



Evaluatie van het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen

Eindrapport | 28 november 2022

In opdracht van

Vlaamse Overheid – Departement Onderwijs
en Vorming
Koning Albert II-laan15
1210 Brussel

IDEA 
CONSULT thinking ahead

member of

IDEAGROUP

Deze studie werd uitgevoerd door:

Ella Desmedt
Lise Nackaerts
Marieke Carpentier
m.m.v.
Prof. dr. Martin Valcke en Lies
Demeulenaere

Jozef II-sstraat 40 B1
1000 Brussel

T: +32 2 282 17 10
info@ideaconsult.be

www.ideaconsult.be





Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	5
DEEL 1 Inleiding	25
1 / Evaluatie van het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen	26
2 / Methodologie	28
2.1. Wetenschappelijke inzichten over een kwaliteitsvol onderwijsaanbod voor zieke leerlingen	28
2.2. Evaluatiekader	41
2.3. Onderzoeksmethoden	49
DEEL 2 Resultaten	60
1 / Leeswijzer	61
2 / Doelgroep	62
2.1. Omvang	62
2.2. Evolutie in omvang	63
2.3. Profielkenmerken	64
2.4. Breder dan 'ziek'	74
2.5. Bereik van de maatregelen	75
2.6. Conclusie	78
3 / Maatregelen binnen het zorgbeleid van de thuishschool	80
3.1. Organisatie	81
3.2. Didactische praktijken	95
3.3. Kennis en begrip	101
3.4. Conclusie	104
4 / Tijdelijk onderwijs aan huis (TOAH)	108



4.1.	Omvang en profiel	108
4.2.	Organisatie van TOAH	115
4.3.	Didactische praktijken	122
4.4.	Contextfactoren	125
4.5.	Conclusie	126
5 /	Bednet	131
5.1.	Omvang en profiel	131
5.2.	Organisatie van Bednet	135
5.3.	Didactische praktijken	145
5.4.	Contextfactoren	157
5.5.	Conclusie	158
6 /	Ziekenhuisonderwijs	163
6.1.	Omvang en profiel	164
6.2.	Organisatie van ziekenhuisonderwijs	168
6.3.	Didactische praktijken	172
6.4.	Contextfactoren	178
6.5.	Conclusie	178
7 /	Dienst met onderwijsbehoefte in de psychiatrie	183
7.1.	Omvang en profiel	183
7.2.	Organisatie	184
7.3.	Didactische praktijken	186
7.4.	Conclusie	189
8 /	Bijdrage vrijwilligers(verenigingen), in het bijzonder School & Ziekzijn	191
8.1.	Bijdrage van vrijwilligers(verenigingen)	191
8.2.	School & Ziek zijn	193
8.3.	Conclusie	213
9 /	Keuze en combinatie van maatregelen	217
9.1.	Indicaties en tegenindicaties per maatregel	217
9.2.	Hoe wordt de keuze gemaakt?	221
9.3.	Combinaties van maatregelen	222
9.4.	Niet ingevulde noden en eventueel verruimen van de doelgroep	224



9.5. Conclusie	227
10 / Samenwerking	229
10.1. Samenwerking op basis van overleg	229
10.2. Regie bij de thuisschool?	231
10.3. Communicatie thuisschool – ziekenhuisschool bijzonder aandachtspunt	232
10.4. Meerwaarde Poziliv	235
10.5. Conclusie	235
11 / Effecten	237
11.1. Algemene uitspraken onmogelijk	237
11.2. Inzichten i.v.m. effecten	237
11.3. Conclusie	242
12 / Algemene conclusies	243
12.1. Relevantie	243
12.2. Coherentie	246
12.3. Effectiviteit	248
12.4. Efficiëntie	251
12.5. Lessen uit het afstands- en e-leren tijdens de coronapandemie	252
DEEL 3 Aanbevelingen	254
1 / Leeswijzer	255
2 / Inspiratie	256
2.1. Case 1: Klasziekaal	256
2.2. Case 2: Samen tegen schooluitval	259
2.3. Case 3: Onderwijs aan huis en de rol van lokale overheden in de UK	263
2.4. Andere relevante buitenlandse praktijken	268
3 / Aanbevelingen	272



Managementsamenvatting

Inleiding

Elk kind heeft recht op onderwijs, ook leerlingen die afwezig zijn wegens een langdurige of chronische ziekte. Daarom voorziet de Vlaamse overheid een onderwijsaanbod dat bestaat uit vijf maatregelen:

- ▶ Maatregelen binnen het zorgbeleid van een school;
- ▶ Type 5-onderwijs (ziekenhuisonderwijs);
- ▶ Tijdelijk onderwijs aan huis (TOAH);
- ▶ DMOB, of onderwijs in diensten met onderwijsbehoefte (K-diensten= kinderpsychiatrie);
- ▶ Synchroon internetonderwijs, beter bekend als Bednet.

Deze maatregelen hebben een tweeledige doelstelling, met name leerachterstand beperken en de terugkeer naar school voorbereiden. Elk van deze maatregelen wordt door een andere actor aangeboden. Naast deze overheidsmaatregelen zijn er nog initiatieven van vrijwilligers om zieke leerlingen te ondersteunen, zoals bv. School & Ziekzijn vzw.

Dit onderzoek evalueert het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen op onderstaande evaluatiecriteria:

- ▶ Coherentie: mate waarin de diverse maatregelen op elkaar afgestemd zijn en een coherent aanbod vormen, incl. samenhang met initiatieven van andere organisaties, o.a. School & Ziekzijn vzw, ...
- ▶ Relevantie: mate waarin de maatregelen (elk afzonderlijk of in combinatie) aansluiten bij de noden van de doelgroepen;
- ▶ Effectiviteit: mate waarin deze maatregelen (elk afzonderlijk of in combinatie) bijdragen aan de doelstellingen, nl. leerachterstand beperken en terugkeer naar school voorbereiden;
- ▶ Efficiëntie: link met de ingezette middelen. Staan de resultaten van de maatregelen (bereik van de doelgroep, effectiviteit, ...) in verhouding tot de ingezette middelen of konden de resultaten bereikt worden met minder inzet van middelen?

Er werd een evaluatiekader gehanteerd met 21 evaluatievragen en toetsingscriteria gebaseerd op wetenschappelijke en praktijkinzichten over een kwaliteitsvol onderwijsaanbod voor zieke leerlingen.

Een mix van onderzoeksmethoden werd gebruikt om de evaluatievragen te beantwoorden. De selectie gebeurde vanuit het principe van triangulatie en op basis van een grondige actoranalyse.

Methode	Omschrijving
Analyse van bestaande data	<ul style="list-style-type: none">▶ Discimus data (Z-codes) van het referentiejaar '18-'19 om inzicht te krijgen in de kenmerken van de doelgroep▶ Operationalisering doelgroep:▶ Langdurig afwezig wegens ziekte: méér dan 15 schooldagen achtereenvolgend▶ Vaak afwezig wegens ziekte: afwezigheid wegens ziekte van méér dan 10% van de schooldagen (18 dagen in het referentiejaar)▶ Data over maatregelen: opgevraagd bij Agodi en/of bij de betrokken organisaties
Survey	Online survey bij:



	<ul style="list-style-type: none"> ▶ De (pedagogische) directie/zorgcoördinatoren/leerlingenbegeleiders van scholen die ervaring(en) hebben met aanbod voor zieke leerlingen ($N = 127$) ▶ Ouders/voogden van zieke leerlingen ($N = 231$)
Interviews	7
Online focusgroepen	16 focusgroepen, in totaal 134 mensen bevroegd
Cases	Casestudies van 3 leerlingen, geselecteerd i.f.v. optimale diversiteit

Conclusies

Hieronder vatten we de belangrijkste conclusies van deze evaluatie samen.

Doelgroep 'zieke leerlingen': kwantitatief kleine groep, breed spectrum aan problematieken – oververtegenwoordigd in buitengewoon onderwijs, sociaaleconomisch kwetsbaar

De 'zieke leerlingen' waar het in deze studie over gaat, zijn de langdurig en chronisch zieke leerlingen. Er is geen eenduidige afbakening en definitie van deze doelgroep.

De term 'ziek' is immers niet eenduidig. De enige zekerheid is dat 'zieke leerlingen' in deze context leerlingen zijn die gewettigd afwezig zijn met een medisch attest. Het is de arts of psychiater die bepaalt of een leerling ziek is en om die reden niet (voltijds) naar school mag of kan gaan. Volgens de definitie uit de regelgeving i.v.m. Tijdelijk Onderwijs aan Huis (TOAH) voor zieke leerlingen, wordt een leerling beschouwd als 'langdurig ziek' als hij of zij meer dan 21 kalenderdagen na elkaar afwezig is door een ziekte of ongeval. 'Chronisch ziek' betekent volgens diezelfde definitie dat een kind een terugkerende behandeling ondergaat en daarom telkens een korte periode niet naar school kan gaan. Echter, uit dit onderzoek blijkt dat voor het zo snel mogelijk aanbieden van een gepast onderwijsaanbod, deze drempel en dit onderscheid rigide en overbodig zijn: elke zieke leerling is anders, en vanuit specifieke noden moet maatwerk kunnen worden geboden, indien nodig al vanaf dag 1 van de afwezigheid.

Uit dit onderzoek blijkt dat achter de term 'ziek' een breder spectrum aandoeningen, kwetsbaarheden, problemen en situaties schuilt dan de klassieke fysieke ziekte die er gewoonlijk onder wordt verstaan. Dit ligt in lijn met de evolutie in het begrip 'ziek' die we breder in samenleving zien, waar er een opvallende verschuiving is van fysieke naar psychosociale, emotionele en gedragsproblematieken. Uit dit onderzoek blijkt bovendien dat 'ziek zijn' niet enkel een *oorzaak* is van niet meer naar school kunnen gaan en de nood aan een gepast onderwijsaanbod, maar dat leerlingen ook 'ziek zijn' als *gevolg* van een onaangepast onderwijsaanbod (bv. ASS), van de afwezigheid van een gepast onderwijsaanbod (bv. plaatstekort), of van een school die een leerling niet op school kan of wil houden.

In aantallen gaat het om een kleine groep leerlingen die regelmatig of langdurig ziek zijn: het gaat om ongeveer 2% van de leerlingen in het lager onderwijs en ongeveer 7% in het secundair onderwijs. In absolute aantallen gaat het de laatste jaren gemiddeld om ruim 41.000 leerlingen. Daarbinnen vormen de langdurig zieke leerlingen (> 15 schooldagen achtereen) een groep van zo'n 8.000 leerlingen. De anderen zijn vaak afwezig wegens ziekte (meer dan 10% van de schooldagen), maar niet per se in een aansluitende periode. Kwantitatief gaat het dus om een relatief klein probleem dat – zo blijkt uit dit onderzoek – echter kwalitatief een grote impact heeft op een individu (kind, ouder) en de organisatie (de school) wanneer het zich voordoet. Bovendien heeft het eveneens een potentiële grote impact op het verdere leven van het kind of de jongere.

In het buitengewoon onderwijs is het aandeel zieke leerlingen groter. Dit kan enerzijds erop wijzen dat leerlingen in het buitengewoon onderwijs verhoudingsgewijs vaker te kampen hebben met andere aandoeningen (psychisch en/of lichamelijk). Ook kan het liggen aan een gebrek aan inclusiviteit van het gewoon onderwijs, waarbij men er in sommige gevallen niet in slaagt voor zieke leerlingen een afgestemd onderwijsaanbod te organiseren en deze



leerlingen doorverwijst naar het buitengewoon onderwijs. Tot slot stelden we in dit onderzoek vast dat TOAH in het buitengewoon onderwijs geregeld wordt ingezet op een manier waarop het eigenlijk niet bedoeld is (bv. als alternatief voor Permanent Onderwijs aan Huis): dit kan ook een invloed hebben op het aantal leerlingen met medische attesten in het buitengewoon onderwijs. Uit onze cijfers blijkt dat meer dan de helft van de TOAH aanvragen uit het buitengewoon onderwijs komen (ongeveer 1600 in '20-'21). Binnen die groep gaat het in ongeveer de helft van de gevallen om aanvragen voor een volledig schooljaar.

Qua geslacht zien we in het lager onderwijs een oververtegenwoordiging van jongens in de doelgroep van zieke leerlingen, in het secundair een oververtegenwoordiging van meisjes. Ook blijkt er een link met sociaaleconomische status: leerlingen met een laagopgeleide moeder of waarvan de ouders recht hebben op een schooltoelage, behoren verhoudingsgewijs vaker tot de doelgroep.

Aanbod: niet elke maatregel relevant voor elke zieke leerling, maar complementariteit maakt combinaties op maat mogelijk

In deze evaluatie werden, naast het zorgbeleid van de school, vier maatregelen voor onderwijs aan zieke leerlingen onder de loep genomen (Tijdelijk Onderwijs aan Huis of TOAH, Bednet, ziekenhuisonderwijs, DMOB) en School & Ziekzijn als belangrijkste initiatief van vrijwilligers.

Uit dit onderzoek blijkt dat elk van de onderzochte maatregelen specifieke sterktes en zwaktes heeft: indicaties en tegenindicaties van waarvoor of wanneer een maatregel meer of minder aangewezen is.

Onderwijs in een ziekenhuisschool of een DMOB hangen automatisch samen met een opname in de zorginstelling (ziekenhuis, revalidatiecentrum, psychiatrie, ...) waaraan deze verbonden zijn. In ziekenhuisscholen hebben leerlingen recht op les vanaf een minimaal aantal dagen in de zorginstelling. Dit onderwijsaanbod biedt de mogelijkheid om aan te sterken of een behandeling te krijgen, en tegelijk onderwijs te krijgen dat afgestemd is op de individuele noden van het kind. Therapie of behandeling komt hier echter altijd op de eerste plaats, het onderwijsaanbod volgt.

Ook TOAH en School & Ziekzijn kunnen het ritme van het kind volgen: ze bieden 1-op-1 onderwijs, dat flexibel en op maat kan worden ingezet. Dit maakt dat leerlingen die het aankunnen, op cognitief vlak snel en efficiënt kunnen leren. Daarnaast geven de (vrijwillige) leerkrachten aan huis ook sociaalemotionele steun, zowel voor de leerling als voor het gezin.

Het belangrijkste nadeel van bovenstaande maatregelen is dat contact met medeleerlingen verwatert en de afstand tot de thuishoofschool vergroot, zeker als de periode van afwezigheid lang duurt. Dat sociaal contact, de binding met de thuishoofschool en in bijzonder de klasgenoten, is dan weer de uitgesproken sterkte van Bednet: de leerlingen kunnen de lessen in de thuishoofschool blijven volgen. Cruciale randvoorwaarde hier is dat er geen te grote achterstand mag zijn t.o.v. de klas en dat de leerling het tempo van de lessen in de thuishoofschool kan blijven volgen in combinatie met behandeling of therapie.

Bovenstaande kenmerken van de maatregelen maken dat niet elke maatregel relevant is voor elke zieke leerling. Dit maakt het aanbod echter wel complementair. Combinaties van maatregelen blijken in de praktijk dan ook vaak voor te komen.

Sterk zorgbeleid in thuishoofschool cruciaal voor onderwijsaanbod waarin zieke leerling centraal staat

Bij de organisatie van het onderwijsaanbod voor een individuele zieke leerling, wordt volgens scholen met een sterk zorgbeleid en betrokken zorgverleners, telkens vanuit de noden van het kind het totale plaatje bekeken. In overleg met het gezin, de arts en de school, wordt de meest gepaste combinatie van maatregelen gezocht, om maatwerk te bieden voor elk kind. De ziekte op zich is niet bepalend: er is geen 1-op-1 link tussen een ziekte en de maatregelen. Men richt zich eerder op het tempo van het kind, dat afhankelijk is van de mate van ziekte of herstel, vermoeidheid, cognitief vermogen, ... Tegelijk moet een haalbare planning gemaakt worden, in combinatie met behandeling of therapie. Zowel het schooltraject als het behandelingstraject zijn steeds in evolutie.



Uit dit onderzoek blijkt echter dat ouders niet steeds ervaren dat de noden en mogelijkheden van hun kind centraal staan in het onderwijsaanbod dat aan hun zieke kind geboden wordt. Vaak ervaren ze dat de thuischool van hun kind niet in staat of bereid is om zelf vanuit het zorgbeleid een onderwijsaanbod te organiseren.

Een cruciale taak van de thuischool bij de organisatie van het onderwijsaanbod, is het uittekenen van een geïndividualiseerd leertraject. Dit omvat het selecteren van de leerdoelen die een zieke leerling moet bereiken, bepalen welke vakken de leerling moet volgen, en wat dat vervolgens betekent voor de evaluatie en eventueel studiebewijs. Andere partners in het onderwijsaanbod voor de zieke leerling richten zich op deze beslissing van de thuischool, en er wordt afgesproken wie wat doet.

In het buitengewoon onderwijs is deze individuele aanpak de gebruikelijke manier van werken. In het gewoon onderwijs is dit een recenter fenomeen. Hoewel het uittekenen van een geïndividualiseerd traject normaal zou moeten zijn bij zieke kinderen, wijzen onze vaststellingen erop dat scholen moeite hebben met dispensereren. Er ontstaat niet zelden een spanningsveld tussen de verwachtingen van de school versus de mogelijkheden, beperkingen of ambities van leerlingen en ouders. Een uitdaging hierbij – zeker in het secundair onderwijs – zijn enerzijds de verschillende eisen van verschillende leerkrachten, en anderzijds zorgen dat het niet te veel wordt voor de leerling. Bovendien is er onduidelijkheid bij partnerorganisaties en ouders wat al dan niet mogelijk is. De verwachtingen die dan uiteindelijk voorop worden gesteld door de thuischool blijken vaak onduidelijk voor ouders en leerlingen.

Een sterk zorgbeleid in de thuischool blijkt een bepalende factor in de vormgeving van het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen. Scholen verschillen sterk in de kwaliteit van hun zorgbeleid. Hierdoor ontstaan onaanvaardbare verschillen tussen scholen. Dit toont zich doorheen de evaluatieresultaten op verschillende vlakken:

- ▶ Scholen met een sterk zorgbeleid stellen vlotter geïndividualiseerd leertrajecten voor;
- ▶ Er is ook een grotere alertheid en systematiek waarmee ze afwezigheden – ook als deze gewettigd zijn met een medisch attest – opvolgen. Indien nodig, schakelt men het zorgteam en eventueel het CLB in;
- ▶ Er is eveneens een meer ondersteunende en begripvolle houding bij opstart, doorheen het traject, en bij terugkeer;
- ▶ Ook wordt meer tijd genomen voor open communicatie met de ouders en is er een grotere bereidheid om informatie en materiaal te delen met bv. de ziekenhuisschool of andere partnerorganisaties, ...

Volgende factoren verklaren verschillen in hoeverre scholen al dan niet een sterk zorgbeleid hebben:

- ▶ De mate waarin de brede ontwikkeling van alle leerlingen in alle contexten voorop staat in de schoolvisie of -cultuur;
- ▶ De mate waarin de directie belang hecht aan zorg (en er dus personeel en middelen voor inzet);
- ▶ De inzet en competenties van de individuele leerlingenbegeleider of zorgcoördinator;
- ▶ Het draagvlak voor zorg binnen het team.

Ook ervaring met concrete casussen speelt een belangrijke rol. Dit laatste is voor de relatief kleine groep van zieke leerlingen een slechte zaak. Er is in scholen vaak eerder beperkte ervaring, en bijgevolg ook geen specifiek beleid: ondersteuning gebeurt eerder ad hoc.

Sommige maatregelen ook relevant voor andere dan de vooropgestelde doelgroepen of noden

De bestaande maatregelen bieden ook een meerwaarde of oplossing voor andere doelgroepen dan waarvoor ze initieel ingericht zijn. Voor TOAH is deze vaststelling het meest uitgesproken. Het aantal TOAH-aanvragen ligt 3 tot 4 keer hoger in het secundair onderwijs dan in het basisonderwijs. Meer dan de helft van de TOAH-aanvragen komt uit het buitengewoon onderwijs. Het gaat vaak om leerlingen die op vraag van de school, niet of niet voltijds



naar school gaan (en dus 'op vraag' 'ziek geschreven worden' door arts of psychiater). In het buitengewoon onderwijs blijken TOAH-aanvragen voor een volledig schooljaar een veel voorkomende praktijk.

Voor heel wat leerlingen blijkt de school niet meer de beste oplossing te zijn: voor hen wordt vaak gekeken naar TOAH om via (tijdelijk) 1-op-1 onderwijs hun leerrecht te garanderen. Het gaat enerzijds om leerlingen wiens gedrag of noden de school voor uitdagingen stelt, zélf in het buitengewoon onderwijs, en anderzijds om leerlingen die omwille van een psychische problematiek/psychisch lijden niet naar school kunnen gaan (bv. voor jongeren met autisme voor wie de schoolcontext bijkomende psychiatrische problemen veroorzaakt). Dit zijn vaak ook leerlingen die wachten op opname in de psychiatrie of een residentiële voorziening of zonder school thuis zitten wegens schorsing of definitieve uitsluiting.

Achter elk van deze casussen schuilt niet zelden een schrijnend verhaal, dat moet gezien worden in een context van plaatsgebrek in scholen voor buitengewoon onderwijs, een concentratie van zorgnoden in het buitengewoon onderwijs sinds de invoering van het M-decreet, wachtlijsten in de kinder- en jeugdpsychiatrie en plaatsgebrek in de (residentiële) zorgvoorzieningen voor jongeren in het algemeen. Het gaat om leerlingen die om uiteenlopende redenen gedwongen moeten thuis zitten en ook niet kunnen blijven in onderwijs.

Meerdere actoren geven aan dat de maatregelen – in het bijzonder TOAH – ook voor deze doelgroepen zouden moeten ingezet kunnen worden.

Om tegemoet te komen aan de noden van de leerling en/of de school, wordt er vandaag al door meerdere actoren creatief met de regelgeving omgegaan.

Ziekenhuisonderwijs is de tweede maatregel met potentieel een ruimere relevantie. Ook daar kijkt men vanuit de bijzondere jeugdzorg met aandacht naar: volgens de huidige regelgeving is het aanbieden van dit type onderwijs in de residentiële jeugdzorg nog niet volledig mogelijk. Er lopen momenteel experimenten om de mogelijkheden van dit model te verkennen.

Leemten in de maatregelen

Ondanks de mogelijkheden van het onderwijsaanbod, zijn er toch nog leemten in de maatregelen. Vooral leerlingen in kansarmoede en met een andere thuistaal zijn benadeeld (zie ook verder). Het aanbod is er wel, maar bereikt hen niet omdat de communicatie moeilijk verloopt. Ook is een arts of psychiater voor hen vaak te duur. Chronisch zieke leerlingen dreigen eveneens uit de boot te vallen. Ze kunnen af en toe wel naar school gaan, waardoor hun afwezigheid onvoorspelbaar is, hun potentiële achterstand en gebrek aan welbevinden en betrokkenheid kan worden onderschat en niet snel genoeg aan ondersteuning wordt gedacht. Ook verpleegkundige zorgen op school kunnen voor deze leerlingen niet overal even goed geboden worden. Voor leerlingen die zich voorbereiden op de examencommissie zijn de maatregelen in principe niet van toepassing. Ook zieke leerlingen in het tweedekansonderwijs, dbso, ... kunnen er geen beroep op doen. Praktijkvakken zijn een volgende leemte in het aanbod. Deze zijn belangrijk voor leerlingen in beroepsgerichte opleidingen, maar kunnen door geen enkele van de maatregelen afdoende worden ingevuld. Tot slot willen zieke leerlingen ook gewoon 'kind' zijn: begeleiding voor zieke leerlingen bij uitstappen zoals zeeklassen of bosklassen, of ondersteuning van zieke leerlingen bij hobby's (bv. muziekschool), is dus ook een leemte in het aanbod.

