijd hebt.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking,

Evert Scholte

Prof. Dr. E.M. Scholte
Bijzonder hoogleraar Jeugdzorg en Speciaal Onderwijs
Universiteit Leiden
Tel.: 0655161317

Nienke Smidt

Mevrouw N. Smidt
Student Toegepaste Psychologie
Saxion Hogeschool Deventer
Email: 323912@student.saxion.nl

Bijlage 9: Stellingen

FORMULIER AANLEVEREN VIJF STELLINGEN

N.B. Je levert vijf uitdagende stellingen aan, je hoeft het hier niet persé mee eens te zijn

Naam student : **Nienke Smidt**

Studentnummer : **323912**

Onderwerp scriptie : **Sociaal-Emotionele Vaardigheden van Jongeren (12-18 jaar) met ADHD.**

Stelling 1: Reguliere onderwijsinstellingen moeten bij de inschrijfprocedure ook vaardigheidstekorten onderzoeken.

Stelling 2: Op voortgezet (speciaal) onderwijs scholen wordt er tussen de verschillende vakdocenten te weinig gecommuniceerd.

Stelling 3: ADHD wordt meer gediagnosticeerd omdat druk gedrag niet meer wordt geaccepteerd in de huidige maatschappij.

Stelling 4: Reguliere onderwijsinstellingen zijn niet in staat om kinderen met een zorgbehoefte te onderwijzen en de ondersteunen.

Stelling 5: Kinderen met ADHD kunnen in een grote klas niet goed functioneren of presteren.

Bijlage 10: Eigen werkverklaring

Ondergetekende: (Naam student)

Nienke Smidt (323912)

verklaart ondubbelzinnig dat:

- 1) dit werkstuk eigen werk is en daarom geen inbreuk maakt op het auteursrecht van een ander,
- 2) alle gebruikte bronnen (waaronder internetpagina's) zijn voorzien van bronvermelding door middel van voetnoten,
- 3) het verslag voor niet meer dan 5 % aan overgenomen passages uit 'werk van anderen' bevat.
- 4) dit verslag ook digitaal is ingeleverd via Safe Assign (Blackboard).

Plaats: Deventer

Datum: 19 juni 2016

Handtekening:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Nienke Smidt', with a stylized, overlapping script.

N.B. Schending van bovengenoemde 'Eigen werkverklaring' wordt als fraude aangemerkt als bedoeld in Art. 19 OER.