Complementaire maatregelen, maar geen structurele garanties voor een coherent aanbod

Zoals gezegd komen combinaties van maatregelen vaak voor. Het kan gaan om combinaties tegelijk in de tijd of achtereenvolgend in een traject. TOAH en Bednet worden vaak gecombineerd omdat hun mogelijkheden complementair zijn: TOAH om efficiënt achterstand in te halen, Bednet voor het sociaal contact. Als er geen leerkrachten voor TOAH worden gevonden, wordt School & Ziekzijn vaak ingeschakeld. Soms ook om bovenop de 4 TOAH-uren leerachterstand in te halen. Bednet en TOAH worden ook in combinatie met ziekenhuisonderwijs ingezet: aanvullend, voor bepaalde vakken of specialiteiten die een ziekenhuisschool zelf niet kan aanbieden, of voor leerlingen die al Bednet of TOAH hadden voor dat ze opgenomen werden. De maatregelen blijven dan



doorlopen na ontslag of in een tussenperiode voor chronisch zieke leerlingen. Beide maatregelen spelen zo ook een rol om de band met de thuishoofschool te behouden of op te bouwen. Heel wat zieke leerlingen doen, naast de maatregelen, ook beroep op andere vormen van ondersteuning bij hun onderwijstraject (bv. privéles, NAFT-traject, zorgboerderij, auti-coach, logopedist, internaat, ...).

Er is echter geen geïndividualiseerd leer-/of zorgplan per kind of geen gemeenschappelijk dossier: tenzij in het hoofd van de ouders of de leerling zelf, is er geen enkele plek waar de informatie over onderwijs en therapie of behandeling samen komen. Elke betrokken organisatie werkt vanuit zijn eigen dossier, doet zijn eigen intake, ...

De regie van het traject van de leerling zou in principe bij de thuishoofschool moeten liggen: waar dit goed gaat, is dit doorgaans de verdienste van de zorgcoördinator of leerlingenbegeleider, maar in de praktijk is er zelden 1 duidelijke contactpersoon die het traject van een leerling opvolgt. Ook het CLB neemt deze regierol onvoldoende op. Het CLB werkt op vraag, van scholen en van ouders, waardoor het CLB niet noodzakelijk betrokken is bij de organisatie van een onderwijsaanbod voor zieke leerlingen. De algemene ervaring is dat CLB's dikwijls overbevraagd zijn. Ook actoren buiten de school nemen geregeld deze rol van regisseur op (bv. consultant Bednet, ondersteuningsnetwerk, ...).

Het resultaat van dit alles is dat ouders heel vaak het gevoel hebben er alleen voor te staan.

Het huidige systeem biedt dus geen structurele garanties voor een coherent aanbod. De maatregelen lijken uit te gaan van een eerder verouderd model, waarin 'ziek zijn' moet worden opgelost buiten de school, waarna de leerling 'gezond' kan terugkomen. Maar bij chronische aandoeningen, psychosociale, emotionele en gedragsproblematieken gaat deze redenering niet op: de school is en blijft een centrale partner in het gezond zijn van leerlingen. Het ontbrekend statuut van 'bekwame helper' dat leerkrachten zou toelaten zelf bepaalde paramedische zorgen toe te dienen, is in die context een concreet gemis.

Breder beleidsmatig ontbreekt er een duidelijk gedeeld kader voor alle betrokken actoren. De decreten leerlingenbegeleiding en het M-decreet/decreet leersteun zouden hiervoor een basis kunnen bieden, maar langdurig en chronisch zieke leerlingen worden niet expliciet benoemd als doelgroep van deze decreten. Deze leerlingen zijn echter ook 'gewoon' leerlingen met zorgnoden, en indien hun noden complex zijn, zijn onderwijs voor leerlingen met een beperking en voor zieke leerlingen in algemene zin gelijklopend. De vaststelling dat thuishoofscholen en de CLB's niet vertegenwoordigd zijn in PoZiLiV, het netwerk van de organisaties verantwoordelijk voor de uitvoering van de maatregelen, illustreert ook deze beperkte integratie. Hoewel de leden aangeven dat overleg in het kader van het platform het vertrouwen tussen de organisaties heeft doen groeien en de samenwerking i.f.v. de zieke leerlingen heeft verbeterd, negeert dit toch enigszins de cruciale rol van het zorgbeleid van de thuishoofscholen in de vormgeving van het onderwijs voor zieke leerlingen.

Veelvuldig overleg als basis voor samenwerking: tijdsintensief, met risico op onduidelijkheid en misverstanden

In de praktijk vormt veelvuldig (multi- of interdisciplinair) overleg tussen alle betrokken actoren de basis voor samenwerking tussen de thuishoofschool en de organisaties verantwoordelijk voor de uitvoering van de maatregelen. Dit overleg gaat doorgaans over de verwachtingen van alle betrokken partijen; informatie over de mogelijkheden, beperkingen, verwachtingen i.v.m. maatregelen; afspraken over het geïndividualiseerd traject; afspraken over welke onderdelen van dit traject via welke maatregel worden nagestreefd, en de timing ervan.

Dergelijk overleg is zeer tijdsintensief voor alle betrokkenen, wat in sommige gevallen een trage reactiesnelheid verklaart. Bovendien worden de afspraken die in dergelijk overleg worden gemaakt, zelden schriftelijk gedocumenteerd, met risico op onduidelijkheid en misverstanden.

Ziekte of aandoening leerling - maar ook andere individuele kenmerken - geven aan wat mogelijk is

Een cruciale factor op individueel niveau is uiteraard de ziekte of aandoening van de leerling. Dit speelt een rol in de manier waarop thuishoofscholen het onderwijsaanbod voor de leerling vormgeven. Zo blijkt de mate waarin zieke leerlingen een ondersteunende en begripvolle houding ervaren, samen te hangen met de aard van de ziekte



of aandoening. Er blijkt over het algemeen meer begrip voor bekende, zichtbare aandoeningen. De aandoeningen waar minder begrip voor is - of in sommige gevallen zelfs een negatieve houding van wantrouwen tegenover bestaat - hebben volgende kenmerken: ze zijn minder zichtbaar of duidelijk gediagnosticeerd, ze zijn onvoorspelbaar, of ze gaan gepaard met moeilijk gedrag. Heel wat psychische aandoeningen vertonen een combinatie van deze kenmerken. Het heeft ook een invloed op de reactiesnelheid van scholen: vooral psychische/mentale problemen blijven langer onder de radar, omdat ze minder zichtbaar en voorspelbaar zijn, en er nog een zeker taboe op rust (bij leerkrachten of ouders), wat ze moeilijker bespreekbaar maakt.

Wat de maatregelen zelf betreft, is het ziekenhuisonderwijs, door de flexibele en individuele invulling van de lessen, het meest uitgesproken in staat om het onderwijsaanbod af te stemmen op de ziekte of aandoening van de leerling. Ook TOAH en School & Ziekzijn kunnen in grote mate tegemoetkomen aan de noden van leerlingen met uiteenlopende ziektes of aandoeningen. Enkel bij risico op infectie als een leerkracht aan huis komt, is er een beperking (wat soms wordt opgelost via afstandsonderwijs). Vooral Bednet blijkt niet bij elke ziekte of aandoening de gepaste oplossing: leerlingen moeten de fysieke of mentale mogelijkheid hebben om zich te concentreren op het moment dat de les doorgaat, ze moeten het psychologisch aankunnen om hun medeleerlingen te zien, en het moet in te passen zijn in hun behandelingschema of therapie. Bednet kan dan weer voor sommige leerlingen een oplossing zijn als isolatie medisch aangewezen is, bv. chronische aandoening met risico op infecties, spierziekte chemo, mucu,... en TOAH, School & Ziekzijn of ziekenhuisschool een risico vormen.

Het geïndividualiseerd traject dat voor de zieke leerling wordt afgesproken, is het bepalende criterium voor effectiviteit inzake beperken van schoolse achterstand. Uit dit onderzoek blijkt dat leerlingkenmerken een rol spelen in de vlothed waarmee een geïndividualiseerd traject kan worden opgezet: het heeft te maken met het eerdere traject van het kind op de school, zowel op vlak van schoolprestaties als gedrag, cognitieve capaciteiten, of leeftijd (hoe jonger, hoe meer er nog mogelijk is). Treffend is hier dat voor sommige leerlingen leerkrachten niet *bereid* zouden zijn om een individueel traject in overweging te nemen, op basis van hun gedrag. Voor sommige leerlingen beslist de arts of psychiater echter dat medische of therapeutische doelstellingen primeren. Dan wordt het schoolse traject zelfs (tijdelijk) losgelaten.

Thuisituatie cruciale pijler van ondersteuning

Leerlingen met Nederlandstalige, mondige, hoogopgeleide, en financieel bemiddelde ouders blijken beter af te zijn bij het bekomen van een aangepast onderwijsaanbod. Dit is een lastige vaststelling als we weten dat de doelgroep verhoudingsgewijs een lagere sociaaleconomisch status heeft.

Het begint opnieuw al in de thuischool, aangezien ouders veelal het initiatief blijken te nemen om het onderwijs voor hun kind te regelen en dit afhankelijk is van de mondigheid van ouders. Contact zoeken met de school om te vragen naar of aan te dringen op een aangepast traject voor je kind blijkt een grote stap die niet alle ouders durven of kunnen zetten.

In het kader van TOAH is een rustige, gezonde werkplek van belang. Dit is in sommige thuiscontexten niet mogelijk. Bovendien moet het gezin ervoor open staan om een leerkracht thuis te ontvangen, wat niet voor elke ouder evident is, omwille van thuistaal, een negatieve houding t.a.v. school/onderwijs, schaamte over de thuisituatie, ... De verwachtingen t.a.v. ouders i.k.v. TOAH zijn hoog: er wordt verwacht dat ze aanwezig zijn tijdens het lesmoment, ondersteuning bieden, ... Ook voor Bednet zijn de verwachtingen hoog: er moet thuis een rustige werkplek zijn, en als leerlingen onvoldoende zelfstandig zijn, is begeleiding door de ouders - en dus de nodige digitale geletterdheid - nodig.

In de ziekenhuisscholen ziet men dat 'sterkere' ouders, als de aandoening dit toelaat, meer in staat zijn hun kinderen in een ambulante programma te ondersteunen.



Scholen en zorginstellingen faciliteren (of net niet)

Onderwijsvorm en -niveau blijken samen te hangen met de mate waarin scholen er in slagen zelf acties te ondernemen voor zieke leerlingen. Secundaire scholen lijken het op vlak van zorgbeleid, het uittekenen van geïndividualiseerde trajecten, de organisatie van TOAH, ... beter te doen dan basisscholen. Scholen uit het buitengewoon onderwijs doen het dan weer beter dan scholen uit het gewoon onderwijs. Dit heeft niet zozeer met intrinsieke eigenschappen te maken, maar wordt in grote mate verklaard door het feit dat ze meer geconfronteerd worden met de problematiek en hebben kunnen leren uit ervaring.

Voor ziekenhuisonderwijs en DMOB is het beleid van de gezondheidszorginstellingen van belang voor de onderwijsoplossing die kan worden geboden aan de leerlingen. Vooral hoelang leerlingen blijven, bepaalt of er al dan niet een onderwijsaanbod wordt opgestart. Op vlak van opnameduur is er in het algemeen sprake van een verkorting en meer ambulante trajecten.

Of er in het ziekenhuis of psychiatrie waar een leerling wordt opgenomen, al dan niet een ziekenhuisschool of (voor psychiatrie) DMOB is, is uiteraard ook een belangrijke contextfactor op organisatieniveau die het onderwijstraject bepaalt. Binnen het landschap hebben de laatste jaren een aantal DMOB's de overstap gemaakt naar een ziekenhuisschool. Ziekenhuisscholen ontvangen een hogere financiering/leerling, maar dienen zich aan de onderwijsregelgeving te houden. Voor zij die dit (nog) niet deden, valt het op dat er weinig kruisbestuiving is met onderwijs, noch met andere DMOB's. Ook hebben de DMOB's minder toegang tot bepaalde tools en informatie waar scholen wel gebruik van kunnen maken. De meerwaarde van een DMOB in vergelijking met een ziekenhuisschool, is dat het meer organisatorische flexibiliteit geeft binnen de zorginstelling in termen van uurroosters (die hetzelfde zijn als die van andere therapeutisch personeel).

Maatschappelijke evoluties en regelgeving bemoeilijken doelmatige implementatie

Uiteenlopende maatschappelijke evoluties, inclusief de coronacrisis, zetten druk op de mate waarin het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen doelmatig kan zijn.

Eerder werd al verwezen naar het plaatstekort in scholen voor buitengewoon onderwijs, het aanvoelen dat de concentratie van zorgnoden in het buitengewoon onderwijs toeneemt sinds de invoering van het M-decreet, wachtlijsten in de kinder- en jeugdpsychiatrie en plaatstekort in de (residentiële) zorgvoorzieningen voor jongeren in het algemeen. Naast het oprekken van de doelgroep van TOAH, zorgen deze factoren ervoor dat alle maatregelen te maken krijgen met leerlingen die vaak al een lange tijd niet meer naar school zijn gegaan, waardoor het een uitdaging wordt om de kloof met het schoolse te dichten.

Een ander cruciaal probleem is het lerarentekort. Samen met de coronacrisis van de voorbije jaren, waarin er veel gevraagd werd van leerkrachten, zet dit druk op de thuischolen en CLB's: beperkte tijd en middelen maken het niet gemakkelijk om alert, proactief, goed georganiseerd, ondersteunend en begripvol te zijn of te blijven. Voor TOAH is het tekort aan TOAH-leerkrachten het grootste struikelblok: scholen slagen er vaak niet in het personeel te vinden om TOAH te organiseren, wat hen er soms van weerhoudt een aanvraag te doen.

Daarnaast zitten er voor TOAH ook fundamentele knelpunten in de regelgeving. Een eerste knelpunt is de wachtperiode: het feit dat de afwezigheid eerst bewezen moet worden voordat de aanvraag kan gebeuren, terwijl men vaak al sneller weet dat TOAH zinvol en nodig is, is een belangrijke drempel om zo snel mogelijk een gepast onderwijsaanbod op te starten. Bij Bednet en School & Ziekzijn loopt dit anders: daar kan men starten van zodra verwacht wordt dat de afwezigheid lang zal duren. Een tweede knelpunt is de afstandsregel: deze wordt in de praktijk strikt toegepast en als beperkend ervaren. Voorts is men het er algemeen over eens dat 4 lestijden/week te weinig zijn: ook dit beperkt aantal uren doet de betrokken actoren geregeld de vraag stellen of de aanvraag wel zin heeft.

De regelgeving rond TOAH en Bednet sluit enkele doelgroepen uit, met name leerlingen in het deeltijds beroepssecundair onderwijs, de voorbereidende leerjaren op het hoger onderwijs van de derde graad ASO en



KSO, de Se-n-Se TSO en KSO, de alternerende beroepsopleiding in het buitengewoon secundair onderwijs, de opleiding verpleegkunde van het hoger beroepsonderwijs en leerlingen die zich voorbereiden op de examencommissie, al dan niet via tweedekansonderwijs..

Ook voor ziekenhuisonderwijs zitten er knelpunten in de regelgeving. Het belangrijkste knelpunt voor een kwaliteitsvolle werking is het feit dat type 5, in tegenstelling tot andere vormen van buitengewoon onderwijs, geen middelen krijgt voor het aanstellen van een orthopedagoog. Aangezien de afstemming met alle verschillende thuischolen heel wat tijd inneemt, geeft men aan nood te hebben aan specifieke personeelsmiddelen hiervoor. Nu gebeurt dit door leerkrachten, vaak ten koste van lestijd, of door ondersteunende functies die met eigen middelen aangesteld worden.

Positieve impact op welbevinden, uiteenlopend potentieel voor beperken schoolse achterstand

Gezien de situatie van elke zieke leerling uniek is, en het criterium voor effectiviteit voor elke leerling anders, kunnen we moeilijk algemene uitspraken doen over effecten. Maar uit deze evaluatie blijkt dat - als de relevante contextfactoren ondersteunend werken, en de maatregelen op de voorziene manier kunnen worden geïmplementeerd - ze wel degelijk een belangrijks impact kunnen hebben voor de betrokken leerlingen.

Alle maatregelen blijken een positieve impact te hebben op het welbevinden van de leerlingen. Zo blijkt voor heel wat zieke leerlingen concreet het opbouwen van zelfvertrouwen en zelfstandigheid een belangrijk resultaat. Daarnaast bieden de maatregelen op verschillende manieren aan zieke leerlingen een rustige en veilige omgeving, wat ook bijdraagt aan het welbevinden. Zingeving is ook element van welbevinden: voor zieke leerlingen is les volgen of naar de ziekenhuisschool een van de weinige 'normale' zaken in hun leven. En tot slot doorbreken de maatregelen op verschillende manieren het sociaal isolement.

Op het vlak van het beperken van de schoolse achterstand, kunnen alle maatregelen een krachtig instrument zijn, op voorwaarde dat de leerlingen de cognitieve mogelijkheden en de nodige energie hebben. Via Bednet door te kunnen volgen wat er in de klas gebeurt, en via ziekenhuisonderwijs en TOAH, omdat er 1-op-1 begeleiding mogelijk is en er efficiënt kan worden geleerd. Ook School & Ziekzijn is op dit vlak heel krachtig.

Het behoud van motivatie voor school blijkt belangrijk voor een vlotte terugkeer naar de thuischool na de periode van afwezigheid. Inzake contact met de klasgenoten, contact met de leerkrachten en vlotte terugkeer naar de thuischool wordt ziekenhuisonderwijs door zowel ouders als scholen het minst positief beoordeeld. Maar in de ziekenhuisscholen zijn er leerlingen die na hun opname niet meer terug kunnen naar hun oude school. T.a.v. het criterium vlotte terugkeer naar de thuischool, moet een succesvolle heroriëntatie naar een andere school dus gezien worden als een even positieve uitkomst van deze maatregel.

Tot slot blijken maatregelen waarbij leerkrachten aan huis gaan, zoals TOAH en School & Ziekzijn, ook een versterkend effect te hebben op ouders, door steun te kunnen bieden of een vertrouwenspersoon te zijn.

Te weinig cijfermateriaal om beoordeling efficiëntie te staven

Het criterium efficiëntie valt het moeilijkst te beoordelen. Niet in het minst omdat er weinig cijfermateriaal beschikbaar is om de beoordeling mee te staven. Er zijn heel wat uitdagingen op vlak van beschikbare gegevens. Ten eerste weten we niet precies hoeveel leerlingen behoren tot de doelgroep. Ook is er geen centrale en gestandaardiseerde manier waarop het gebruik van de maatregelen geregistreerd wordt. Het ontbreken van een link tussen de leerlingen ingeschreven in onderwijs die afwezig zijn wegens ziekte en de leerlingen die gebruik maken van de maatregelen, maakt het moeilijk om gebruik en noden te analyseren en te monitoren. We weten bv. niet hoeveel leerlingen gebruik maken van een combinatie van maatregelen, en welke dan precies. Om het gebruik goed te kunnen opvolgen en met zekerheid te kunnen zeggen of de thuischolen en de maatregelen tegemoet komen aan de vraag van alle zieke kinderen, of om vragen i.v.m. efficiëntie te beantwoorden, is er nood aan een betere gecentraliseerde registratie. Ook een eenduidige manier om de kosten per leerling per (combinatie van) maatregel(en) te berekenen, zou daarvoor bedacht moeten worden.



Hierbij willen we wel de vraag opwerpen of een enge invulling van de efficiëntievraag in de context van onderwijs aan zieke leerlingen gepast is. Onderwijs, of leren, is een basisrecht voor elke leerling. In termen van opbrengst moet er op de lange termijn gekeken worden, vanuit het bewustzijn dat elke (zieke) leerling wiens leerrecht of ondersteuningsnood niet wordt ingevuld, potentieel ongekwalificeerd zal uitstromen, wat op termijn een grote maatschappelijke kost met zich meebrengt.

Bereik onderwijsaanbod lijkt beperkt, met indicaties van onderbenutting (maar omvang vraag is onbekend)

De meest gebruikte maatregel is de ziekenhuisschool (bijna 5.000 leerlingen/schooljaar). Deze wordt gevolgd door TOAH (ongeveer 3.000 aanvragen/schooljaar), DMOB (ongeveer 900 leerlingen/jaar), en Bednet (ruim 1.000 trajecten/schooljaar). Tot slot komt School & Ziekzijn (ruim 300 leerlingen/jaar).

Als we het bereik van alle maatregelen optellen en vergelijken met de volledige doelgroep van zieke leerlingen, zien we een gemengd beeld. Wanneer het aantal langdurig zieke leerlingen wordt afgezet tegen de (indicatie van) het gebruik van de maatregelen, zijn er geen indicaties dat er grote aantallen leerlingen zouden zijn die geen beroep doen op een maatregel. Als we de groep uitbreiden met ook leerlingen die meer dan 10% van de schooldagen binnen een schooljaar afwezig zijn met medisch attest, lijken er indicaties te zijn dat voor deze ruimere groep er wel sprake is van een grote meerderheid die geen gebruik maakt van de maatregelen. Hoeveel van deze leerlingen mogelijk geen nood hebben aan extra ondersteuning weten we echter niet (bv. het aandeel voor wie het niet mogelijk of wenselijk is om les te volgen wegens medische/psychologische redenen, of leerlingen die met de goede zorgen en steun van de thuishoofschool voldoende in staat zijn om zelfstandig te leren, ...). De hoger geschetste contextfactoren en de complexe interactie tussen deze factoren onderling en de maatregelen, bieden een deel van de verklaring voor het feit dat de maatregelen – en in het bijzonder TOAH en Bednet – al bij al een beperkt bereik hebben. Gezien de beperkingen van de registratie, weten we echter niet precies welk deel van het verhaal we kennen, en of we alle verklaringen in beeld hebben.

Administratieve of praktische problemen bemoeilijken de uitvoering van sommige maatregelen

Hier en daar kunnen concrete administratieve of praktische problemen worden aangewezen die de uitvoering van sommige maatregelen bemoeilijken. Rigide administratie en regelgeving blijken contraproductief in deze context waarin er gegeven de doelgroep nood is aan flexibiliteit om een aanbod op maat te bieden.

Bij TOAH wordt de aanvraag door scholen geregeld ervaren als complex, en de organisatie als veel werk en belastend (zeker als met het vergelijkt met de vlotheid waarmee School & Ziekzijn kan worden opgestart). Een van de knelpunten is het onderscheid tussen langdurig en chronisch ziek: dit ziet men als te rigide, iets dat de regelgeving onnodig complex maakt. Voor Agodi is de regelgeving moeilijk op te volgen. Ook de 'zelfstandige' TOAH-leerkrachten – leerkrachten die enkel TOAH geven aan leerlingen uit verschillende scholen en zo een voltijdse opdracht vullen – botsen op de grenzen van het systeem. Zij hebben geen statuut, en administratief is het zeer complex (omdat zij kilometervergoedingen moeten indienen bij meerdere scholen).

Ook in de regelgeving rond het ziekenhuisonderwijs zitten er praktische anomalieën. Doordat de regelgeving organisch gegroeid is, zijn er diverse onduidelijkheden, zaken die onvoldoende doordacht zijn, en/of niet afgestemd zijn op de flexibele context van de ziekenhuisscholen in de praktijk.

Digitaal afstandsonderwijs kan maatregelen niet vervangen

Sommige scholen gebruiken de ervaringen uit de coronaperiode met digitaal afstandsonderwijs om zelf afstandsonderwijs te voorzien voor zieke leerlingen. Ook sommige ouders verwachten dat het gebeurt. Voornamelijk bij leerlingen die sporadisch of niet langdurig afwezig zijn, kunnen scholen eenvoudiger een online lesalternatief opzetten. Dit gebeurt meer in het gewoon en het basisonderwijs dan in het buitengewoon en het secundair onderwijs. De mate waarin scholen erop inzetten, blijkt afhankelijk van de (infrastructuur en digitale vaardigheden) in de thuiscontext van de leerling, de mate waarin de school reeds over digitale tools en infrastructuur beschikte, en de flexibiliteit en bereidwilligheid van het leerkrachtenteam. In het buitengewoon



onderwijs blijkt het minder evident omdat er gewerkt wordt met ervarings- en praktijkgerichte onderwijsvormen. Daarvoor kan men op dit moment nog moeilijker een digitaal alternatief voorzien. Ook hebben deze leerlingen sterker nood aan individuele ondersteuning tijdens het leren. Uit bovenstaande vaststellingen en wat we weten over de doelgroep, kunnen we afleiden dat een groot en bovendien het meer kwetsbare deel van de doelgroep hiermee niet geholpen is.

Onder invloed van de veralgemeende digitalisering t.g.v. corona zijn ook TOAH en School & Ziekzijn gedigitaliseerd. In enkele gevallen werden tijdens de corona-periode lessen online gegeven. Men is het erover eens dat online les geenszins de leerkracht aan huis vervangt, maar aanvullend kan zijn in situaties waarin de leerling en de leerkracht elkaar al kennen en fysiek contact om medische redenen tijdelijk niet mogelijk is, of leerling en lesgever op grote afstand van elkaar wonen.

De veralgemeende digitalisering t.g.v. corona heeft invloed gehad op de werking van Bednet. Door de toegenomen digitale basiscompetenties van scholen, leraren, leerlingen en ouders moeten consultants tijdens de trajecten minder focussen op technische vragen of problemen. Hierdoor is meer tijd vrijgekomen voor pedagogisch-didactische ondersteuning van scholen en leraren en het extra ondersteunen van kwetsbare gezinnen. Hoewel veel scholen zelf afstandsonderwijs kunnen voorzien, gaven de meeste scholen tijdens het onderzoek aan dat een Bednettraject voor zieke leerlingen meer toegevoegde waarde biedt dan andere alternatieven voor digitaal afstandsonderwijs; zowel voor de leerling (bijv. meer autonomie, meer authentieke ervaring, ...) als de leraren/school (bijv. meer ondersteuning, ...).

Het onderwijsaanbod van de ziekenhuisscholen en de DMOB is eerder onveranderd gebleven. Het enige verschil is dat er sinds corona meer en meer didactisch materiaal online beschikbaar is, wat het gemakkelijker maakt om onderwijs op maat te voorzien indien de thuishoofschool geen materiaal doorgeeft (dit is ook een meerwaarde voor TOAH en School & Ziekzijn).

Vlottere digitale communicatie tussen professionals, ouders minder positief

Voor de samenwerking tussen alle betrokken actoren en de ouders ziet er in het (post-) coronatijdperk anders uit. Het overleg en de informatiedoorstroming verloopt meer en meer digitaal. Zo is het gemakkelijker om informatie te verkrijgen via online platformen. Vooral de partners vinden dat de mogelijkheid van online meetings de samenwerking gemakkelijker maakt.

Ouders houden minder van digitale meetings en e-mails: zij vinden dat dit weinig begrip of betrokkenheid toont.



Aanbevelingen

Op basis van deze vaststellingen werden 10 aanbevelingen geformuleerd ten aanzien van het beleid en de diverse actoren:

1. Bied garanties voor een sterk zorgbeleid in elke individuele school in Vlaanderen
2. Versterk en responsabiliseer scholen uit het gewoon onderwijs in het uittekenen van geïndividualiseerde leertrajecten en de regie van een onderwijsaanbod op maat
3. Registreer en deel gegevens over doelgroep en maatregelen
4. Ontwikkel een procedure die garanties biedt voor snelle actie, en volg de toepassing ervan op
5. Maak het Tijdelijk Onderwijs aan Huis (TOAH) toegankelijker, zowel qua doelgroep als qua organisatie
6. Versterk de positie van de 'zelfstandige' TOAH-leerkrachten en de vrijwilligers van School & Ziekzijn
7. Werk aan structurele oplossingen voor het plaatstekort in het buitengewoon onderwijs en de wachttijden in de jeugdhulp en jeugdpsychiatrie
8. Faciliteer provinciale coördinatie tussen alle actoren betrokken bij de organisatie van het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen
9. Versterk de Centra voor Leerlingenbegeleiding
10. Stem de wetgeving inzake het ziekenhuisonderwijs beter af op de realiteit van deze scholen

We bespreken deze aanbevelingen hieronder in meer detail.

1. Bied garanties voor een sterk zorgbeleid in elke individuele school in Vlaanderen

Uit deze evaluatie blijkt duidelijk dat een sterk zorgbeleid de basis vormt voor het uitwerken en uitvoeren van een kwaliteitsvol onderwijsaanbod voor zieke leerlingen. Hett garandeert het tijdig opzetten en kwalitatief vormgeven en opvolgen van een traject wanneer een leerling vaak of langere tijd afwezig is. Een sterk zorgbeleid is ook preventief belangrijk: het kan er bv. voor zorgen dat chronisch zieke of zwangere leerlingen zo vaak/lang mogelijk naar school kunnen gaan, of het kan voorkomen dat sommige leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften (bv. ASS) ziek worden (bv. een psychische problematiek ontwikkelen). Tot slot verloopt re-integratie gemakkelijker als een school zorg blijft dragen voor een leerling die tijdelijk afwezig is en ook tijdens de afwezigheid de band met de leerling blijft behouden.

Maar, en hier begint een punt van zorg dat de aanleiding is tot deze aanbeveling, er zijn grote verschillen tussen scholen op het vlak van zorg. Artikel 4 van het ontwerp van leersteundecreet ('De Vlaamse regering bepaalt de modaliteiten voor een verdere versterking van de brede basiszorg en verhoogde zorg in de scholen') biedt een potentiële hefboom voor garanties voor een sterk zorgbeleid in alle scholen in Vlaanderen. Dit artikel dient doortastend en met voldoende middelen te worden uitgewerkt en geïmplementeerd; zeker wanneer het gaat over zieke leerlingen.

Deze aanbeveling heeft implicaties voor het verzekeren van zorgmiddelen op een school: voldoende financiële middelen, maar ook human resource middelen in termen van expertise en beschikbare tijd. Elke leerling die geen gepaste begeleiding krijgt, betekent een oningevulde nood van de leerling, maar wijst even goed naar oningevulde noden van de school en van een leerkracht of leerlingenbegeleider die onvoldoende tijd vindt om een leerling en zijn of haar ouders te begeleiden. Het besteden van 'middelen' roept ook de vraag op naar het beleid m.b.t. deze middelen. Onderwijsinspectie en pedagogische begeleiding kunnen het beleidsvoerend vermogen van directies onder de loep nemen: is er bv. een heldere visie om de beschikbare zorgmiddelen adequaat te besteden? Uit dit



evaluatieonderzoek blijkt alvast dat er een prioritaire investering nodig is in de continuïteit en professionalisering van zorgcoördinatoren en leerlingenbegeleiders. Zij zijn de spil van de leerlingenbegeleiding op school.

De pedagogische begeleidingsdiensten ondersteunen scholen bij het ontwikkelen van hun zorgbeleid en het versterken van leerkrachten op het vlak van visie, aanpak en expertise. De pedagogische begeleidingsdiensten dienen volop in te zetten op scholen die zwak uit de doorlichting komen en ondersteuning nodig hebben bij alle aspecten van zorg. Maar ook scholen met een goed uitgebouwd zorgbeleid kunnen baat hebben bij voldoende informatie op gezette tijden over het onderwijsaanbod specifiek voor zieke leerlingen en hoe de verschillende maatregelen in te zetten. De begeleidingsdiensten kunnen de resultaten van deze studie meenemen in hun reguliere begeleidingsaanbod.

Om garanties voor een sterk zorgbeleid in te bouwen, zou de onderwijsinspectie systematisch de kwaliteit van het zorgbeleid en de leerlingenbegeleiding kunnen nagaan in elke doorlichting. Volgens het kwaliteitsdecreet heeft de onderwijsinspectie deze opdracht sinds het schooljaar 2021-2022. In de loop van 2022 is de inspectie gestart met try-outs, en vanaf januari 2023 zal begeleiding van de lerenden onderzocht worden in elke brede doorlichting. Op basis van deze evaluatie vragen we de onderwijsinspectie om expliciet aandacht te hebben voor het beleid rond zieke leerlingen, en in het bijzonder voor de elementen die in onderstaande aanbevelingen verder worden uitgewerkt. Elementen uit het evaluatiekader dat we voor deze studie ontwikkelden, kunnen aan bod komen tijdens een doorlichting. Op basis van data over afwezigheden en gebruik van de maatregelen (zie aanbeveling 3) kan de onderwijsinspectie een risicoanalyse uitwerken en zich richten op scholen waar bv. geen maatregelen worden ingezet bij langdurig zieke leerlingen, TOAH telkens wordt verlengd of voor een volledig schooljaar wordt ingezet, ziekte en spijbelen elkaar vaak afwisselen, ... Dat laatste versterkt de focus op zorg in elke individuele Vlaamse school.

In de context van discussies over de 'expertise' van actoren in een school, keren vragen terug over het statuut van 'bekwame helper' in een schoolcontext. Er is onvoldoende rechtszekerheid voor leerkrachten die eenvoudige gezondheidszorghandelingen (bv. toedienen van medicatie) uitvoeren. Nu de huidige minister van Volksgezondheid het dossier terug op de regeringstafel heeft gelegd, dient de federale overheid hier verder werk van te maken. Een degelijke opvolging vanuit het Vlaamse (onderwijs)niveau is hier nodig.

2. Versterk en responsabiliseer scholen uit het gewoon onderwijs in het uittekenen van geïndividualiseerde leertrajecten en de regie van een onderwijsaanbod op maat

Bij de organisatie van een onderwijsaanbod op maat a.h.v. een weloverwogen combinatie van maatregelen, blijkt het uittekenen van een geïndividualiseerd leertraject op basis van vrijstellingen een cruciale taak voor scholen uit het gewoon onderwijs.

Een dergelijk traject zou vorm kunnen krijgen op basis van leerdoelen of eindtermen, en niet op basis van leergebieden of vakken, zoals nu nog vaak gebeurt. Werken op basis van leerdoelen of eindtermen creëert meer mogelijkheid om de focus te leggen op de basis(doelstellingen) van diverse vakken, biedt meer flexibiliteit in keuze van materialen, werkvormen, werktempo, ... op maat van de zieke leerling, terwijl werken op basis van leergebieden of vakken gemakkelijker leidt tot het vasthouden aan het (voltijdse) traject dat leerlingen in de thuishoofschool lopen. Daarbij zou er niet enkel gefocust mogen worden op het inhalen van leerachterstand: er moet er ook ruimte zijn voor zaken die een leerling goed kan of leuk vindt, om de leerling gemotiveerd en betrokken te houden.

In het bijzonder de klassenraad speelt hier een centrale rol: de klassenraad bepaalt prioriteiten in het onderwijstraject, en neemt de verantwoordelijkheid dat een leerling voldoende geleerd heeft om een studiebewijs te halen. De leerlingenbegeleider/zorgcoördinator bereidt het dossier voor en brengt het op de klassenraad.

De regelgeving biedt via de mogelijkheden tot dispensatie en individuele aangepaste curricula (IAC) de nodige instrumenten om te individualiseren, maar scholen blijken heel wat moeite te hebben met de implementatie



ervan. Leerkrachten, leerlingenbegeleiders/zorgcoördinatoren en klassenraden hebben meer ondersteuning nodig op het vlak van dispensatie en het uitwerken van individuele aangepaste curricula. Meerdere actoren kunnen hier een rol in spelen. Eerst en vooral de pedagogische begeleidingsdiensten: zij kunnen objectieve informatie bieden over de mogelijkheden binnen de regelgeving, verduidelijken wat al dan niet kan, hulp bieden bij het selecteren van doelstellingen, voorbeelden geven, garanties bieden, ... Ook de onderwijsinspectie zou meer duidelijkheid kunnen creëren over de vrijheid/grenzen waarbinnen studie-attestering kan gebeuren en in het kader van doorlichtingen aandacht besteden aan het beleid van scholen op dit vlak. Op het niveau van de individuele leerlingen kunnen de CLB's een sterkere rol spelen: zij kunnen een school meer achtergrond geven over de impact van psychosociale en medische factoren op de haalbaarheid van een traject. Bij dit alles is een sterk zorgbeleid een belangrijke randvoorwaarde: anders is de kans groot dat er onvoldoende openheid zal zijn om in overleg met deze partners zelfs nog maar de reflectie te starten.

Voor het opzetten van een onderwijsaanbod op maat zou op basis van deze studie een kader kunnen worden ontwikkeld om bewust en geïnformeerd afwegingen te maken over de keuze en combinatie van maatregelen, vanuit een holistische blik op de ontwikkeling van het kind. Combinaties van maatregelen zijn aangewezen, want elke maatregel heeft zijn eigen sterktes en zwaktes in het maatwerk dat voor elke leerling moet worden nagestreefd. Hoofdstuk 9, waarin per maatregel wordt omschreven waarvoor of wanneer de maatregel meer of minder aangewezen is, kan de basis vormen voor een dergelijk afwegingskader. Daarbij moet naast de maatregelen die in deze studie werden onderzocht, ook ruimer worden gekeken: bv. NAFT-traject, zorgboerderij, ..., en eventueel voor sommige scholen in het secundair onderwijs die ervoor kiezen, in de toekomst misschien zelfs de mogelijkheden van interactief afstandsonderwijs (op basis van het op 28 oktober 2022 goedgekeurde voorontwerp van decreet).

Artikel 18 van het ontwerp van leersteundecreet bevestigt dat de verantwoordelijkheid voor de regie over het totale leerproces van de leerling bij de school ligt: 'De school voor gewoon onderwijs ... is verantwoordelijk voor de coördinatie van en de afstemming met de partners die betrokken zijn of aanvullende vormen van ondersteuning die aan de leerling in de school worden geboden in functie van een kwaliteitsvol traject voor de leerling.' We onderschrijven dit principe, maar stellen voor om 'in de school' te schrappen: deze evaluatie toont dat het leerproces en het traject van de leerling evenzeer buiten de school wordt ondersteund (bv. via ziekenhuisonderwijs, Bednet, door een zelfstandige TOAH-leerkracht,...). De essentie is dat alle partners samen één leer- en zorgplan maken en dat de thuischool waar de leerling is ingeschreven eindverantwoordelijke blijft voor het leertraject. Ook hier speelt de leerlingenbegeleider/zorgcoördinator een belangrijke voorbereidende rol, en is de (begeleidende) klassenraad het overlegorgaan waar alle betrokken actoren (idealiter) samen komen, en waar het overzicht wordt bewaard.

Net omdat de evaluatie aantoonde dat geïndividualiseerd leertrajecten en onderwijs op maat niet in elke school of voor elke leerling bespreekbaar zijn, zijn er hefboomen nodig om scholen te responsabiliseren en de rechten van de leerlingen te garanderen. We trekken de analogie met het recht op redelijke aanpassingen, net zoals dat grondwettelijk bepaald is voor leerlingen met een handicap (Titel II art. 22ter). Onafhankelijke, laagdrempelige bemiddeling zou mogelijk kunnen zijn voor leerlingen, ouders en scholen om bij geschillen tot consensus te komen. Weigeringen om in te gaan op de vraag naar een geïndividualiseerd leertraject of onderwijs op maat zouden moeten gemeld kunnen worden en worden opgevolgd door een externe instantie. Vandaag kunnen leerlingen en ouders in principe al terecht bij het Kinderrechtencommissariaat of Unia, het Belgische nationaal mensenrechteninstituut (of in de toekomst het Vlaams Mensenrechteninstituut), als ze zich gediscrimineerd voelen op grond van gezondheidstoestand. Het beleidsdomein Onderwijs zou deze mogelijkheid explicieter kunnen communiceren en het gebruik ervan actiever kunnen opvolgen.



3. Registreer en deel gegevens over doelgroep en maatregelen

Uit dit onderzoek blijkt dat er onvoldoende cijfermateriaal beschikbaar is om bepaalde vragen over bereik of efficiëntie te beoordelen. Maar ook om alle betrokken actoren toe te laten om gericht beleid uit te tekenen, actie te ondernemen en bij te sturen indien nodig, zijn er betere data nodig om een informatierijke omgeving te creëren.

Eenzijds gaat het om gegevens over de doelgroep. In dit onderzoek baseerden we ons op de Z-code (afwezigheid met een medisch attest) om de doelgroep af te bakenen, maar we leerden dat er ook linken zijn met de B-code (spijbelaars), P-code (gewettigd door directie, o.a. revalidatie gewoon onderwijs, topsport,...), R-code (o.a. schorsing), en de H-code (revalidatie BuO). Om een beter zicht te krijgen op de omvang, de diversiteit en de noden van de doelgroep, is verder onderzoek nodig naar patronen van afwezigheid in de groep leerlingen met Z-code en de achterliggende realiteiten. Zo kan worden verondersteld dat dit patroon anders is bij bv. een lange ononderbroken periode van Z-codes met verder geen afwezigheden (langdurig ziek), afwisselend veel korte periodes met Z-code (chronisch ziek), Z-code voor een heel schooljaar in het BuO (oneigenlijk gebruik van TOAH), of afwisselend Z-codes, B-codes en R-code (psychische/gedragsproblematiek waar geen gepaste oplossing voor wordt gevonden). Een dergelijke analyse kan waardevolle informatie geven om beleid uit te tekenen op niveau van de scholen, hun partnerorganisaties en de Vlaamse overheid.

Anderzijds gaat het om gecentraliseerde en gestandaardiseerde gegevens over het gebruik van de maatregelen. Deze registratie zou ten minste zicht moeten geven op het effectieve gebruik voor alle maatregelen (i.p.v. enkel de aanvraag of het recht hebben op) en dient op zo'n manier te gebeuren dat een link kan worden gelegd met de afwezige leerlingen die er gebruik van maken. Verder is een registratie van aanvangsdatum en einde van het gebruik van een maatregel wenselijk om duurtijd en eventueel dubbel gebruik te kunnen opvolgen. Dit kan een kwantitatief zicht bieden op het gebruik van combinaties aan maatregelen, het eventueel te lang of oneigenlijk gebruik van maatregelen (in het bijzonder TOAH, zie aanbevelingen 5) en bovendien exactere gegevens opleveren op het aandeel leerlingen dat nog niet bereikt wordt met de maatregelen. Meer onderzoek is nodig om inzicht te krijgen in de omvang en kenmerken van deze groep.

Bij dit alles dient erover gewaakt te worden dat de registratie minimale administratieve belasting creëert voor scholen en de betrokken organisaties. Door hen te betrekken in de ontwikkeling van het systeem kan de gebruiksvriendelijkheid en relevantie verzekerd worden: het systeem moet voor hen bruikbare data opleveren, wat het de inspanning waard maakt.

4. Ontwikkel een procedure die garanties biedt voor snelle actie, en volg de toepassing ervan op

Uit dit onderzoek blijkt dat scholen die snel een gepast onderwijsaanbod voor zieke leerlingen kunnen garanderen, systematisch aandacht hebben voor deze leerlingen in de opvolging van afwezigheden. Maar er zijn evengoed scholen die traag op gang komen. Ook voor zieke leerlingen zou moeten gelden 'Kort op de bal spelen en snel optreden', net zoals het voor spijbelen voorop wordt gesteld in het actieplan 'Samen tegen Schooluitval'. Een goede registratie (zie hierboven) en een school specifieke opvolging van afwezigheden wegens ziekte, kan vermijden dat deze leerlingen niet gezien worden.

Voor zieke leerlingen (leerlingen die gewettigd afwezig zijn met een medisch attest) zou een gelijkaardige procedure voor een aanklampend beleid kunnen worden uitgetekend als voor de opvolging van spijbelaars, waarbij beide procedures zoveel mogelijk geïntegreerd zijn; met vergelijkbare rollen voor de verschillende betrokken actoren (school, CLB, externe partners en hulpverlening). Dit is belangrijk, enerzijds omdat we uit dit onderzoek leerden dat afwezigheid wegens ziekte en spijbelen geregeld een samenhang vertonen, elkaar opvolgen of afwisselen, maar anderzijds ook om een gedeeld kader te bieden voor alle betrokken actoren.

Om de gepaste 'drempelwaarden' (aantal dagen afwezig wegens ziekte) voor actie te bepalen, is er vervolgonderzoek en verder overleg op beleidsniveau nodig. Het is niet de bedoeling om elk 'griepje' te



problematiseren, maar om een zekere garantie te bieden zou eraan gedacht kunnen worden om de procedure vanaf de 11e halve dag aaneensluitende afwezigheid wegens ziekte te laten ingaan. Naar analogie met de procedure voor de opvolging van spijbelaars, zou dit betekenen dat vanaf de vastgestelde 'drempelwaarde', scholen verplicht zijn om initiatief te nemen om samen met de leerling, de ouders en in overleg met de arts, het CLB en andere partners na te gaan of een onderwijsaanbod op maat (zie aanbeveling 2) dient opgezet te worden. Als de school dit initiatief niet neemt, moet het CLB in het kader van haar signaalfunctie de school wijzen op haar verantwoordelijkheid. Idealiter ontwikkelen scholen in een informatierijke omgeving (zie aanbeveling 3) samen met de CLB's en andere partners een beleid op maat van hun doelgroep. Het risico dat een leerling loopt om bij afwezigheid wegens ziekte achterstand op te lopen of niet gezien te worden, zal immers afhankelijk zijn van de aard van de aandoening en de voorgeschiedenis van (gewettigde en ongewettigde) afwezigheden.

Eens deze procedure en het hogervermelde afwegingskader voor keuze en combinatie van maatregelen (zie aanbeveling 2) op punt staan, is een volgende stap de versterking van de communicatie. We benadrukken daarin de rol van een toegankelijk 'draaiboek onderwijs voor zieke leerlingen', dat breed verspreid wordt onder artsen, ouders, patiëntenorganisaties, leraren, leraren in opleiding, artsen in opleiding, enzovoort.

Het medisch attest van de arts is een belangrijk element in deze procedure. Bij dit alles zien we dat artsen los van wat een school nodig heeft om eigen maatregelen te nemen, een attest uitschrijven. Er is geen standaard protocol dat artsen helpt bij het adviseren in dit verband. Dit is een lacune in de samenwerking tussen zorg en het beleidsdomein onderwijs. Die lacune is er ook met het domein werk. Artsen houden geen rekening met de implicaties van meerdere opeenvolgende korte afwezigheden versus het onmiddellijk aangeven van een langere periode van afwezigheid (die altijd kan ingekort worden). Een en ander handicapt de slagkracht van een proactief zorgbeleid. Een beter format voor het attest is nodig dat vooral de nadruk legt op een langere en middellang termijnperspectief, waarbij bv. de ingeschatte afwezigheid kan worden genoteerd. Inhoudelijk zouden artsen, zonder medische details vrij te geven en met respect voor de privacy, in het attest meer concrete informatie kunnen geven over wat de leerling op vlak van concentratie, deelname aan de lesactiviteiten, enzovoort wel en niet aankan.

Om te garanderen dat alle scholen een dergelijke procedure hebben en hun initiatiefplicht toepassen, kan de onderwijsinspectie dit in haar BVL-onderzoek (zie aanbeveling 1) nagaan.

Tot slot hierbij nog een reflectie: vandaag zijn de maatregelen TOAH en Bednet omschreven als recht van de leerling. Ook in dit voorstel blijft dat zo: de school moet initiatief nemen, maar kan geen maatregelen opleggen.

5. Maak het Tijdelijk Onderwijs aan Huis (TOAH) toegankelijker, zowel qua doelgroep als qua organisatie

Uit deze evaluatie blijkt dat heel wat leerlingen – zieke, maar ook andere - baat hebben bij de 1-op-1 begeleiding die in het kader van Tijdelijk Onderwijs aan Huis (TOAH) wordt geboden. TOAH heeft meerdere sterktes: er kan op maat worden gewerkt, waardoor flexibel het ritme van het kind gevolgd kan worden. Voor cognitieve vakken kan leerstof bijgehouden of bijgebeend worden. Op sociaal-emotioneel vlak sluit het aan bij de noden van leerlingen die om uiteenlopende redenen niet goed functioneren in/zich niet goed voelen in een groep (bv. anorexia, ASS, gedragsproblemen, ...). Onder bepaalde voorwaarden kan er bovendien ingezet worden op het behouden, opbouwen of versterken van de band met de thuishoofschool en terugkeer, of kan een leerkracht die aan huis komt, ook een vorm van ondersteuning betekenen voor kwetsbare gezinnen. Tegelijk belemmeren administratieve en/of praktische problemen – in het bijzonder het lerarentekort – de uitvoering en het potentieel bereik van TOAH.

In deze vijfde aanbeveling stellen we voor om de doelgroep van TOAH te verruimen: ontwikkel het tot een systeem van 1-op-1 onderwijs buiten de normale schoolcontext, voor leerlingen die tijdelijk niet of moeilijk (voltijds) naar school kunnen gaan. In functie van het organiseren van maatwerk voor individuele leerlingen, is de vraag of het om leerlingen gaat die afwezig zijn wegens een medische aandoening of voor wie de nood aan de maatregel voortvloeit uit andere zorgnoden, immers niet relevant. Wat deze leerlingen allemaal met elkaar gemeen hebben,



is dat ze langdurig en/of voor korte opeenvolgende periodes niet naar school gaan, omwille van een bepaalde problematiek, of deze nu fysiek, psychologisch, ... is of een combinatie van diverse factoren.

Deze verruiming van de doelgroep van TOAH helpt het recht op onderwijs te garanderen en daarenboven de connectie met de school te blijven houden en zelfs versterken.

In functie van inclusie en re-integratie – dus om erover te waken dat scholen niet te snel naar deze maatregel grijpen enerzijds, en leerlingen of ouders anderzijds er niet te lang beroep op blijven doen – is een sterke opvolging door het CLB nodig in kader van de signaalfunctie en de individuele leerlingenbegeleiding. Een betere registratie en dataverzameling kan de opvolging door het CLB faciliteren (zie aanbeveling 3).

Uit bovenstaande vloeit voort dat de regelgeving over TOAH in overleg met de betrokken actoren op meerdere punten hervormd dient te worden, op zo'n manier dat ze niet te complex is en gemakkelijk te handhaven:

- ▶ Medisch attest om het recht te openen: dit is niet noodzakelijk meer nodig. Het recht op TOAH kan ook ontstaan in de context van het zorgbeleid en de procedure van opvolging van afwezigheden (zie aanbeveling 4), waarin TOAH door de betrokken actoren vanuit een multidisciplinair perspectief voorgesteld wordt als deel van de oplossing in het leer- en zorgtraject van een leerling.
- ▶ Voor leerlingen die niet meer ingeschreven zijn in een school, kan TOAH gemeld worden vanuit de netwerken Samen tegen Schooluitval en jeugdhulp-onderwijs.
- ▶ De leerkracht(en): bij voorkeur van de eigen school, maar een 'zelfstandige' TOAH-leerkracht is ook mogelijk (zie aanbeveling 6).
- ▶ Onderscheid tussen langdurig en chronisch ziek: dit wordt in het kader van een verruimde TOAH-doelgroep irrelevant, dus kan wegvallen. Vaste wachtperiode: indien TOAH, zoals voorgesteld, een instrument wordt in de procedure voor opvolging van afwezige leerlingen (zie aanbeveling 4), wordt de vaste wachtperiode overbodig.
- ▶ Locatie: ook de regels i.v.m. locatie kunnen minimaal zijn (desgewenst zou het ook op school moeten kunnen, bv. voor praktijklessen voor leerlingen in arbeidsmarktgerichte opleidingen, zie laatste punt hieronder), zo lang er maar garanties worden ingebouwd dat alles in overleg gebeurt met de leerling, ouders en de betrokken actoren. Zelfs 'online' is dan een mogelijke locatie (op basis van het nieuwe voorontwerp van decreet op interactief afstandsonderwijs), hoewel niet voltijds, en indien het past in het traject van de leerling.
- ▶ Maximum van 4u/week: tot slot zou binnen de grenzen van de budgettaire mogelijkheden kunnen bekeken worden of ook dit verplichte maximum kan losgelaten worden. De combinatie van TOAH en andere maatregelen helpt om het geïndividualiseerd leertraject (zie aanbeveling 2) succesvol te kunnen afwerken. De onderwijstijd die daarvoor binnen TOAH nodig is, verschilt per leerling.
- ▶ Doelgroepen voor wie TOAH vandaag niet mogelijk is: het spreekt voor zich dat deze dan ook op de maatregel beroep moeten kunnen doen. Het gaan concreet over leerlingen in het deeltijds beroepssecundair onderwijs, de voorbereidende leerjaren op het hoger onderwijs van de derde graad ASO en KSO, de Se-n-Se TSO en KSO, de alternerende beroepsopleiding in het buitengewoon secundair onderwijs, de opleiding verpleegkunde van het hoger beroepssecundair onderwijs en leerlingen die zich voorbereiden op de examencommissie, al dan niet via tweedekansonderwijs.

We weten uit deze evaluatie dat TOAH een maatregel is die vatbaar is voor onrechtmatig gebruik. Het is bovendien onduidelijk wat de budgettaire impact is van de geschetste hervorming. Een monitoring (zie aanbeveling 3) en grondige evaluatie zijn dan ook aangewezen om na te gaan of de vooropgestelde doelstellingen behaald worden binnen de budgettaire mogelijkheden.

Specifiek voor het buitengewoon onderwijs zou Zorgpunt van de onderwijsinspectie, op basis van de monitoring, scholen die structureel TOAH gebruiken als alternatief voor POAH, kunnen opvolgen en responsabiliseren. Verder



onderzoek is nodig om te objectiveren waarom zelfs scholen voor buitengewoon onderwijs – die goed uitgerust zouden moeten zijn voor onderwijs aan leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften - verwijzen naar 'gebrek aan draagkracht' om deze praktijken te verantwoorden, en welke oplossingen nodig zijn.

Tot slot: een gelijkaardige verruiming van de doelgroep kan ook voor andere maatregelen relevant zijn, en dient met open vizier overwogen te worden. We denken dan aan het - na positieve evaluatie - structureel maken van de experimenten met type 5 onderwijs in de residentiële jeugdzorg, of het verruimen van de doelgroep voor Bednet. Tegelijk verwachten we voor dit laatste dat de vraag minder groot zal zijn, aangezien dit een maatregel is die minder flexibel is en grotere drempels opwerpt voor kwetsbare doelgroepen: Bednet is moeilijk als er te veel achterstand is t.o.v. het tempo van de klas en een te grote afstand tot de thuishoofschool, en bij de leerling is er nood aan motivatie/engagement, de fysieke/mentale mogelijkheid tot concentratie, de mogelijkheid/wens om medeleerlingen te zien, ...

6. Versterk de positie van de 'zelfstandige' TOAH-leerkrachten en de vrijwilligers van School & Ziekzijn

Het tekort aan TOAH-leerkrachten is een groot struikelblok in het huidige systeem. Hoewel TOAH bij voorkeur wordt gegeven van door een leerkracht van de thuishoofschool, is dit niet steeds mogelijk. 'Zelfstandige' TOAH-leerkrachten, zonder formeel statuut, en de vrijwilligers van School & Ziekzijn vullen deze leemte in.

Het grootste knelpunt voor 'zelfstandige' TOAH-leerkrachten is dat ze administratief verbonden zijn aan meerdere scholen, via al deze scholen hun administratie moeten regelen, maar nergens benoemd zijn. Een pragmatische oplossing kan eventueel gevonden worden in de leersteuncentra die in het ontwerp van decreet over leersteun in het vooruitzicht gesteld worden.

Voor de 'zelfstandige' TOAH-leerkrachten zou het interessant zijn om lid te worden van een team van leerondersteuners in een leersteuncentrum (cf. ontwerp van decreet: 'het leersteuncentrum beschikt over een team van leerondersteuners dat multidisciplinair is samengesteld, waarin onderwijskundige, paramedische, sociale, psychologische en orthopedagogische disciplines vertegenwoordigd zijn') en zo in het ambt van leerondersteuner te worden aangesteld. Elk leersteuncentrum zou m.a.w. zo beschikken over een pool van TOAH-leerkrachten, naargelang de nood in het werkingsgebied. Dit kan het werk van TOAH-leerkrachten aantrekkelijker maken, en bovendien in de context van het lerarentekort eventueel leerkrachten aantrekken die niet (meer) voltijds voor de klas staan, maar hun didactische competenties willen inzetten om individueel leerlingen te begeleiden. De teamcontext biedt kansen om expertise-deling rond TOAH uit te bouwen; onderling, maar ook met de leerkrachten van de thuishoofscholen. Idealiter ontstaat er een partnerschap om rond de noden van de leerling taken te verdelen tussen de eigen leerkracht(en) en de 'TOAH-leerkracht'/leerondersteuner: bijvoorbeeld een 'TOAH-leerkracht'/leerondersteuner neemt tijdelijk de klas over zodat de eigen leerkracht enkele uren de leerling thuis kan begeleiden.

Ook in dit nieuwe model zullen er noden en leemten blijven die de vrijwilligers van School & Ziekzijn kunnen invullen. Vandaag krijgen zij enkel beperkte financiering via beleidsdomein Welzijn. Zolang overheidsmiddelen niet alle onderwijsnoden van leerlingen die langdurig of voor korte opeenvolgende periodes niet naar school kunnen gaan, kunnen invullen, is een volwaardige kostendekkende subsidie vanuit het beleidsdomein Onderwijs aangewezen.

7. Werk aan structurele oplossingen voor het plaatstekort in het buitengewoon onderwijs en de wachttijden in de jeugdhulp en jeugdpsychiatrie

In bovenstaande aanbeveling hielden we een pleidooi voor een uitbreiding van de doelgroep van TOAH vanuit de vaststelling dat tijdelijk 1-op-1 onderwijs buiten de schoolcontext de begeleidingsnood van heel wat jongeren kan invullen. Vandaag wordt TOAH echter ook ingezet – op initiatief van scholen of voorzieningen - om noden in te vullen waarin het systeem tekortschiet.



Het buitengewoon onderwijs, de jeugdhulp en de jeugdpsychiatrie zijn systemen die 'kraken'. Er zijn structurele oplossingen nodig die het plaatstekort en de wachttijden aanpakken, zodat leerkrachten en hulpverleners zich niet gedwongen voelen om TOAH als noodoplossing in te zetten. Dit vraagt meer middelen, maar er zijn ook terugverdieneffecten te verwachten: de kans is groot dat elke extra jongere die vandaag beter begeleid wordt, minder risico loopt op ongekwalificeerde uitstroom of maatschappelijke uitsluiting, en zich op lange termijn terugverdient in de vorm van besparingen in o.a. sociale zekerheid, welzijn, veiligheid, gezondheidszorg, ...

8. Faciliteer provinciale coördinatie tussen alle actoren betrokken bij de organisatie van het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen

Uit deze evaluatie blijkt dat er nood is aan coördinatie en expertiseontwikkeling en -deling tussen alle actoren betrokken bij de organisatie van het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen. Het project Klasziekaal, de provinciale netwerken Samen tegen Schooluitval en jeugdhulp-onderwijs, en het platform PoZiLiv zijn voorbeelden van hoe overleg samenwerking kan versterken en kan leiden tot een betere communicatie en informatieverbreiding naar scholen, ouders en andere betrokken actoren. Het finale doel is de organisatie van een holistisch, samenhangend aanbod, binnen de specifieke lokale context, om een gezamenlijk beleid rond geïntegreerde leer- en zorgtrajecten voor leerlingen vorm te geven.

Concreet zou dit vorm kunnen krijgen in de vorm van overlegstructuren verspreid over heel Vlaanderen, waarin de ziekenhuisscholen, Bednet, School & Ziekzijn, en de DMOB zijn vertegenwoordigd, maar ook alle andere actoren die een rol opnemen in het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen: een vertegenwoordiging van de scholen voor gewoon en buitengewoon onderwijs in de regio, de CLB's, de ondersteuningsnetwerken/leersteuncentra, de pedagogische begeleiding, maar ook artsen, ziekenhuizen zonder ziekenhuisschool, eerstelijnszones, enzovoort. Deze overlegstructuren worden bij voorkeur provinciaal georganiseerd, om een sterke link te kunnen leggen met de netwerken Samen tegen Schooluitval en jeugdhulp-onderwijs.

9. Versterk de Centra voor Leerlingenbegeleiding

Hoewel het evident zou moeten zijn dat CLB's een belangrijke rol spelen in het onderwijs voor zieke leerlingen vanuit hun huidige decretale opdrachten en kernactiviteiten (signaalfunctie, consultatieve leerlingenbegeleiding, onthaal, vraagverheldering, handelingsgerichte diagnostiek, handelingsgericht advies, begeleiding, draaischijffunctie), blijkt uit deze evaluatie dat er, net zoals bij scholen, grote verschillen zijn tussen CLB's.

Tegelijk verwachten we veel van de CLB's: ze spelen in meerdere van hoger geformuleerde aanbevelingen, verder bouwend op hun huidige opdrachten en kernactiviteiten, een belangrijke rol. Om te garanderen dat leerlingen, ouders, scholen en andere partners overal in Vlaanderen kunnen rekenen op kwaliteitsvolle leerlingenbegeleiding, is een versterking van de CLB's aangewezen. Via meer middelen enerzijds, maar anderzijds zou ook onderzocht kunnen worden hoe een kerntakendebat, bv. via het in vraag stellen van bepaalde administratieve taken, meer middelen kan vrijmaken om een actieve partner te kunnen zijn van leerlingen, ouders, scholen, artsen en het ruimere netwerk.

10. Stem de wetgeving inzake het ziekenhuisonderwijs beter af op de realiteit van deze scholen

Vandaag wordt het ziekenhuisonderwijs geregeld via uitzonderingen in de regelgeving op het buitengewoon onderwijs. Dit is niet overzichtelijk en op verschillende punten te weinig op maat van de realiteit in deze scholen. Deze realiteit toont o.m. een evolutie naar kortere opnames en meer leerlingen die afwisselend in het ziekenhuis en thuis schoollopen, waardoor er meer wordt ingezet op terugkeer en de brugfunctie met de thuishoofschool. Bovendien is de praktijk in de ziekenhuisscholen in de verschillende settings (psychiatrie, ziekenhuis, revalidatiecentrum) sterk verschillend.

Op basis van de problemen met regelgeving en financiering die in deze evaluatie werden vastgesteld, zou er heldere en consistente regelgeving kunnen worden ontwikkeld die meer flexibiliteit in organisatie en middelen



toelaat. Of dit een eigen decreet moet zijn, dient te worden onderzocht. In elk geval moet de ontwikkeling gebeuren i.s.m. de ziekenhuisscholen zelf.





DEEL 1

Inleiding



1 / Evaluatie van het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen

Elk kind heeft recht op onderwijs, maar wanneer leerplichtige leerlingen (langdurig) ziek worden, kunnen zij niet participeren aan het onderwijs in de klas. Nochtans is het ook voor hen belangrijk om in de mate van het mogelijke hun leerrecht te garanderen, door het onderwijs te continueren, en dit om de volgende redenen (Demeulenaere, 2018):

- ▶ In België geldt de leerplicht voor kinderen en jongeren van 5 tot 18 jaar. Het is belangrijk ook tijdens de ziekteperiode op zoek te gaan naar de meest optimale deelname aan het onderwijs;
- ▶ Onderwijs draagt bij tot de cognitieve ontwikkeling van kinderen en jongeren. Langdurige afwezigheid kan de cognitieve ontwikkeling belemmeren;
- ▶ Onderwijs is de belangrijkste tijdsbesteding van kinderen en jongeren en geeft hun zo een sociaalmaatschappelijk doel in hun leven. Dit draagt bij tot de ontwikkeling van verschillende cruciale segmenten van hun leven (sociaal, cultureel, medisch, ...);
- ▶ De school is een plaats voor sociaal contact. Langdurige afwezigheid isoleert een ziek kind en beperkt zijn/haar sociale contacten;
- ▶ Om niet enkel bezig te zijn met de ziekte, is het belangrijk voor het welbevinden van een kind om zich te focussen op andere zaken, waaronder school;
- ▶ Onderwijs draagt bij aan de opbouw van de toekomst van kinderen en jongeren. Langdurige afwezigheid kan hier een langetermijnimpact op hebben.

De Vlaamse overheid erkent het belang van de continuïteit van het onderwijs van leerlingen tijdens afwezigheid wegens een langdurige of chronische ziekte. Daarom voorziet de Vlaamse overheid vijf maatregelen ten aanzien van onderwijs aan zieke leerlingen:

- ▶ Maatregelen binnen het zorgbeleid van een school;
- ▶ Type 5-onderwijs (ziekenhuisonderwijs);
- ▶ Tijdelijk onderwijs aan huis (TOAH);
- ▶ DMOB, of onderwijs in diensten met onderwijsbehoefte (K-diensten= kinderpsychiatrie);
- ▶ Synchron internetonderwijs, beter bekend als Bednet.

Deze maatregelen hebben een tweeledige doelstelling, met name leerachterstand beperken en de terugkeer naar school voorbereiden. Elk van deze maatregelen wordt door een andere actor aangeboden. Naast deze overheidsmaatregelen zijn er nog initiatieven van vrijwilligers om zieke leerlingen te ondersteunen, zoals bv. School & Ziekgzjn vzw.

Het aantal zieke leerlingen dat gebruik maakt van deze maatregelen nam de voorbije jaren beduidend toe. In het schooljaar 2011-2012 volgden in totaal 942 leerlingen TOAH (zowel voor BaO als SO). In het schooljaar 2018-2019 waren dat 2424 leerlingen. Verder is ook het aantal leerlingen dat gebruik maakt van SIO in stijgende lijn: in 2019 ging het om 1071 leerlingen tegenover 1008 leerlingen in het voorgaande jaar.

De maatregelen werden doorheen de tijd incrementeel bijgestuurd. Een duidelijk helikopterzicht over het landschap ontbreekt en de mate waarin de maatregelen effectief zijn en bijdragen aan de tweeledige doelstelling is onduidelijk. Er is een gebrek aan informatie over:



- ▶ De mate waarin de maatregelen tegemoet komen aan en aansluiten bij de noden van de doelgroep(en);
- ▶ Eventuele onderbenutting van de maatregelen; nl. in welke mate leerlingen die in se onder de doelgroep vallen, nog geen gebruik maken van de maatregelen;
- ▶ Eventueel onrechtmatig gebruik van de maatregelen, bijvoorbeeld door leerlingen die omwille van bepaalde kenmerken niet onder de doelgroep vallen, maar toch gebruik maken van de maatregelen;
- ▶ Kinderen en jongeren die nood hebben aan deze maatregelen, maar eventueel door de mazen van het net vallen omdat ze niet tot de doelgroep behoren of niet aan alle voorwaarden voldoen om bv. recht te hebben op een van de maatregelen;
- ▶ De mate waarin de diverse maatregelen op elkaar afgestemd zijn en of er sprake is van hiaten of overlap in het instrumentarium.

Recent heeft de coronapandemie een beduidende impact gehad op de manier waarop onderwijs wordt gegeven en in een post-coronatijdperk zal worden gegeven. De lockdown en quarantaineperiodes hebben het onderwijsveld verplicht om op zeer korte tijd initiatieven op te zetten om les te kunnen geven d.m.v. afstandslernen of “blended” leren. Scholen en leerkrachten hebben hierdoor zeer belangrijke ervaring opgedaan met diverse vormen van e-lernen, en dit zowel qua inhoud (selectie van de kern van de leerstof, de essentiële inhoud) als vorm (digitaal pedagogisch materiaal en online tools). Deze ervaringen kunnen relevant zijn voor de manier waarop onderwijs wordt georganiseerd voor zieke leerlingen.

De maatregelen van de Vlaamse overheid om onderwijs te voorzien aan zieke leerlingen beogen een aanpak op maat van de leerling. Dit vergt onderzoek naar de implementatie, de effectiviteit en de efficiëntie van de huidige organisatie van de maatregelen. In grote lijnen gaat deze onderzoeksopdracht om een evaluatie van het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen op onderstaande evaluatiecriteria:

- ▶ Coherentie: mate waarin de diverse maatregelen op elkaar afgestemd zijn en een coherent aanbod vormen, incl. samenhang met initiatieven van andere organisaties, o.a. School & Ziektzijn vzw, ...
- ▶ Relevantie: mate waarin de maatregelen (elk afzonderlijk of in combinatie) aansluiten bij de noden van de doelgroepen;
- ▶ Effectiviteit: mate waarin deze maatregelen (elk afzonderlijk of in combinatie) bijdragen aan de doelstellingen, nl. leerachterstand beperken en terugkeer naar school voorbereiden;
- ▶ Efficiëntie: link met de ingezette middelen. Staan de resultaten van de maatregelen (bereik van de doelgroep, effectiviteit, ...) in verhouding tot de ingezette middelen of konden de resultaten bereikt worden met minder inzet van middelen? Dit heeft ook te maken met onderbenutting, onrechtmatig gebruik, of dubbele financiering van een gelijkaardige dienst. Ook een overmatige administratieve overlast kan efficiëntie hypothekeren.

Daarnaast wordt bekeken hoe en in welke mate lessen getrokken kunnen worden uit het afstands- en e-lernen tijdens de coronapandemie. Dit alles moet resulteren in onderbouwde aanbevelingen ten aanzien van het beleid en de diverse actoren.

Deze evaluatieopdracht werd door het Departement Onderwijs en Vorming op 30 maart 2021 gegund aan IDEA Consult op basis van een goedgekeurde offerte. In deze offerte werd de opdracht verder geoperationaliseerd in termen van evaluatievragen en plan van aanpak.



2 / Methodologie

In de eerste fase van dit onderzoek werd ruim de tijd genomen om op basis van verkennende interviews en relevante wetenschappelijke literatuur een grondig onderbouwd evaluatieplan uit te werken. Over deze voorstudie werd uitgebreid gerapporteerd in een eerste tussentijds rapport.

In dit hoofdstuk hernemen we uit dit evaluatieplan de wetenschappelijke inzichten over een kwaliteitsvol onderwijsaanbod voor zieke leerlingen, en het evaluatiekader met evaluatievragen, evaluatiecriteria, variabelen en toetsingscriteria. Vervolgens leggen we uit hoe de vooropgestelde onderzoeksmethoden in de praktijk werden uitgevoerd en welke data dit opleverde.

2.1. Wetenschappelijke inzichten over een kwaliteitsvol onderwijsaanbod voor zieke leerlingen

In deze paragraaf vatten we de belangrijkste wetenschappelijke inzichten over de nood aan en de kenmerken van een kwaliteitsvol onderwijsaanbod voor zieke leerlingen samen. Hiervoor selecteerden we in eerste instantie drie cruciale wetenschappelijke artikels op aangeven van de bij dit onderzoek betrokken wetenschappelijke experts (Demeulenaere, 2018; Lum et al., 2017; Mintz, Palaiologou, & Carroll, 2018). Aan deze selectie voegden we vervolgens extra artikels toe via de sneeuwbalmethode.

2.1.1 Effecten van ziek zijn op het schools functioneren

In lijn met de Universele Rechten van het Kind hebben ook langdurig of chronische zieke leerlingen¹ recht op onderwijs (artikel 28) en het recht op de ontwikkeling van hun sociale, emotionele, cognitieve en fysieke potentieel (artikel 29a) (Verenigde Naties, 1989). Toch toont onderzoek uitgebreid aan dat de schoolprestaties en -ervaringen van zieke leerlingen onder druk staan en ze niet altijd hun potentieel ten volle kunnen ontwikkelen (Lum et al., 2017). De belangrijkste invloeden op het schools functioneren van zieke leerlingen lijsten we hieronder op:

Schoolse prestaties

Meerdere studies tonen aan dat zieke leerlingen een groter risico lopen op slechtere schoolprestaties en een hogere kans hebben op cognitieve moeilijkheden (Barnett, Giallo, Kelaher, Goldfeld, & Quach, 2018; Duquette, Hooper, Wetherington, Icard, & Gipson, 2007; Forrest, Bevans, Riley, Crespo, & Louis, 2011; Gabbay, Cowie, Kerr, & Purdy, 2000; Harris, 2009; Martinez & Ercikan, 2009; Murray, Dobbels, Lonsdale, & Harden, 2014; O'Connor, Howell-Meurs, Kvalsvig, & Goldfeld, 2015; Piquart & Teubert, 2011; Zhu & Van Winkel, 2014). Bij sommige subgroepen is dat risico zelfs groter dan bij andere, zo bijvoorbeeld bij kinderen met hersentumoren (Koch, Kejs, Engholm, Johansen, & Schmiegelow, 2004) of kinderen met ernstige diabetes (Milton, Whitehead, Holland, & Hamilton, 2004). Daarnaast rapporteert onderzoek dat bij zieke leerlingen de kans groter is dat ze moeten zittenblijven, vroegtijdig schoolverlaten en een lagere opleidingsgraad vertonen in vergelijking met niet-langdurige zieke leerlingen (Duquette et al., 2007; Champaloux & Young, 2015; Gerhardt et al., 2007; Lancashire et al., 2010). Bovendien blijkt dat hoe groter de achterstand is die een ziek kind oploopt in de ontwikkeling, hoe moeilijker de re-integratie op school verloopt (Zhu & Van Winkel, 2014).

¹ Vanaf hier worden 'langdurig of chronisch zieke kinderen' omschreven als 'zieke leerlingen'.



Betrokkenheid op en motivatie voor school

Het langdurig of chronisch ziek zijn van kinderen heeft impact op hun betrokkenheid op en motivatie voor school (Forrest et al., 2011; Grieve et al., 2011; Maslow, Haydon, McRee, & Halpern, 2012). Onderzoek toont aan dat zieke leerlingen verlangen naar school omdat ze zich sociaal geïsoleerd en eenzaam kunnen voelen. De school voegt een vorm van 'normaliteit' aan hun leven toe. Anderzijds stelt onderzoek ook een verminderde bereidheid bij zieke leerlingen vast om naar school te willen gaan. Dit wijst men toe aan een verlaagd zelfvertrouwen bij de zieke kinderen, veranderingen in hun lichaamsbeeld, alsook omdat ze zich anders dan hun peers voelen (Boles et al., 2017; Christiansen et al., 2015; Decker, Phillips, & Haase, 2004; Duffey-Lind et al., 2006; Forrest et al., 2011; Palmer et al., 2000).

Welbevinden en psychosociale gevolgen gerelateerd aan school

Onderzoek toont aan dat zieke leerlingen angsten kunnen ervaren om terug te keren naar school, zich zorgen maken om bij te kunnen blijven met hun schoolwerk en stress kunnen ervaren om hun peers terug te zien, ondanks het feit dat de leerlingen aangeven dat het terugkeren naar school een vorm van 'normaliteit' in hun leven terugbrengt (Bessell, 2001; Decker et al., 2004; Drew, 2007; Duffey-Lind et al., 2006; Shaw, Glaser, Stern, Sferdensch, & McCabe, 2010; McGrath et al., 2005; Sorgen & Manne, 2002; Wakefield et al., 2010). Zieke kinderen kunnen daarnaast hun onderwijs als lastig ervaren als gevolg van pijn, vermoeidheid, slapeloosheid of concentratieproblemen (Van Trimpont & Petry, 2010). Zieke leerlingen worden ook meer gepest omwille van hun fysieke uiterlijk en functioneren, alsook omwille van het achterblijven van hun schoolse prestaties. Daarnaast maken zieke kinderen zich meer zorgen over hun relaties met peers. Ze voelen zich anders dan hen, hebben het gevoel niet door hen begrepen te worden en zijn bang niet meer bij de groep te behoren (Boonen & Petry, 2012; Decker et al., 2004; Duffey-Lind et al., 2006; Forrest et al., 2011; McGrath, Suppiah, & Patton, 2005; Sentenac et al., 2012; Van Trimpont & Petry, 2010; Zhu & Van Winkel, 2014).

Interpersoonlijke relaties op school

De kwaliteit van de relaties met hun peers en leerkrachten blijkt minder goed bij zieke leerlingen (Hokkanen, Eriksson, Ahonen, & Salantera, 2004; Moody, Eaden, & Mayberry, 1999; Sentenac et al., 2013). Ze ervaren daarnaast soms ook negatieve attitudes en gedrag van peers en leerkrachten (bijv. een gebrek aan steun, inflexibel of afwijzend gedrag) (Hokkanen et al., 2004).

Langetermijneffecten

Op lange termijn kunnen zieke kinderen ook effecten ondervinden. Zo dragen de slechtere prestaties van de leerlingen op lange termijn mogelijk bij aan een hogere werkloosheidsgraad (Murray et al., 2014) en meer depressie (Zebrack et al., 2002). Tot slot draagt onderwijs bij aan de opbouw van de toekomst van kinderen en jongeren. Langdurige afwezigheid kan hier een langetermijneffect hebben. (Govaerts, 2010).

Tegenover het onderzoek dat de negatieve impact op langdurig zieke kinderen beschrijft, staan diverse studies die geen of weinig verschillen in prestaties of ervaringen aantonen tussen langdurig en niet-langdurig zieke kinderen (Dieluweit et al., 2011; Gerhardt et al., 2007; Mackner et al., 2012; Moonie et al., 2008), alsook diverse studies die de effectieve rol van onderwijs voor langdurig zieke kinderen benadrukken (Moss, 2012). Het is daarom volgens Lum et al. (2017) cruciaal inzicht te verwerven in de schoolse, medische, psychosociale en sociaal-demografische factoren die de relatie tussen langdurig zieke kinderen en hun schoolprestaties- en ervaringen beïnvloeden. Langdurig zieke kinderen als doelgroep met eigen, specifieke noden kunnen mits de gepaste omkadering weldegelijk goede prestaties leveren en een gezond schoolleven opbouwen (Lum et al., 2017).

Om inzicht te verwerven in de factoren die de schoolse prestaties en -ervaringen van zieke kinderen beïnvloeden, beschrijven we onderstaand de factoren die door wetenschappelijk onderzoek aangehaald worden in de ecologische context van het zieke kind, alsook de factoren verbonden aan de diverse praktijken en organisatievormen voor het onderwijs aan zieke kinderen en de uitvoerders ervan (leerkrachten, vrijwilligers, ...).



2.1.2 Invloed van leerling- en contextkenmerken

Leerling

De impact op de prestaties van langdurig zieke kinderen is groter naargelang (1) het **type aandoening** en (2) **type behandeling** (bijv. ziektes of behandelingen die het cognitief functioneren sterker beïnvloeden zoals bijv. bij kanker of schedelbestraling ondervinden een grotere impact). De soort aandoening en behandeling bepalen bovendien in welke mate en op welke wijze de leerling al dan niet aanwezig kan zijn op school (Lum et al., 2017). Zo zijn kinderen met kanker voornamelijk afwezig in het jaar na diagnose en keren vervolgens gradueel terug, terwijl kinderen met astma eerder op een onregelmatige wijze afwezig zijn (Milton et al., 2004; Vance & Eiser, 2002). Daarnaast is de impact op de prestaties ook groter wanneer (3) de **diagnose** zwaarder is, (4) de diagnose op vroegere leeftijd gesteld wordt, (5) de behandeling meer **neveneffecten** heeft (Lum et al., 2017). Bovendien blijkt dat naarmate de diagnose zwaarder is, de leerlingen vaker afwezig zijn, hun de peerrelaties sterker negatief beïnvloed worden en ze meer sociale isolatie rapporteren (Lum et al., 2017).

Leerlingen met betere **schoolprestaties** en een betere **leermethode vóór** hun **diagnose** lopen minder risico om een negatieve impact te ervaren op hun prestaties wanneer ze ziek worden (Barnett et al., 2018). De schoolervaringen en -prestaties van zieke leerlingen worden daarnaast minder beïnvloed naarmate ze een positieve **schoolattitude** nastreven, zich competent voelen als leerder en over betere **socio-emotionele en gedragscompetenties** beschikken (O'Connor et al., 2015) (de omgekeerde relatie werd in deze studie niet onderzocht).

Gezin

Kinderen die opgroeien in een gezin met een lagere **socio-economische status** en kinderen die behoren tot een **etnische minderheidsgroep** ondervinden een grotere impact van het langdurig ziek zijn op hun schoolse prestaties (Barnett et al., 2017; Koch et al., 2004; Lum et al., 2017; Milton et al., 2004). Daarnaast hebben ook een inconsistente **opvoedingsstijl** (Barnett et al., 2018), **angsten van ouders** over de gezondheid van hun kind (Prevatt et al., 2000) en de kwaliteit van de **relatie tussen de ouders en de school** invloed op de schoolresultaten van de zieke kinderen (O'Connor et al., 2015). Deze relatie wordt bemoeilijkt door factoren als: een gebrek aan emotionele ondersteuning voor het gezin, het niet betrekken van ouders bij het nemen van beslissingen over hun kind, het niet erkennen van de expertise van ouders over de toestand van hun kind en slechte communicatie en informatie-uitwisseling tussen de ouders en de school.

Daarnaast is het belangrijk de **broers en zussen** van het langdurig zieke kind niet uit het oog te verliezen. Zij ondervinden eveneens een impact van de ziekte van hun broer of zus. Hoewel zij veelal veerkrachtig zijn, ondervinden zij vaak ook een invloed op hun schools en psychologisch functioneren, alsook ervaren ze moeilijkheden in hun peerrelaties (Gan et al., 2017).

Peers

Leerlingen met **goede peerrelaties** ervaren minder moeilijkheden in hun schoolleven (O'Connor et al., 2015). Wanneer langdurig zieke kinderen zich minder betrokken voelen op school, blijkt dit volgens Lum et al. (2017) samen te hangen met slechtere relaties met hun peers, terwijl bij goede peerrelaties zieke leerlingen zich ondersteund en succesvol voelen (Grieve et al., 2011). Onderzoekers raden daarom voldoende mogelijkheden voor sociale interactie met peers aan, zeker voor zieke adolescenten die volop hun sociale identiteit ontwikkelen. Het is belangrijk niet alleen aandacht te hebben voor het creëren van mogelijkheden voor sociale interactie in de thuishoofschool. Evenzeer de ziekenhuisomgeving moet dit mogelijk maken, bijvoorbeeld via groepsruimtes waar peer-to-peer interacties mogelijk zijn (Palmer et al., 2000).



2.1.3 Praktijken en organisatievormen

Onderzoek toont aan dat schoolse en sociale ondersteuning voor zieke leerlingen cruciaal is gezien de vele uitdagingen waar ze mee geconfronteerd worden. Mits deze ondersteuning vertonen langdurig zieke kinderen betere schoolse prestaties en -ervaringen, zijn ze minder dagen afwezig en rapporteren ze betere schoolse relaties dan langdurig zieke kinderen die geen ondersteuning krijgen (Lum et al; 2017).

Deze ondersteuning krijgt het best vorm op basis van drie aspecten: (1) een multi-agency samenwerking, (2) een aangepaste didactiek en curriculum en (3) een individueel leer/zorgplan voor de zieke leerling. Twee principes staan doorheen deze aspecten centraal: een holistische benadering en een aanpak op maat van de individuele noden van het kind (Mintz et al., 2018).

1/ Een multi-agency samenwerking

Een effectief model van ondersteuning voor zieke leerlingen gaat uit van een gecoördineerde en holistische aanpak waarin de communicatie en samenwerking vormgegeven worden vanuit een **multidisciplinair** team. In deze **“whole school” benadering** betreft men zowel de leerkrachten, de thuischool, de maatregelen voor de zieke kinderen (ziekenhuisschool, het onderwijs aan huis, ...), de gezondheidsmedewerkers en medici, schoolpsychologen, de lokale autoriteiten, alsook het zieke kind en het gezin. Al deze actoren trachten samen via **systematische methodes en programma's** een antwoord te bieden op de noden van het zieke kind (Harris, 2009; Hay et al., 2015; Lum, 2017; Mintz et al., 2018; Roffey, 2016; Shaw et al., 2010; Shiu, 2001; Vance & Eiser, 2002).

Mintz et al. (2018) omschrijft **acht principes** waarmee men een “whole school” benadering kan vormgeven: (1) leidinggevendens focussen op het waarderen van inspanningen die het welzijn bevorderen, (2) het curriculum en de didactiek zijn gericht op het bevorderen van veerkracht en het stimuleren van zowel sociaal als emotioneel leren, (3) de stem van de zieke leerling wordt betrokken in beslissingen, (4) de ontwikkeling van het personeel is gericht op het bevorderen van het eigen welzijn en dat van de leerlingen, (5) de noden van het zieke kind worden geïdentificeerd en de impact van interventies wordt gemonitord, (6) men werkt samen met de ouders/voogd, (7) men voorziet ondersteuning op maat met gepaste doorverwijzing, (8) men geeft een (leer)omgeving vorm die respect bevordert en diversiteit waardeert.

Om tot een **effectief model van ondersteuning** te komen, zijn **vier aandachtspunten** van belang.

Ten eerste dient de aanpak uit te gaan van een **gestructureerde samenwerking** tussen de diverse betrokken actoren. Effectieve partnerschappen worden door Mintz et al. (2018) gekenmerkt door:

- ▶ Volledige strategische en operationele inzet voor de samenwerking;
- ▶ Bewustzijn van elkaars verschillende doelen en waarden met engagement om te werken aan een gemeenschappelijk doel;
- ▶ Betrokkenheid van de relevante personen, incl. de zieke leerling en zijn ouders/voogd;
- ▶ Duidelijke rollen en verantwoordelijkheden voor personen en instanties die betrokken zijn bij de samenwerking;
- ▶ Ondersteunend en betrokken personeelsmanagement;
- ▶ Flexibele en innovatieve financieringsmechanismen;
- ▶ Systemen voor het verzamelen, delen en analyseren van gegevens;
- ▶ Gezamenlijke opleiding;
- ▶ Strategieën om teambetrokkenheid aan te moedigen die verder gaat dan de sleutelfiguren;
- ▶ Effectieve en passende communicatie;



- ▶ Een geschikte, en flexibele, locatie voor de organisatie van het onderwijsaanbod.

Hoewel de meerwaarde van samenwerking uitgebreid aangetoond is door onderzoek, blijft het belangrijk oog te hebben voor de uitdagingen die de samenwerking onder druk kunnen plaatsnemen. Het verschil in beschikbare middelen, rollen en verantwoordelijkheden, concurrerende prioriteiten en doelstellingen, communicatiestijlen en -kanalen, cultuur, procedures, professionele identiteiten, personeelsbezetting en verloning bij de diverse stakeholders is complex en brengt op die manier diverse uitdagingen met zich mee (Mintz et al., 2018).

Ten tweede is **effectieve communicatie** cruciaal om tot een effectieve samenwerking te kunnen komen (Capurso & Dennis, 2017; Hay et al., 2015; Lum et al., 2017; Stafford et al., 2015; Vanclooster et al., 2017). Dit houdt in dat alle informatie en kennis vanuit de verschillende contexten gedeeld, samengelegd en geïntegreerd wordt. Alle partijen in het partnerschap moeten inzicht hebben in de impact van de informatie op de noden van het zieke kind. De informatie moet bovendien gedeeld worden op zo een manier dat deze door alle betrokken partijen begrepen kan worden (Mintz et al., 2018). De communicatie kan op diverse wijze vormgegeven worden, zo gebruiken sommige scholen vragenlijsten om de noden van het kind in kaart te brengen, om op basis daarvan een plan op maat op te stellen (Leger, 2014).

Ten derde neemt leiderschap een essentiële rol in. Het leiderschap is de drijvende kracht om een cultuur van betrokkenheid te realiseren en in te bedden in de structuur van de school. Het realiseren van de "whole school", holistische benadering vereist **strategisch leiderschap** vanuit een **duidelijke visie en doelstellingen** (Mintz et al., 2018).

Tot slot is het essentieel dat in het gehele proces het **zieke kind zelf en het gezin** zoveel als mogelijk **betrokken** wordt. Mintz et al. (2018) raadt zowel de onderwijs- als de medische partners aan om het kind zelf en het gezin te betrekken bij overleg en beslissingen die genomen worden over de onderwijsactiviteiten en de medische behandeling van het zieke kind. Onderzoek toont aan dat wanneer men luistert naar het kind zelf, men tot betere beslissingen komt (Asbjørnslett & Hemmingsson, 2008). Dixon (2014) geeft daarbij enkele aanbevelingen: (1) bekijk de situatie van het kind als een 'proces' met oog voor de eigenheid van het kind en niet als een te overlopen checklist, (2) focus op het teweegbrengen van een vorm van 'normaliteit' in het leven van het zieke kind, zonder de specifieke medische noden uit het oog te verliezen, (3) voorzie een aanspreekpunt binnen de school die de situatie van het kind opvolgt en optimaal informatie deelt tussen de verschillende betrokken partijen.

2/ Aangepaste didactiek en curriculum

Hoewel de precieze uitwerking van de didactiek en het curriculum in elke context anders vormgegeven zal worden, schuiven diverse studies een aantal overkoepelende belangrijke principes naar voren:

Ten eerste is het belangrijk dat het vormgeven van de didactiek en het curriculum vertrekt vanuit een **holistische benadering** die breder dan enkel schoolse, ook sociale en emotionele doelstellingen vooropstelt (Mintz et al., 2018). Men benadrukt de nood aan een rijk curriculum dat niet louter focust op dat wat het zieke kind mist in de thuishoofschool (Boles et al., 2017; Hay et al., 2015). Zieke kinderen worden omwille van hun medische toestand geconfronteerd met diverse emotionele en psychosociale uitdagingen. Er moet daarom volgens Roffey (2011) in het curriculum voldoende aandacht gaan naar protectieve factoren zoals het bevorderen van hun veerkracht, welzijn, en schoolmotivatie om de zieke kinderen weerbaar te maken tegen de risicofactoren waarmee ze geconfronteerd worden. Roffey (2011) en Boles et al. (2017) benadrukken daarbij het belang van activiteiten of lessen die inzetten op humor of plezier of lessen die focussen op de kunsten en muziek (Mintz et al., 2018) als buffer tegen de stress die de kinderen vanuit hun medische toestand ervaren. Wel benadrukt Mintz et al. (2018) dat het anderzijds belangrijk blijft het curriculum duidelijk te onderscheiden van de therapie en de medische behandeling die het kind krijgt.

Naast een brede kijk op de doelstellingen, blijkt het essentieel dat een curriculum wordt opgesteld **op maat van het kind en zijn/haar unieke noden** (Mintz et al., 2018). Het flexibel aanpassen van de schoolse verwachtingen



aan de noden en mogelijkheden van het zieke kind (bijv. flexibele regelingen met betrekking tot afwezigheden, aangepaste schoolprogramma's,...), brengt een positieve invloed op de schoolse prestaties en -ervaringen met zich mee (Lum et al., 2017) en neemt diverse angsten en zorgen van zieke kinderen weg (Grieve et al., 2011). Afstemming op de specifieke noden is ook belangrijk gezien niet elke maatregel een positief effect blijkt te hebben voor elk type kind. Zo leidt onderwijs aan huis niet per definitie tot betere schoolresultaten bij elk kind en brengt het soms een negatieve invloed met zich mee door een versterking van het gevoel van sociale isolatie (Bessell, 2001, Searle et al., 2003).

Mintz et al. (2018) benadrukken ten derde het belang van het inzetten op het **versterken van de schoolse betrokkenheid** in het onderwijs voor zieke leerlingen. Deze betrokkenheid heeft een belangrijke invloed op zowel de schoolse prestaties, de mate van afwezigheid en de psychosociale gezondheid van de zieke kinderen (Pianta et al., 2012). Lum (2017) en Stafford et al. (2015) raden in dat kader schoolpraktijken aan die het gevoel bevorderen bij zieke leerlingen om bij de school en de klas te horen, alsook de langetermijnwaarde van schoollopen in de verf zetten. Dixon (2014) schuift daarop aansluitend een "curriculum of connection" naar voren waarin expliciet aandacht gaat naar groepsactiviteiten en de relaties van de zieke kinderen met hun peers en de school. Demeulenaere (2018) onderscheidt drie vormen van betrokkenheid die voor een zieke leerling belangrijk zijn:

- ▶ Sociale betrokkenheid: in sociaal contact zijn met klasgenoten, vrienden en leerkrachten ter ondersteuning van de persoonlijke ontwikkeling en als steun voor de zieke leerling (bijv. via een bezoek, uitwisselen van tekeningen, brieven,...).
- ▶ Educatieve betrokkenheid: betrokken blijven bij de leeractiviteiten en op de hoogte zijn van wat er op school gebeurt.
- ▶ Informatieve betrokkenheid: het beschikken over voldoende informatie over de ziekte door alle betrokken actoren (bijv. leerkrachten, klasgenoten,...) om de omgang met de zieke leerling te verbeteren (bijv. via brieven, overleg, ...).

Het **creëren van continuïteit in het leerproces tijdens de periode van afwezigheid** blijkt ten vierde belangrijk om de breuk met het onderwijs en de impact op de cognitieve ontwikkeling van het zieke kind zo klein mogelijk te houden (Capurso & Dennis, 2017; Zhu & Van Winkel, 2014). Bij het creëren van deze continuïteit beveelt men aan om dit zo vroeg mogelijk te doen (Stafford et al., 2015), alsook om regelmatig in contact te blijven met de thuishoofschool om zo het oorspronkelijke leerproces te kunnen verder zetten (Lombaert, Hauttekeete, Valcke, et al., 2006). In het realiseren van deze continuïteit kan onderwijstechnologie een belangrijke ondersteunende rol spelen, bijvoorbeeld door het mogelijk maken van online communiceren, samenwerking, uitwisseling (Celis et al., 2008; Lombaert, Hauttekeete, Schuurman, et al., 2006).

Ten vijfde blijkt het essentieel **de re-integratie van het kind** in de school voldoende aandacht te geven. Terug naar school kunnen gaan, brengt een 'normalisering' in het leven van het zieke kind. Hierdoor ervaart het kind opnieuw controle over de eigen situatie en wordt de zelfwaarde verhoogt en krijgt het kind terug een gevoel van participatie aan de samenleving (Boonen et al., 2010; Georgiadi & Kourkoutas, 2010; Kaffenberger, 2006; Prevatt et al., 2000; Vanclooster et al., 2017). Echter blijkt dit moment van re-integratie niet altijd vlot te verlopen (Boonen & Petry, 2012; Georgiadi & Kourkoutas, 2010; Kaffenberger, 2006; Lombaert, Hauttekeete, Schuurman, et al., 2006; Prevatt et al., 2000). Deze re-integratie op een goede manier ondersteunen voor het zieke kind kan op twee momenten: net na het moment van de re-integratie of ervoor. Aanbevolen wordt om op beide momenten in te zetten (Lum et al., 2017).

Net na het moment van re-integratie kan men inzetten op re-integratieprogramma's waarin zowel de cognitieve ontwikkeling en prestaties van het zieke kind aan bod komen, als het informeren van klasgenoten en de leerkrachten. Hiermee tracht men het zieke kind terug aansluiting te laten vinden bij zijn klasgroep (Boonen & Petry, 2012; Prevatt et al., 2000). Programma's die comprehensief vormgegeven worden door zowel de



leerkrachten als klasgenoten te betrekken blijken het meest positieve effect op de re-integratie met zich mee te brengen (Prevatt et al., 2000).

Vooraf de re-integratie ondersteunen kan door in te zetten op activiteiten die de schoolse betrokkenheid versterken (cfr. supra) en via activiteiten die een continuïteit in het leerproces bevorderen (zie hieronder). Hierdoor is de breuk met school en de klasgroep minder groot (Boonen & Petry, 2012).

Mintz et al. (2018) benadrukt ten zesde het belang van een **leeromgeving die zoveel als mogelijk als 'normaal' vormgegeven wordt**. Dit houdt in dat de leeromgeving waar mogelijk een gevoel van herkenbaarheid teweegbrengt voor het zieke kind tussen de veelal onstabiele en chaotische omgeving waar ze vanuit hun medische conditie mee te maken krijgen. De 'voorspelbare' leeromgeving zorgt ervoor dat er een veilig leerklimaat voor de leerling gerealiseerd wordt, wat bovendien opnieuw het gevoel van betrokkenheid naar de school bij de zieke leerling versterkt. Deze herkenbaarheid kan gecreëerd worden door bijvoorbeeld voldoende mogelijkheden te scheppen waar de zieke leerling contact kan houden met de eigen klas en peers.

Tot slot blijkt het **inzetten van technologie** ter ondersteuning binnen het onderwijs aan zieke kinderen een grote meerwaarde te hebben (Mintz et al., 2018; Celis et al., 2008; Lombaert, Hauttekeete, Schuurman, et al., 2006). Het blijkt een waardevolle tool om continuïteit in het leerproces van zieke kinderen tot stand te brengen (cfr. supra).

3/ Collaboratieve opvolging van het zieke kind via een geïndividualiseerd leer/zorgplan

Het evalueren en opvolgen van langdurig zieke kinderen is complex en veelzijdig, gezien er diverse factoren meespelen: de medische toestand van het kind, de thuisschool, de maatregelen (onderwijs aan huis, ziekenhuisschool), het medische systeem. Gezien deze complexiteit raadt men aan het opvolgingsproces bij zieke kinderen collaboratief in te steken met de diverse betrokken partijen (Mintz et al., 2018). Deze opvolging vertrekt net als bij het vormgeven van het curriculum (zie eerder) het best vanuit de unieke noden van het zieke kind (zie eerder).

Diverse onderzoekers benadrukken bij deze opvolging het belang van het opstellen van een **geïndividualiseerd plan per kind** in overleg en samenwerking tussen alle betrokken partijen. Op die manier kunnen de schoolse, emotionele, psychologische én medische noden van het kind verkend, geïntegreerd en ondersteund worden. Op basis daarvan kan men een effectieve organisatie en structuur van het onderwijs op maat van het zieke kind vormgeven (Hay, Nabors, Sullivan, & Zygmund, 2015; Mintz et al., 2018; Lum, 2017; O'Connor et al., 2015; Prevatt, 2000; Shiu, 2004).

In het geïndividualiseerd plan omschrijven de verschillende betrokken partijen samen de unieke noden van het zieke kind en met welke op maat vormgegeven ondersteuning men aan deze noden tegemoet zal komen vanuit de verschillende partijen. Lum (2017) raadt daarbij een **biopsychosociale benadering** aan. Dit betekent dat het plan naast de nodige informatie over de leer- en curriculumdoelstellingen, ook de fysieke, psychologische, sociale en medische noden van de zieke leerling omvat. Deze benadering stimuleert leerkrachten om naast schoolse activiteiten ook oog te hebben voor activiteiten die de psychosociale ontwikkeling van het zieke kind stimuleren.

Voor de operationalisering van dit plan geeft Mintz et al. aan dat (1) er per zieke kind een plan voorhanden moet zijn dat gebaseerd is op de medische toestand, (2) alle betrokken partijen uit het multidisciplinair team met regelmaat dienen te communiceren over het plan, (3) er in het plan een gemeenschappelijke taal en referentiekader gebruikgebruikt wordt over hoe het plan geïmplementeerd wordt en wie voor welke aspecten binnen het plan verantwoordelijk is, (4) er een gedeeld begrip moet zijn over hoe informatie over de betrokken actoren heen systematisch verzameld en gedeeld wordt.

Op basis van een analyse van het evaluatiebeleid van diverse instanties, adviseert Mintz et al. (2018) de volgende elementen die leiden tot een effectieve opvolging van zieke kinderen:

- ▶ De betekenis van 'progressie' binnen het onderwijs voor het zieke kind dient duidelijk omschreven te worden.



- ▶ Naast schoolse prestaties, worden ook het welzijn, de medische en psychologische uitkomsten van het kind opgevolgd. Het zieke kind wordt breed, in zijn totaliteit geëvalueerd. De evaluatie focust op de leerwinst van het kind. De nadruk wordt gelegd op de “ability to learn”.
- ▶ De doelstellingen worden omschreven in een geïndividualiseerd plan afgestemd op de diverse noden van het zieke kind en zijn/haar interesses. De evaluatie focust op het in kaart brengen van informatie waarmee het zieke kind vanuit een holistische benadering opgevolgd kan worden om daarmee de nodige stappen en activiteiten in zijn/haar leren te kunnen plannen.
- ▶ De evaluatie focust op het beperken van de leerachterstand van het kind, maar focust evenzeer op hoe het kind omgaat met zijn medische toestand. Er wordt nagegaan wat de impact van de medische situatie op de schoolse uitkomsten is.
- ▶ De verschillende stakeholders, waaronder het kind en het gezin, worden bij de evaluatie betrokken.
- ▶ De evaluatie wordt duidelijk opgesteld en omschreven zodat ze gedeeld kan worden met alle partijen en door iedereen begrepen wordt.

2.1.4 Uitvoerders

Competenties en houding

Leerkrachten hebben een cruciale rol in het ondersteunen van zieke leerlingen (Mukherjee, Lightfoot, & Sloper, 2000). Onderzoek toont aan dat zij naast het gezin de beste positie innemen om de medische, psychologische en schoolse noden van het zieke kind dagelijks op te volgen (Shaw et al., 2010). Leerkrachten kunnen zieke leerlingen ondersteuning bieden op diverse vlakken: (1) het leren omgaan met afwezig zijn op school, (2) het deelnemen aan schoolactiviteiten, (3) relaties met peers, (4) toelichting geven aan de klasgenoten van de zieke leerling, (5) de zorgen van het zieke kind beluisteren.

Wanneer leerkracht een **ondersteunende houding** aannemen ten aanzien van het zieke kind en **inzicht** hebben in hun **medische toestand**, heeft dit een positieve invloed op hun schoolse betrokkenheid (Grieve et al., 2011; Marri & Buchman, 2005; Mukherjee et al., 2000; Vance & Eiser, 2002). Lum (2017) geeft daarom aan dat interventies met een **sterke betrokkenheid** van de leerkracht de meest effectieve manier zijn om zowel het schoolse, als het sociaal-emotioneel functioneren van zieke leerlingen te stimuleren.

Professionalisering

Het opleiden van alle betrokken actoren rondom zieke leerlingen speelt op diverse wijzen een belangrijke rol in een effectief onderwijs voor zieke kinderen.

Ten eerste verbetert opleiding de kennis en het zelfvertrouwen van leerkrachten die zieke leerlingen begeleiden. Leerkrachten hebben namelijk een goed begrip nodig van de schoolse implicaties van de ziekte van de leerling en de rol en verantwoordelijkheid die zij kunnen spelen binnen het leerproces van het zieke kind (Brown et al., 2011; Lum et al., 2017). Hinton en Kirk (2015) en Mukherjee et al. (2000) legden echter via hun onderzoek bloot dat leerkrachten veelal niet over voldoende **kennis en zelfvertrouwen** beschikken om tegemoet te kunnen komen aan de school, sociale én medische noden van zieke kinderen. Opleiding slaagt erin hun onzekerheid te temperen en stimuleert een ondersteunende houding bij de leerkrachten ten aanzien van de zieke kinderen (Hinton & Kirk, 2015). Deze opleiding kan bovendien door gezondheidsmedewerkers zelf gegeven worden of opgebouwd worden met hun expertise. Leerkrachten verkiezen namelijk hun informatie, eerder dan de informatie die ze via ouders of de publieke media zouden verwerven (Brown et al., 2011; Hinton & Kirk, 2015; Shiu, 2004). Ook de lerarenopleidingen kunnen volgens Lum et al. (2017) een belangrijke rol spelen in het verbeteren van de kennis en attitudes van leerkrachten over zieke leerlingen.



Ten tweede is opleiding van belang in het tot stand brengen van een effectieve samenwerking en dialoog. Om hierin te slagen is opleiding nodig voor elk van de betrokken partijen. Mintz et al. (2018) raden daarbij een **gemeenschappelijke opleiding voor de betrokken partijen** aan. Deze opleiding moet focussen op het faciliteren van (1) een gedeeld begrip over de uitdagingen waar zieke kinderen mee te maken hebben, (2) een gemeenschappelijke taal zodat iedereen elkaar op de juiste manier begrijpt, (3) reflectie op de verwachtingen en prioriteiten van elk van de betrokken individuen en organisaties, alsook (4) inzicht in de doelstellingen van de samenwerking.

2.1.5 Referenties

- Asbjørnslett, M., & Hemmingsson, H. (2008). Participation at school as experienced by teenagers with physical disabilities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15, 153–161.
- Barnett, T., Giallo, R., Kelaher, M., Goldfeld, S., & Quach, J. (2018). Predictors of learning outcomes for children with hand without chronic illness: An Australian longitudinal study. *Child Care Health*, 44, 832–840. Doi: 10.1111/cch.12597
- Bessell, A.G. (2001). Children surviving cancer: Psychosocial adjustment, quality of life, and school experiences. *Exceptional Children*, 67(3), 345–359.
- Boles, J. C., Winsor, D. L., Mandrell, B., Gattuso, J., West, L. L., & Grissom, S. M. (2017). Student/patient: school perceptions of children with cancer. *Educational Studies*, 43(5), 549–566. Doi: 10.1080/03055698.2017.1312288.
- Boonen, H., Kempnaers, I., Petry, K., & Govaerts, L. (2010). *Tijdelijk Onderwijs Aan Huis. Een descriptief-exploratief onderzoek naar de huidige onderwijssituatie van zieke kinderen in Vlaanderen*. KU Leuven. Retrieved from <http://www.ond.vlaanderen.be/toah/professional/masterproef-TOAH.pdf>
- Boonen, H., & Petry, K. (2012). How do children with a chronic or long-term illness perceive their school re-entry after a period of homebound instruction? *Child: Care, Health and Development*, 38, 490–496.
- Brown, M. B., Bolen, L. M., Brinkman, T. M., Carreira, K., & Cole, S. (2011). A collaborative strategy with medical providers to improve training for teachers of children with cancer. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 21(2), 149–165. Doi: 10.1080/10474412.2011.571478
- Capurso, M., & Dennis, J. (2015). *Key educational factors for the education of children with medical needs*. Università degli Studi di Perugia. Retrieved from <http://www.lehoproject.eu/en/toolkit/82-key-educational-factors-for-the-education-of-children-with-medical-needs>
- Capurso, M., & Dennis, J. L. (2017). Key Educational Factors in the education of students with a medical condition. *Support for Learning*, 32(2), 158–179.
- Celis, S., Daemen, N., Bondt, L. De, & Petry, K. (2008). *ICT-gebruik bij langdurig zieke kinderen*. KU Leuven. Retrieved from <http://docplayer.nl/10300850-Ict-gebruik-bij-langdurig-zieke-kinderen.html>
- Champaloux, S. W., & Young, D. R. (2015). Childhood chronic health conditions and educational attainment: a social ecological approach. *Journal of Adolescent Health*, 56, 98–105.
- Chen, H. T. (2015). *Practical program evaluation: Theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage. 443 pages.
- Christiansen, H. L., Bingen, K., Hoag, J. A., Karst, J. S., Velázquez-Martin, B. & Barakat, L. P. (2015). Providing Children and Adolescents Opportunities for Social Interaction as a Standard of Care in Pediatric Oncology. *Pediatr Blood Cancer*, 62, 724–749. Doi: 10.1002/pbc.25774
- Decker, C., Phillips, C. R., & Haase, J. E. (2004). Information needs of adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(6), 327–334.



- Dieluweit, U., Debatin, K. M., Grabow, D., Kaatsch, P., Peter, R., Seitz, D., & Goldbeck, L. (2011). Educational and vocational achievement among long-term survivors of adolescent cancer in Germany. *Pediatr Blood Cancer*, 56, 432–438. Doi: 10.1002/pbc.22806
- Dixon, D. (2014). Learning between schools and hospitals – young people and a curriculum of (dis)connection. *International Journal of Inclusive Education*, 18(3), 270-282. Doi: 10.1080/13603116.2012.676084.
- Demeulenaere, L. (2018). Een exploratieve studie naar het onderwijs aan langdurig of chronisch zieke leerlingen in Vlaanderen en Nederland. [Unpublished master's thesis].
- Drew, S. (2007). 'Having cancer changed my life, and changed my life forever': survival, illness legacy and service provision following cancer in childhood. *Chronic Illness*, 3, 278–295.
- Duffey-Lind, E. C., O'Holleran, E., Healey, M., Vettese, M., Diller, L. & Park, E. R. (2006). Transitioning to survivorship: a pilot study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 23(6), 335–343.
- Duquette, P. J., Hooper, S. R., Wetherington, C. E., Icard, P. F., & Gipson, D. S. (2007). Brief report: intellectual and academic functioning in pediatric chronic kidney disease. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(8), 1011–1017.
- Forrest, C. B., Bevans, K. B., Riley, A. W., Crespo, R., & Louis, T. A. (2011). School outcomes of children with special health care needs. *Pediatrics*, 128(2), 303–312.
- Gabbay, M. B., Cowie, V., Kerr, B., & Purdy, B. (2000). Too ill to learn: double jeopardy in education for sick children. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93, 114-117.
- Gan, L. L., Lum, A., Wakefield, C. E., Nandakumar, B., & Fardell, J. E. (2017). School Experiences of Siblings of Children with Chronic Illness: A Systematic Literature Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 33, 23-32.
- Georgiadi, M., & Kourkoutas, E. E. (2010). Supporting pupils with cancer on their return to school: A case study report of a reintegration program. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 1273–1277.
- Gerhardt, C. A., Dixon, M., Miller, K., Vannatta, K., Valerius, K. S., Correll, J., & Noll, R. B. (2007). Educational and occupational outcomes among survivors of childhood cancer during the transition to emerging adulthood. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28, 448–455.
- Govaerts, L. (2010). *Geef me veerkracht. Over onderwijs aan langdurig zieke kinderen*. Leuven: Davidsfonds Uitgeverij.
- Grieve, A. J., Tluczek, A., Racine-Gilles, C. N., Laxova, A., Albers, C. A., & Farrell, P. M. (2011). Associations between academic achievement and psychosocial variables in adolescents with cystic fibrosis. *Journal of School Health*, 81, 713–720.
- Harris, M. S. (2009). School Reintegration for Children and Adolescents with Cancer: The Role of School Psychologists. *Psychology in the Schools* 46(7), 579–592.
- Hay, G. H., Nabors, M. L., Sullivan, A., & Zygmund, A. (2015). Students with Pediatric Cancer: A Prescription for School Success. *Physical Disabilities: Education and Related Services*, 34(2), 1–13.
- Hokkanen, H., Eriksson, E., Ahonen, O., & Salanterä, S. (2004). Adolescents with cancer: experience of life and how it could be made easier. *Cancer Nursing*, 27(4), 325–335.
- Hinton, D., & Kirk, S. (2015). Teachers' perspectives of supporting pupils with long-term health conditions in mainstream schools: a narrative review of the literature. *Health and Social Care in the Community*, 23(2), 107–120.
- Kaffenberger, C. J. (2006). School reentry for students with a chronic illness: a role for professional school counselors. *Professional School Counseling*, 9(3), 223–230.



- Koch, S., Kejs, A., Engholm, G., Johansen, C., & Schmiegelow, K. (2004). Educational attainment among survivors of childhood cancer: a population-based cohort study in Denmark. *British Journal of Cancer*, 91, 923–928.
- Lancashire, E., Frobisher, C., Reulen, R., Winter, D., Glaser, A., & Hawkins, M. (2010). Educational attainment among adult survivors of childhood cancer in Great Britain: a populationbased cohort study. *Journal of the National Cancer Institute*, 102(4), 254–270. Doi: 10.1093/jnci/djp498
- Leger, P. St. (2014). Practice of supporting young people with chronic health conditions in hospital and schools. *International Journal of Inclusive Education*, 18(3), 253-269, Doi: 10.1080/13603116.2012.679320.
- Lombaert, E., Hauttekeete, L., Schuurman, D., Valcke, M., & Veevaete, P. (2006). A special tool for special children: creating an ICT tool to fulfil the educational and social needs of long-term or chronic sick children. In *Current Developments in Technology-Assisted Education* (pp. 1075– 1080). Badajoz Spain: Formatex. Retrieved from <https://biblio.ugent.be/publication/495919/file/6815051>
- Lombaert, E., Hauttekeete, L., Valcke, M., & Veevaete, P. (2006). De behoefte van langdurig zieke kinderen aan ICT-gebaseerde hulpmiddelen voor onderwijs en betrokkenheid, 28. Retrieved from <http://www.kuleuven.be/uzschool/download/Paper ORD 2006 ICT en langdurig zieke kinderen.pdf>
- Lum, A., Wakefield, C. E., Donnan, B., Burns, M. A., Fardell, J. E., & Marshall, G. M. (2017). Understanding the school experiences of children and adolescents with serious chronic illness: a systematic meta-review. *Child: Care, Health and Development*, 43(5), 645–662. Doi: 10.1111/cch.12475
- Mackner, L. M., Bickmeier, R. M., & Crandall, W. V. (2012). Academic achievement, attendance, and school-related quality of life in pediatric inflammatory bowel disease. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 33, 106–111.
- Marri, S. R., & Buchman, A. L. (2005). The Education and Employment Status of Patientswith Inflammatory Bowel Diseases. *Inflammatory Bowel Diseases*, 11(2), 171-177.
- Martinez, Y. J., & Ercikan, K. (2009). Chronic illnesses in Canadian children: what is the effect of illness on academic achievement, and anxiety and emotional disorders? *Child: Care, Health and Development*, 35(3), 391–401. Doi:10.1111/j.1365-2214.2008.00916.x
- Maslow, G. R., Haydon, A. A., McRee, A. L., & Halpern, C. T. (2012). Protective connections and educational attainment among young adults with childhood-onset chronic illness*. *Journal of School Health*, 82(8), 364–370.
- McGrath, P., Suppiah, R., Patton, M. A. (2005). Re-entering life: paediatric acute myeloid leukaemia at one year post treatment. *Australian Journal of Holistic Nursing*, 12(2), 23–34.
- McKenney, S., & Reeves, T. C. (2012). *Conducting educational design research*. Londen: Routledge.
- Milton, B., Whitehead, M., Holland, P., & Hamilton, V. (2004). The social and economic consequences of childhood asthma across the lifecourse: a systematic review. *Child: Care, Health and Development*, 30(6), 711–728.
- Mintz, J., Palaiologou, I., & Carroll, C. (2018). A review of educational provision for children unable to attend school for medical reasons. London: University College London, Institute of Education.
- Moody, G., Eaden, J. A., & Mayberry, J. F. (1999). Social implications of childhood Crohn's disease. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 28(4), 43–545.
- Moonie, S., Sterling, D. A., Figgs, L. W., & Castro, M. (2008). The relationship between school absence, academic performance, and asthma status. *Journal of School Health*, 78(3), 140–148.
- Moss, J. (2014). Keeping connected: The design and overview of the research. *International Journal of Inclusive Education*, 18(3), 219-226. Doi:10.1080/13603116.2012.676086



- Mukherjee, S., Lightfoot, J., & Sloper, P. (2000). The inclusion of pupils with a chronic health condition in mainstream school: what does it mean for teachers? *Educational Research*, 42(1), 59–72.
- Murray, P. D., Dobbels, F., Lonsdale, D. C., & Harden, P. N. (2014). Impact of end-stage kidney disease on academic achievement and employment in young adults: a mixed methods study. *Journal of Adolescent Health*, 55, 505–512.
- O'Connor, M., Howell-Meurs, S., Kvalsvig, A., & Goldfeld, S. (2015). Understanding the impact of special health care needs on early school functioning: a conceptual model. *Child: Care, Health and Development*, 41(1), 15–22.
- Palmer, L., Erickson, S., Shaffer, T., Koopman, C., Amylon, M., & Steiner, H. (2000). Themes arising in group therapy for adolescents with cancer and their parents. *International Journal of Rehabilitation and Health*, 5, 43–54.
- Pianta, R. C., Hamre, B. K., & Allen, J. P. (2012). Teacher-Student Relationships and Engagement: Conceptualizing, Measuring, and Improving the Capacity of Classroom Interactions. In S. Christenson, A. Reschly, & C. Wylie (Eds). *Handbook of Research on Student Engagement* (pp 365-386). Springer, Boston, MA.
- Pinquart, M., & Teubert, D. (2011). Academic, physical, and social functioning of children and adolescents with chronic physical illness: a meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(4), 376–389. Doi:10.1093/jpepsy/jsr106
- Prevatt, F. F., Heffer, R. W., & Lowe, P. A. (2000). A Review of School Reintegration Programs for Children with Cancer. *Journal of School Psychology*, 38(5), 447–467.
- Roffey, S. (2016). Building a case for whole-school, whole-school wellbeing in challenging contexts. *Educational and Child Psychology*, 33(2), 30-42.
- Roffey, S. (2011). *Changing Behaviour in Schools: Promoting Positive Relationships and Wellbeing*. Londen: Sage.
- Searle, N. S., Askins, M., & Bleyer, W. A. (2003). Homebound schooling is the least favorable option for continued education of adolescent cancer patients: a preliminary report. *Medical and Pediatric Oncology*, 40, 380–384.
- Sentenac, M., Gavin, A., Gabhainn, S. N., Molcho, M., Due, P., Ravens-Sieberer, U., de Matos, M. G., Malkowska-Szkutnik, A., Gobina, I., Vollebergh, W., Arnaud, C., & Godeau, E. (2013). Peer victimization and subjective health among students reporting disability or chronic illness in 11 Western countries. *European Journal of Public Health*, 23(3), 421–426.
- Shaw, S. R., Glaser, S. E., Stern, M., Sferdenschi, C., & McCabe, P. C. (2010). Responding to students' chronic illnesses. *Principal Leadership*, 10, 12-16.
- Shiu, S. (2001). Issues in the education of students with chronic illness. *International Journal of Disability, Development and Education*, 48(3), 269–281. Doi: 10.1080/10349120120073412
- Shiu, S. (2004). Maintaining the thread: including young children with chronic illness in the primary classroom. *Australian Journal of Early Childhood*, 29(1), 33–38.
- Sorgen, K. E., & Manne, S. L. (2002). Coping in children with cancer: examining the goodness-of-fit hypothesis. *Children's Health Care*, 31(3), 191–207.
- Stafford, N., Gilmour, M., Meyers, G., & Nell, C. (2015). *School connection for seriously sick kids: how do we know what works?* Canberra. Retrieved from <https://s3.amazonaws.com/msch-website/Missing+School+Report++13-10+part+2+published.pdf>
- Vance, Y. H., & Eiser, C. (2002). The school experience of the child with cancer. *Child: Care, Health and Development*, 28(1), 5–19.



- Vanclooster, S., Bilsen, J., Peremans, L., Van der Werff Ten Bosch, J., Laureys, G., Willems, E., ... Jansen, A. (2017). Attending school after treatment for a brain tumor: Experiences of children and key figures. *Journal of Health Psychology*, 0(0), 1-12.
- Van Trimpont, I., & Petry. (2010). Kinderen met een chronische aandoening op school. In *Geef me veerkracht. Over onderwijs aan langdurig zieke kinderen* (pp. 130-146). Leuven: Davidsfonds Uitgeverij nv.
- Verenigde Naties. (1989). *Verdrag inzake de Rechten van het Kind*. Retrieved from https://www.kinderrechtencommissariaat.be/sites/default/files/bestanden/kinderrechtenverdrag_officiële_nederlandse_vertaling.pdf
- Wakefield, C. E., McLoone, J., Goodenough, B., Lenthen, K., Cairns, D. R., & Cohn, R. J. (2010). The Psychosocial Impact of Completing Childhood Cancer Treatment: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(3), 262-274.
- Zeback, B. J., Zeltzer, L. K., Whitton, J., Mertens, A. C., Odom, L., Berkow, R., & Robison, L. L. (2002). Psychological outcomes in longterm survivors of childhood leukemia, Hodgkin's disease, and non-Hodgkin's lymphoma: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Pediatrics*, 110, 42-52.
- Zhu, C., & Van Winkel, L. (2014). Using an ICT tool as a solution for the educational and social needs of long-term sick adolescents. *Technology, Pedagogy and Education*, 24(2), 231-245.



2.2. Evaluatiekader

Het evaluatiekader bestaat uit de lijst evaluatievragen, gekoppeld aan de toepasselijke evaluatiecriteria, met onderliggend een variabelenmodel ('Waar gaan we naar kijken?') en waar mogelijk en relevant toetsingscriteria ('Wat hopen we te zien?').

Tabel 1: Evaluatiekader

Evaluatievragen	Evaluatie criteria	Variabelen <i>Waar gaan we naar kijken?</i>	Toetsingscriteria <i>Wat hopen we te zien?</i>
Uitvoerende organisatie en uitvoerders			
<ul style="list-style-type: none"> Hoe organiseren scholen zich om zo snel mogelijk een gepast onderwijsaanbod aan zieke leerlingen te garanderen, bijvoorbeeld inzake inzet van personeel, organisatie, ...? 	Relevantie	<ul style="list-style-type: none"> Procedure zieke leerling thuischool: wie - wat - wanneer Reactiesnelheid thuischool 	<ul style="list-style-type: none"> De school beschikt over een systematische procedure die helder aangeeft wie wat wanneer doet indien een leerling langdurig of chronisch ziek wordt (cf. 'whole school' benadering, Mintz et al., 2018). De school biedt zo snel mogelijk een onderwijsaanbod aan zieke leerlingen.
<ul style="list-style-type: none"> Hoe garanderen scholen dat ze de organisatorische capaciteit en het personeel en de expertise hebben om onderwijs aan zieke leerlingen te voorzien? 	Relevantie	<ul style="list-style-type: none"> Aandacht voor onderwijs aan zieke leerlingen in zorgbeleid, afwezigheidsbeleid, en personeels- en professionaliseringsbeleid Toegang tot expertise Professionalisering Kennis en zelfvertrouwen Houding t.a.v. zieke leerlingen 	<ul style="list-style-type: none"> De school heeft een gedragen zorgbeleid/afwezigheidsbeleid/personeels- en professionaliseringsbeleid, met aandacht voor onderwijs aan zieke leerlingen, en stuurt dit geregeld bij. De school weet waar ze terecht kan voor expertise inzake onderwijs aan zieke leerlingen. De leerkrachten, personeelsleden en eventueel vrijwilligers die actief betrokken zijn bij het onderwijs aan zieke leerlingen, ontwikkelen de nodige professionaliteit, beschikken over



			voldoende kennis en zelfvertrouwen en nemen een ondersteunende houding aan t.o.v. de leerlingen.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hoe organiseren de andere organisaties verantwoordelijk voor de uitvoering van de maatregelen zich, bijvoorbeeld inzake inzet van personeel, organisatie, ... ? 	Relevantie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Communicatiestrategie ▶ Procedure organisatie: wie – wat - wanneer ▶ Reactiesnelheid organisatie 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ De organisatie heeft een strategie om haar aanbod bekend te maken bij scholen en ouders van zieke leerlingen. ▶ De organisatie beschikt over een systematische procedure die helder aangeeft wie wat wanneer doet om een gepast aanbod te bieden. ▶ De organisatie biedt zo snel mogelijk een onderwijsaanbod aan zieke leerlingen.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hoe garanderen ze dat ze de organisatorische capaciteit en het personeel en de expertise hebben om de maatregel uit te voeren? 	Relevantie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Personeels- en professionaliseringsbeleid ▶ Toegang tot expertise ▶ Professionalisering ▶ Kennis en zelfvertrouwen ▶ Houding t.a.v. zieke leerlingen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ De organisatie heeft een gedragen personeels- en professionaliseringsbeleid. ▶ De organisatie weet waar ze terecht kan voor expertise. ▶ De personeelsleden en eventueel vrijwilligers die actief betrokken zijn bij de uitvoering van de maatregel, ontwikkelen de nodige professionaliteit, beschikken over voldoende kennis en zelfvertrouwen en nemen een ondersteunende houding aan t.o.v. de leerlingen.
Partnerorganisaties			
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Welke partnerschappen worden aangegaan rondom een zieke leerling tussen de thuischool en de andere organisaties verantwoordelijk voor de uitvoering van de maatregelen? 	Coherentie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Samenstelling partnerschap thuischool – organisatie(s) rondom zieke leerling 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ De thuischool gaat, vanuit de noden van de zieke leerling(en), doelgericht (een) multidisciplinair partnerschap(pen) aan met andere organisaties om het onderwijsaanbod voor (een) zieke leerling(en) vorm te geven (cf. 'whole school' benadering, Mintz et al., 2018).
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Welke rol nemen vrijwilligersverenigingen en andere organisaties (bijvoorbeeld School en Ziek zijn vzw, ...) op? In welke mate 	Relevantie Coherentie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bijdrage vrijwilligers(verenigingen) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ De rol van vrijwilligers(verenigingen) is ondersteunend aan het aanbod van de thuischool en de gesubsidieerde organisaties.



<p>hebben dergelijke organisaties impact op de praktijk? Wat zijn hierbij bepalende factoren?</p>			
<p>▶ In welke mate en hoe organiseren de thuischool en de organisaties verantwoordelijk voor de uitvoering van de maatregelen zich om te waken over een samenhangend aanbod van gedeelde zorg voor de doelgroep(en)? Hoe loopt de samenwerking, in het bijzonder met de thuischool? Hoe wordt deze afstemming of het gebrek daaraan ervaren door de betrokkenen?</p>	<p>Coherentie</p>	<p>▶ Kenmerken van de samenwerking thuischool – organisatie(s)</p>	<p>De samenwerking beantwoordt aan meerdere kenmerken van effectieve partnerschappen in multi-agency work (Mintz et al, 2018):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Volledige strategische en operationele inzet voor de samenwerking; ▶ Bewustzijn van elkaars verschillende doelen en waarden met engagement om te werken aan een gemeenschappelijk doel; ▶ Duidelijke rollen en verantwoordelijkheden voor personen en instanties die betrokken zijn bij de samenwerking; ▶ Systemen voor het verzamelen, delen en analyseren van gegevens; ▶ Gezamenlijke opleiding; ▶ Strategieën om teambetrokkenheid aan te moedigen die verder gaat dan de sleutelfiguren; ▶ Effectieve en passende communicatie.
<p>Praktijken en organisatievormen</p>			
<p>▶ Welke elementen spelen mee vanuit het perspectief van verschillende actoren (ouders, scholen, leerlingen en andere partners) in de keuze voor een maatregel of combinatie van maatregelen? Hoe wordt deze keuze gemaakt? Welke maatregelen worden</p>	<p>Relevantie Coherentie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Afwegingscriteria voor de keuze van een maatregel/combinatie van maatregelen ▶ Afwegingsproces voor de keuze van een maatregel/combinatie van maatregelen ▶ Samenhang v/h aanbod ▶ Vaak voorkomende combinaties van maatregelen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ De criteria die bepalen welke maatregel of welke combinatie van maatregelen ingezet zullen worden, stellen de unieke noden van de zieke leerling centraal en vertrekken vanuit een holistische benadering waarbij naast schoolse, ook de emotionele, psychologische en medische noden van het kind meegenomen worden (Mintz et al., 2018). ▶ De leerling en zijn ouders/voogd worden betrokken in het afwegingsproces.



op welke wijze ingezet? In welke mate staat de zieke leerling centraal?			<ul style="list-style-type: none"> ▶ Er is een geïndividualiseerd leer/zorgplan per kind.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Op welke wijze worden de maatregelen ten aanzien van zieke leerlingen onderwijskundig vormgegeven? Welke didactische praktijken zijn er (o.a. aard van het aanbod, inhoud, omvang, timing, werkvormen, enzovoort)? In welke mate en hoe wordt er ingezet op betrokkenheid van de zieke leerling? 	Relevantie Coherentie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Didactische praktijken: leerdoelen, leerstof, werkvormen, media en evaluatie ▶ Inzet voor de betrokkenheid van de zieke leerling 	<p>Binnen elk van de maatregelen maakt men gebruik van een doelmatig afgestemde didactiek (met oog voor o.a. aanbod, inhoud, omvang, timing, werkvormen).</p> <p>Er is aandacht voor volgende aspecten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Een holistische benadering in het bepalen van het curriculum; ▶ Curriculum op maat van de unieke noden van het zieke kind; ▶ Het versterken van schoolse betrokkenheid; ▶ Creëren van continuïteit in het leerproces tijdens de periode van afwezigheid; ▶ De re-integratie in de thuishoof; ▶ Vormgeving van de leeromgeving als 'normaal' en herkenbaar voor de zieke leerling; ▶ Onderwijstechnologie ter ondersteuning van het leerproces.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Wat zijn de mogelijkheden en wat is de invloed van de meer veralgemeende introductie van afstandsonderwijs en blended leren in het (post-) coronatijdperk op de vormgeving van het onderwijs voor zieke leerlingen? 	Relevantie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Invloed v/d veralgemeende digitalisering t.g.v. corona op de vormgeving van het onderwijs voor zieke leerlingen 	
Ecologische context			
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Wat zijn belemmerende en bevorderende context- of omgevingsfactoren op microniveau (in het bijzonder het gezin van de leerling) 	Relevantie Effectiviteit	<p>Invloed van:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Leerling: ziekteprofiel & noden ▶ Gezinssituatie 	De uitvoerende organisaties en uitvoerders houden rekening met de impact van/of streven een strategie na die rekening houdt met de



<p>en hoe wordt hier door de uitvoerende organisaties en uitvoerders rekening mee gehouden?</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Klas en klasgenoten ▶ Relaties met leerkrachten ▶ ... <p>en hoe ermee rekening wordt gehouden.</p>	<p>impact van volgende factoren op het schools functioneren van het zieke kind:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ziekteprofiel & noden van het kind (leeftijd van diagnose, zwaarte van diagnose, zwaarte van behandeling, ...) (Lum et al., 2017); ▶ Gezinssituatie (SES, opvoedingsstijl, relaties tussen ouders en school, siblings) (Gan et al., 2017; Lum et al., 2017); ▶ Peers (O'Connor et al., 2015); ▶ Relaties met leerkrachten (Mukherjee et al., 2000).
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Wat zijn belemmerende en bevorderende context- of omgevingsfactoren op macroniveau (in het bijzonder de regelgeving) en hoe wordt hier door de uitvoerende organisaties en uitvoerders rekening mee gehouden? 	<p>Relevantie Effectiviteit</p>	<p>Invloed van:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Maatschappelijke tendensen ▶ Coronapandemie ▶ Schoolcontext ▶ Mate van digitalisering op school ▶ Onderwijsniveau en -vorm ▶ Woon-/verblijfplaats: ligging school t.o.v. verblijfplaats ▶ Beleid, regelgeving en financieringsmechanismen ▶ Evoluties in de medische wereld ▶ ... <p>en hoe ermee rekening wordt gehouden</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ De uitvoerende organisaties en uitvoerders houden rekening met de impact van/of streven een strategie na die rekening houdt met de impact van: ▶ Maatschappelijke tendensen die maken dat jongeren zich in die mate niet goed voelen op school dat ze dreigen uit te vallen ▶ Evoluties in de medische wereld (aantal zieke leerlingen neemt toe door verbeterde medische zorg,...) ▶ Coronapandemie (nieuwe doelgroepen, nieuwe aanpakken,...) ▶ Veranderend beleid, regelgeving en financieringsmechanismen ▶ ...
<p>Doelgroep</p>			



<ul style="list-style-type: none"> ▶ Wat is de omvang van de doelgroep van langdurig en chronisch zieke leerlingen, wat is hun profiel, en welke patronen en evoluties kunnen daarin worden vastgesteld? 	<p>Relevantie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Omvang doelgroep leerlingen met aandoeningen ▶ Omvang doelgroep langdurig zieke leerlingen ▶ Omvang doelgroep chronisch zieke leerlingen ▶ Profiel doelgroep langdurig zieke leerlingen ▶ Profiel doelgroep van chronische zieke leerlingen ▶ Patronen en evoluties in de omvang van de doelgroep 2016-2020 per schooljaar ▶ Patronen en evoluties in het profiel van de doelgroep 2016-2020 per schooljaar 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Er is een duidelijk zicht op de doelgroep van langdurig en chronisch zieke leerlingen: omvang, profiel, patronen & evoluties.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hoeveel leerlingen maken gebruik van de verschillende maatregelen, wat is hun profiel, en welke patronen en evoluties kunnen daarin worden vastgesteld: in welke mate worden bepaalde maatregelen ten aanzien van jongeren afwezig omwille van medische redenen meer/minder gebruikt? Wat zijn hiervoor bepalende factoren? 	<p>Relevantie Effectiviteit</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aantal leerlingen per maatregel ▶ Profiel van de leerlingen per maatregel ▶ Patronen en evoluties in het aantal leerlingen per maatregel ▶ Verschillen in gebruik tussen maatregelen ▶ Verklaringen voor verschillen in gebruik tussen maatregelen: zie vragen 1, 3, 5, 7, 8 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Er is een duidelijk zicht op het gebruik van de verschillende maatregelen: aantal leerlingen, profiel, patronen & evoluties.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Welke maatregelen worden goed benut en welke maatregelen worden onderbenut? Wat zijn hiervoor verklaringen? 	<p>Efficiëntie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Per maatregel: verhouding aantal gebruikers t.o.v. aantal beschikbare plaatsen ▶ Verklaringen: zie vragen 1, 3, 5, 7, 8 	



<ul style="list-style-type: none"> ▶ In welke mate voldoet het aanbod aan de noden van de doelgroep(en)? Welke noden worden onvoldoende ingevuld? 	Relevantie Effectiviteit	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mate waarin het aanbod de noden van de bereikte doelgroep(en) invult ▶ Niet/onvoldoende bereikte doelgroep(en) ▶ Niet/onvoldoende ingevulde noden 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ De verschillende maatregelen spelen in op verschillende noden, ze vullen elkaar aan. Het geheel zorgt voor een volledige dekking van de bestaande noden van de doelgroep van zieke leerlingen.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Is een uitbreiding en/of gewijzigde afbakening van de doelgroep wenselijk en mogelijk voor bepaalde maatregelen, in het bijzonder naar leerlingen die om andere dan medische redenen langdurig of veelvuldig afwezig zijn? Wat zijn hierbij bepalende factoren? 	Relevantie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Potentieel van de maatregelen voor leerlingen die omwille van andere redenen langdurig of veelvuldig afwezig zijn ▶ Wenselijkheid van een uitbreiding en/of gewijzigde afbakening van de doelgroep 	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Wordt er onrechtmatig gebruik gemaakt van de maatregelen en indien ja, op welke manier? Wat zijn hiervoor verklaringen? Welke niet ingevulde onderliggende nood ligt aan de basis? 	Relevantie Efficiëntie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gebruik van de maatregelen door leerlingen die er strikt genomen geen recht op hebben ▶ Gebruik van de maatregelen op een manier die niet zo bedoeld was ▶ Verklaringen: zie vraag 16, 17 	
Effecten			
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Wat zijn de effecten van de inzet van de maatregelen ten aanzien van zieke leerlingen? 	Effectiviteit	Geobserveerde effecten op het vlak van: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Schoolse prestaties van het zieke kind ▶ Cognitieve ontwikkeling ▶ Sociaal-emotionele, muzische, motorische ontwikkeling ▶ Beperken van leerachterstand 	De maatregelen hebben een positieve invloed op: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Schoolse prestaties van het zieke kind ▶ Cognitieve ontwikkeling ▶ Sociaal-emotionele, muzische, motorische ontwikkeling ▶ Beperken van leerachterstand ▶ Re-integratie op school



		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Re-integratie op school ▶ Betrokkenheid op en motivatie voor school ▶ Welbevinden en psychosociale factoren gerelateerd aan school ▶ Interpersoonlijke relaties op school ▶ Maatschappelijke re-integratie ▶ Voorkomen van negatieve langetermijneffecten 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Betrokkenheid op en motivatie voor school ▶ Welbevinden en psychosociale factoren gerelateerd aan school ▶ Interpersoonlijke relaties op school ▶ Maatschappelijke re-integratie ▶ Negatieve langetermijneffecten
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Welke combinaties van maatregelen zijn het meest succesvol, voor wie, waarom (hefbomen & sterktes en zwaktes) en onder welke voorwaarden? 	Effectiviteit	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sterktes van de afzonderlijke maatregelen en van de combinaties ▶ Zwaktes van de afzonderlijke maatregelen en van de combinaties ▶ Hefbomen voor effectiviteit 	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ In welke mate hebben de maatregelen een meerwaarde ten opzichte van de in het (post)corona-onderwijs veralgemeend georganiseerde vormen van afstandsonderwijs en blended leren? Zo ja welke, voor wie en onder welke voorwaarden? 	Effectiviteit	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sterktes van de afzonderlijke maatregelen en van de combinaties en meerwaarde ten opzichte van de in het (post)corona-onderwijs veralgemeend georganiseerde vormen van afstandsonderwijs en blended leren ▶ Hefbomen voor meerwaarde 	



2.3. Onderzoeksmethoden

We gebruikten een mix van in hoofdzaak kwalitatieve onderzoeksmethoden om de evaluatievragen te beantwoorden. We introduceren deze methoden, de manier waarop ze werden toegepast, en de resultaten dat dit opleverde, in het eerste deel van deze paragraaf. Vervolgens lichten we toe hoe we kwaliteitsgaranties inbouwden in dit onderzoek. Tot slot bespreken we de sterktes en beperkingen van de verkregen resultaten in het laatste deel van deze paragraaf.

2.3.1 Mixed methods onderzoek

Volgende methoden werden ingezet:

- ▶ Analyse van bestaande data
- ▶ Survey
- ▶ Interviews
- ▶ Online focusgroepen
- ▶ Cases

Hieronder beschrijven we per methode de aanpak en respons.

Analyse van bestaande data

DISCIMUS DATASET

Om inzicht te krijgen in de doelgroep, analyseerden we data uit de Discimus dataset van de Vlaamse overheid. Deze dataset bevat gegevens van alle leerlingen ingeschreven in het Vlaamse onderwijs: inschrijvingen, leerlingenkenmerken en afwezigheden, waaronder afwezigheden wegens ziekte.



Discimus data verkregen van Agodi omvat:

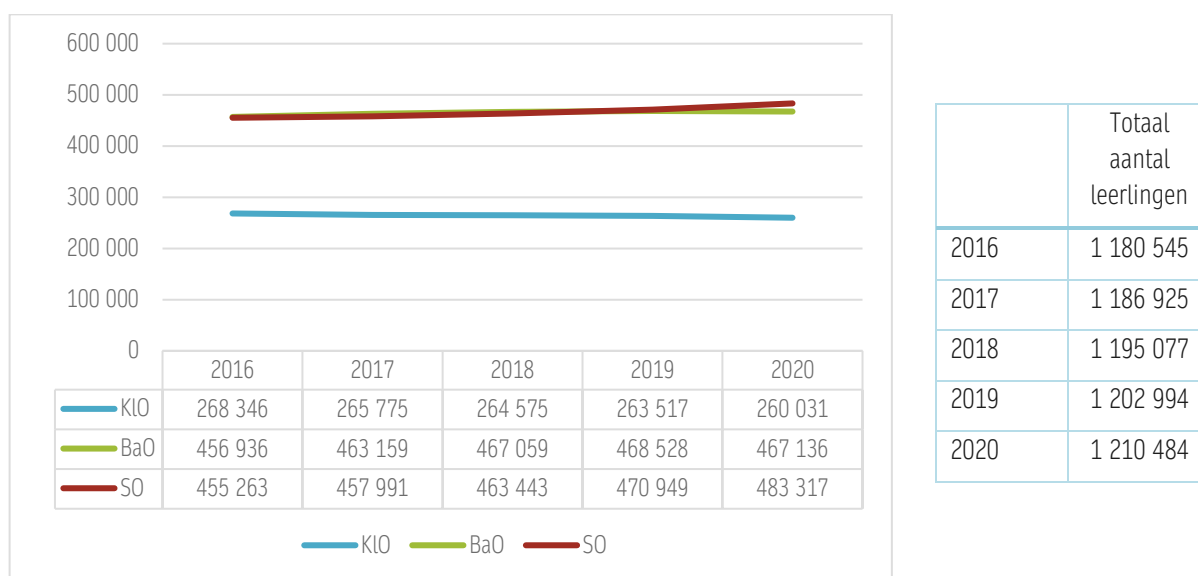
- ▶ Gegevens over alle leerlingen t.e.m. 6e secundair ingeschreven in de Nederlandstalige scholen in Vlaanderen
- ▶ Aantal door de scholen geregistreerde schooldagen gewettigd afwezig met medisch attest
- ▶ Relevante beschikbare persoonskenmerken van de leerlingen
- ▶ Tijdsperiode: 2016-2017 t.e.m. 2020-2021

We beschrijven een aantal evoluties voor de schooljaren 2016-2017 t.e.m. 2020-2021. We analyseren eveneens een aantal relevante beschikbare kenmerken van de doelgroep. Hiervoor gebruiken we data van het schooljaar 2018-2019. De reden hiervoor is dat dit het recentste schooljaar is dat geen vertekeningen bevat door de corona pandemie. In de schooljaren 2019-2020 en 2020-2021 zijn de registraties niet accuraat verlopen (bv. sommige perioden zijn geen afwezigheden wegens ziekte geregistreerd, door lockdowns, quarantaines en afstandsonderwijs zijn sommige registraties niet correct gebeurd, ...). Hierdoor geven deze gegevens niet de realiteit weer.

In de analyses focussen we op het lager onderwijs (BaO) en het secundair onderwijs (SO). Wat het kleuteronderwijs (KO) betreft, zijn de afwezigheidscijfers uit Discimus weinig bruikbaar voor de huidige oefening. Dit omdat het kleuteronderwijs geen leerplicht kent. Afwezigheden wegens ziekte worden slechts beperkt geregistreerd en geven dus geen accuraat beeld van de realiteit.

Onderstaande grafiek en tabel tonen de volledige leerlingenpopulatie voor de schooljaren 2016-2017 t.e.m. 2020-2021.² Deze totale populatie kent een stijging van 1.18 miljoen tot 1.21 miljoen (een gemiddelde jaarlijkse stijging van 0.5%) door een toename in het aantal leerlingen basisonderwijs (BaO) en secundair onderwijs (SO). Kenmerken van deze totale leerlingenpopulatie gebruiken we in dit rapport ter referentie. Hierbij laten we de kleuters in het algemeen buiten beschouwing, aangezien de registratie van afwezigheden daar niet de effectieve afwezigheden weergeeft doordat er niet voor alle jaren schoolplicht is.

Figuur 1. Totale leerlingenpopulatie Vlaams Nederlandstalig onderwijs (t.e.m. 6^e jaar secundair)



AFBAKENING 'ZIEK' IN DE DATA

In de analyses van de data uit Discimus baseren we ons op de registraties van afwezigheid wegens ziekte (= afwezigheid van een individuele leerling met een medisch attest opgesteld door een dokter of arts-assistent). Hiervoor maken we gebruik van twee aspecten van de afwezigheden wegens ziekte om de doelgroep van 'zieke' leerlingen af te bakenen: langdurige afwezig en vaak afwezig.

- ▶ *Langdurige afwezigheid* operationaliseren we aan de hand van de lengte van een periode van afwezigheid wegens ziekte uitgedrukt in schooldagen. Als cut-off voor onze doelgroep van 'langdurig zieke' leerlingen gebruiken we een afwezigheid van méér dan 15 schooldagen achtereen. Dit ligt in de lijn met de regelgeving voor TOAH voor langdurige afwezigheid wegens ziekte, waar leerlingen vanaf een periode van 21 kalenderdagen recht op hebben.³
- ▶ *Vaak afwezig* (niet *per se* in één aansluitende periode) operationaliseren we aan de hand van het percentage van schooldagen dat een leerling afwezig was op een schooljaar. Als cut-off gebruiken we een afwezigheid wegens ziekte van méér dan 10%⁴ van de schooldagen. We hanteren dit als operationalisering van 'chronisch

² In de figuren zullen we de schooljaren afkorten tot het eerste jaar: 2016 staat dus voor schooljaar 2016-2017. Wanneer de data kalenderjaren betreft, vermelden we dit expliciet.

³ We kozen voor 15 schooldagen achtereen in plaats van 21 kalenderdagen omdat bij deze tweede cut-off er ook leerlingen opgenomen werden die slechts enkele dagen voor of na een vakantie afwezig waren wegens ziekte.

⁴ In referentiejaar 2018-2019 gaat het om minimum 18 schooldagen afwezig met medisch attest

ziek'. Echter, het is belangrijk te beseffen dat dit een artificiële constructie is, het zegt niets over de werkelijke reden van het vaak afwezig zijn wegens ziekte en de mate waarin dit eventueel problematisch is.

GEBRUIK VAN DE MAATRELGELEN

Om een zicht te krijgen op hoeveel leerlingen maatregelen gebruiken en wat hun kenmerken zijn, werden gegevens opgevraagd bij Agodi en/of bij de betrokken organisaties. De bronnen verschillen per maatregel, alsook het type informatie dat we hebben kunnen verzamelen in het kader van deze opdracht. Er wordt beknopt toegelicht in het begin van elk hoofdstuk dat de maatregel bespreekt.



Data gebruik per maatregel

- ▶ Tijdelijk onderwijs aan huis: geregistreerde aanvragen in Discimus
- ▶ Bednet: geregistreerd door Bednet
- ▶ Ziekenhuisonderwijs: voor een aantal scholen geregistreerd in Discimus, voor andere opgevraagd bij de ziekenhuisscholen zelf
- ▶ DMOB: (beperkt) geregistreerd door de diensten zelf
- ▶ School & ziekzijn: geregistreerd door School & ziekzijn

Survey

Om enkele relevante grote groepen actoren te bereiken, hebben we gewerkt met een survey. Het ging om de volgende twee doelgroepen:

- ▶ De (pedagogische) directie/zorgcoördinatoren/leerlingenbegeleiders van scholen die ervaring(en) hebben met aanbod voor zieke leerlingen
- ▶ Ouders/voogden van zieke leerlingen

We maakten gebruik van een online survey via Checkmarket. Voor het opstellen van de vragenlijsten werd vertrokken van het evaluatiekader.

De survey voor de (pedagogische) directie/zorgcoördinatoren/leerlingenbegeleiders van scholen werd verspreid via SchoolDirect, via de organisaties die betrokken zijn bij de maatregelen en via de pedagogisch begeleidingsdiensten.

De survey voor de ouders van zieke leerlingen werd verspreid via de organisaties die betrokken zijn bij de maatregelen, de stuurgroep van Klasziekaal, de CLB's, de nieuwsbrief en sociale mediakanalen van IDEA Consult, de Gezinsbond, de ouderverenigingen van de koepels en netten, en via patiëntenverenigingen die werken rond kinderen en jongeren.

Respons survey (pedagogische) directie/zorgcoördinatoren/leerlingenbegeleiders

In totaal vulden 127 respondenten de survey in, 70 daarvan vulden de survey volledig in. Van de respondenten was 40% een directeur, 26% leerlingenbegeleider en 18% zorgcoördinator. In 19% van de gevallen ging het om een ander profiel: een orthopedagoog, een lid van het schoolbestuur, een SES-coördinator, ... Van het totaal aantal respondenten vertegenwoordigde 68% een school uit gewoon onderwijs t.o.v. 32% een school uit het buitengewoon onderwijs. Daarnaast werd de survey in 66% van de gevallen ingevuld vanuit het secundair onderwijs t.o.v. 34% vanuit het basisonderwijs. Wat betreft de scholen van het gewoon secundair onderwijs bereikten we zowel ASO (33%), en TSO (29%) en BSO (30%) scholen relatief evenredig. KSO-scholen (1%) en scholen DBSO (6%) zijn ondervetegenwoordigd in deze survey. Ook de verschillende opleidingsvormen (OV) in

het buitengewoon onderwijs zijn onvoldoende vertegenwoordigd. Uitspraken op het niveau van de opleidingsvormen zijn dus niet mogelijk.

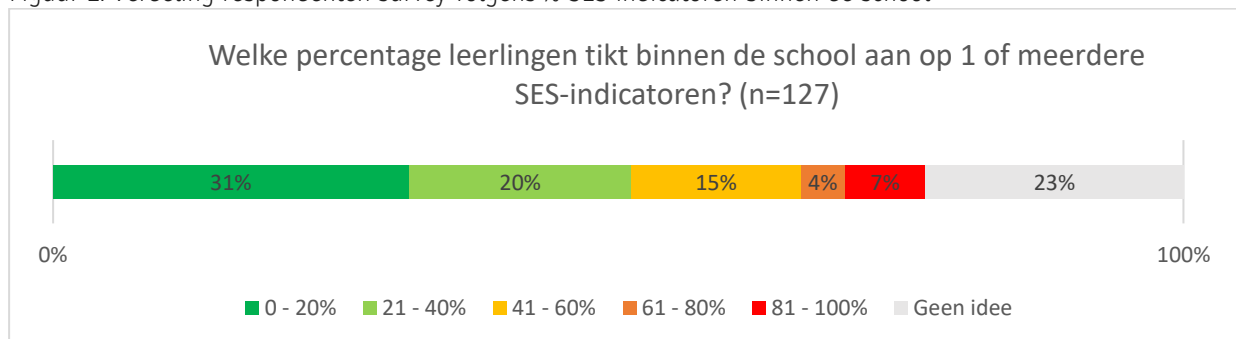
Tabel 2. Verdeling respondenten survey volgens onderwijsniveau en (buiten)gewoon onderwijs

		Secundair onderwijs	Totaal
Gewoon onderwijs	28%	40%	68%
Buitengewoon onderwijs	6%	26%	32%
Totaal	34%	66%	

N = 127

In de survey zijn scholen met een lager percentage SES-indicatoren sterker vertegenwoordigd dan scholen met een hoger percentage SES-indicatoren: waar 51% van de respondenten rapporteert over een school met 0 tot 40% leerlingen die beantwoorden aan de SES-indicatoren, rapporteert slechts 11% van de respondenten over een school met een percentage van 60 tot 100% leerlingen met SES-indicatoren (zie Figuur 2).

Figuur 2. Verdeling respondenten survey volgens % SES-indicatoren binnen de school



De survey bereikte voornamelijk directies en leerlingenbegeleiders van scholen tussen 101 en 500 leerlingen (61%) t.o.v 17% scholen met leerlingen tussen de 501 en 1000 leerlingen, 10% scholen met 1 tot 100 leerlingen en 9% scholen met 1001-2000 leerlingen. Scholen met meer dan 2000 leerlingen zijn tot slot voor 3% vertegenwoordigd.

Respons survey ouder(s)/voogd(en)

In totaal vulden 231 respondenten de survey in, 182 daarvan vulden de survey volledig in. Van de bevroegde ouders rapporteerde 46% van de ouders over een kind dat afwezig was op school omwille van ziekte, 38% omwille van een psychische aandoening en 12% omwille van een fysieke aandoening (ongeval, operatie, ...). We bereikten geen ouders waarvan het kind omwille van een tienerzwangerschap afwezig was. Daarnaast ging het in 15% van de gevallen om een andere reden: het kind bleek afwezig omwille van bijvoorbeeld ASS, neurologische problemen, obesitas, ...

De leerlingen waarover de bevroegde ouders rapporteren, bleken voornamelijk afwezig tijdens de schooljaren 20'-21' en 21'-22'. In 51% van de gevallen berichtten ouders over een kind dat afwezig was tijdens één schooljaar, in 49% van de gevallen over een kind dat tijdens meerdere schooljaren afwezig was (zie Tabel 3).

Tabel 3. Verdeling volgens schooljaar/jaren dat kind van de respondent afwezig was

Voor 18'-19'	18'-19'	19'-20'	20'-21'	21'-22'
17%	23%	32%	58%	59%
1 schooljaar: 51%			Meerdere schooljaren: 49%	

N=231

Van het totaal aantal ouders (n=231) rapporteert 84% van hen over een kind in het gewoon onderwijs t.o.v. 16% in het buitengewoon onderwijs. 64% van de bevroagde ouders heeft een kind in het secundair onderwijs t.o.v. 36% in het basisonderwijs (zie Tabel 4). Voor het gewoon basisonderwijs (n=72) rapporteert 76% van de ouders over het lager onderwijs, 24% van de ouders over het kleuteronderwijs. Voor het gewoon secundair onderwijs (n=123) rapporteert 59% van de ouders over een kind in het ASO t.o.v. 26% in het TSO en slechts 12% in het BSO. Het KSO (2%) en DBSO (0%) zijn ondervertegenwoordigd in de survey. Van de ouders met een kind in het buitengewoon basisonderwijs (n=11) rapporteren 9 ouders over een kind in het lager onderwijs en 2 ouders over een kind in het kleuteronderwijs (de types werden niet bevroagd). Van de ouders met een kind in het buitengewoon secundair onderwijs (n=25) rapporteert het grootste aandeel ouders over OV4 (13 ouders), gevolgd door OV1 (6 ouders). Over OV2 en OV3 rapporteren respectievelijk slecht 4 en 2 ouders. Gezien het buitengewoon onderwijs ondervertegenwoordigd is in de steekproef, zijn uitspraken op het niveau van types/opleidingsvormen niet mogelijk.

Tabel 4. Verdeling respondenten volgens onderwijsniveau en (buiten)gewoon onderwijs

		Secundair onderwijs	Totaal
Gewoon onderwijs	31%	53%	84%
Buitengewoon onderwijs	5%	11%	16%
Totaal	36%	64%	

N=231

In 49% van de gevallen volgde het kind van de bevroagde ouders onderwijs in een ziekenhuisschool t.o.v. 30% dat gebruik maakte van SIO/Bednet, 29% van TOAH en 13% van DMOB⁵. Daarnaast geeft 22% van de ouders aan dat de school zelf ook aanpassingen deed, in 10% van de gevallen volgde het kind geen onderwijs of in 20% van de gevallen bleek het kind onderwijs te volgen via een andere weg (n=231).

Interviews

Om een aantal specifieke individuen of kleine groepen te consulteren (2 à 3 personen), maakten we gebruik van interviews.

We werkten met semi-gestructureerde interviewleidraden die we op voorhand opstelden op basis van het evaluatiekader. Deze vragenlijsten werden aangepast o.b.v. de te interviewen persoon en doelstelling. We focusten op de maatregel(en) waarop de specifieke actor(en) zicht hebben⁶. Tijdens het gesprek was er voldoende flexibiliteit om bijvragen te stellen. De interviewleidraad werd op voorhand aan de participanten bezorgd. De gesprekken werden opgenomen en achteraf getranscribeerd.

⁵ Het gaat hier om onderwijs op een k-dienst. Het kan zijn dat hier ook respondenten op reageerden die ervaring hebben met een ziekenhuisschool die lesgeeft op een k-dienst. Het onderscheid DMOB/type 5 is mogelijk niet helder voor externen.

⁶ De interviewleidraden en topiclijsten kunnen op vraag bij de onderzoekers worden verkregen.



Onderstaande actoren werden geïnterviewd:

- ▶ Directie Bednet
- ▶ Klasziekaal
- ▶ Pedagogische begeleidingsdiensten
- ▶ Kinderrechtencommissariaat (alle informatie uit dit gesprek werd gestaafd met klachten die zijn binnengekomen bij de Kinderrechtencommissaris)
- ▶ Onderwijsinspectie (Zorgpunt)
- ▶ Examencommissie
- ▶ Centraal meldpunt & jeugdzorg Antwerpen

Online focusgroepen

Voor een selectie van doelgroepen werden online focusgroepen georganiseerd. Aanvankelijk werden 10 focusgroepen vooropgesteld, maar omdat we merkten dat sommige groepen beter werden opgesplitst of omdat er zich in de loop van het onderzoek nieuwe relevante stakeholders aandienden, werden het er uiteindelijk 16.

Ook voor elk van de focusgroepen werd een topiclijst opgemaakt op basis van het evaluatiekader. De gesprekken werden opgenomen en achteraf getranscribeerd.

Onderstaande tabel biedt een overzicht van de focusgroepen, de rekruteringswijze en het aantal deelnemers dat dit uiteindelijk opleverde. In totaal werden via de focusgroepen 134 mensen bevraagd.

Tabel 5: Overzicht focusgroepen

Focusgroep	Rekrutering	# deelnemers
Directeurs ziekenhuisscholen	Volledige groep uitgenodigd	9
Leraren ziekenhuisscholen (revalidatiecentra)	Oproep via directeurs ziekenhuisscholen	11
Leraren ziekenhuisscholen (ziekenhuis & K-diensten)	Oproep via directeurs ziekenhuisscholen	10
Pedagogisch verantwoordelijken K-diensten (DMOB)	Volledige groep uitgenodigd	4
Artsen	Deels: overleg medische wereld dep O&V Deels: via PoZiLiv, Klasziekaal,... Divers: gaande van huisarts, tot regionaal, tot gespecialiseerd	4
Consulenten Bednet	(Quasi) volledige groep, oproep via Bednet	8
Vrijwilligers School&Ziekzijn	Oproep via School&Ziekzijn	7
CLB-medewerkers (alle disciplines)	Oproep via internettenoverleg CLB	7
Leerlingenbegeleiders/zorgcoördinatoren/directie gewoon onderwijs	Via survey	13



Leerlingenbegeleiders/zorgcoördinatoren/directie buitengewoon onderwijs	Via survey	17
-------------------------------------------------------------------------	------------	----

Leraren (met ervaring zieke leerlingen)	Oproep via SchoolDirect, PoZiLiv, onderwijskoepels/PBD	4
TOAH-leraren	Oproep op basis van bestand van Agodi van scholen die TOAH hebben aangevraagd	16
Ondersteuningsnetwerken	Alle aanspreekpunten (contactgegevens via website Agodi) uitgenodigd	8
Agentschap Opgroeien + provinciale coördinatoren jeugdhulp-onderwijs en Samen Tegen Schooluitval	Via Agentschap Opgroeien	11
Ouders	Via survey	3
Jongeren	Via survey Oproep via PoZiLiv en Vlaamse Scholierenkoepel	2

Cases

Omwille van de complexe uitdagingen verbonden aan de organisatie van een samenhangend aanbod voor zieke leerlingen op maat van de unieke situatie en noden van leerlingen, deden we tot slot een diepgaande analyse met voldoende aandacht voor context in de vorm van casestudies. De eenheid van elke casestudie was 1 leerling. We analyseerden 3 verschillende cases.

Gegeven de focus op samenhang tussen de maatregelen, selecteerden we cases waarin één leerling minstens gebruik maakt(e) van 2 maatregelen. De doelstelling was dat we overheen de drie cases, alle maatregelen aan bod zouden kunnen laten komen.

Om een zo groot mogelijke diversiteit op relevante kenmerken te bekomen, trachtten we zowel een leerling uit het lager onderwijs als een uit het secundair onderwijs te selecteren, zowel uit het gewoon als het buitengewoon onderwijs, minstens één leerling die chronisch ziek is en minstens één case waarin de samenwerking met de thuishoofschool niet vlot loopt. Ook is er voldoende aandacht voor psychische kwetsbaarheid.

De rekrutering gebeurde via de survey gericht naar ouders enerzijds, en via PoZiLiv (de organisaties uit de sector) anderzijds.

Tabel 6 toont een overzicht van de relevante kenmerken per case. Hieruit blijkt dat we erin geslaagd zijn de diversiteit die we beoogden, te realiseren. Enkel de maatregel DMOB komt niet aan bod. Ook blijkt in alle cases de samenwerking met de thuishoofschool niet zo vlot te lopen. Tabel 7 beschrijft de cases en geeft aan met wie we binnen die cases gesproken hebben. Voor deze gesprekken werd telkens een topiclijst opgemaakt: de focus lag op het traject van de leerling en wat daarin vanuit het perspectief van elke actor goed en minder goed ging. Ook deze gesprekken werden opgenomen en getranscribeerd.



Tabel 6: Overzicht kenmerken per case

Case ⁷	BaO	SO	GewO	BuO	Langd	Chron	Psych	school	Thuis-	TOAH	Bednet	S&Z	Type 5	DMOB
Staartmees		X	X		X		X	-		X	X	X		
Mus		X	X	X	X	X		-		X	X		X	
Peruk	X		X		X		X	-				X	X	

Tabel 7: Beschrijving cases en overzicht gesprekken per case

Case	Gesprekken met
<p>Staartmees is een meisje van 16 jaar. Ze zit bij de scouts, gaat graag uit en babysit geregeld om wat bij te verdienen. In schooljaar '21-'22 volgde ze humane wetenschappen in ASO. Ze is erg perfectionistisch en gemotiveerd voor school. Na de 2^{de} paasexamens 2021 werd duidelijk dat het veel te stresserend was voor haar, wat zich o.a. uitte in automutilatie. Ze ging in totaal 4x in crisisopname in de psychiatrie. Sinds mei gaat ze niet meer naar school, in juni werd de diagnose autisme gesteld, in augustus kwam ze op de wachtlijst voor langdurige opname. Schooljaar '22-'23 werd gestart met Bednet en School&Ziekzijn. TOAH werd aangevraagd, maar niet ingericht. In december 2021 heeft de psychiater beslist dat Staartmees niet kon deelnemen aan examens. In februari startte uiteindelijk de opname in UPC KULeuven, die nog het volledige verdere schooljaar duurt. Er werd niet gestart met ziekenhuisonderwijs omdat de psychiater oordeelde dat alle aandacht moest gaan naar mentaal herstel.</p>	Leerling
	Ouder
	Leerlingenbegeleider
	Bednet
<p>Mus is een 19-jarige studente in de 2^{de} bachelor psychologische wetenschappen. Ze heeft een progressieve spierziekte waardoor ze in een elektrische rolstoel zit. Mus is een cognitieve sterke leerling. Van de 1^{ste} kleuterklas tot het 5^{de} leerjaar zit Mus in een basisschool voor gewoon onderwijs waar ze ondersteund wordt door een GON-leraar. Doorheen de lagere school wisselen periodes op de thuishoel zich af met periodes in het ziekenhuis en een revalidatiecentrum waar Mus in type-5 scholen onderwijs krijgt. Tijdens de lagere school volgt Mus soms ook les via Bednet. Na het 5^{de} leerjaar stapt Mus over naar een school voor buitengewoon onderwijs, opdat ze er zeker een plaats zou hebben in het secundair onderwijs. Op dat moment blijkt het de enige school waar Mus ASO zou kunnen volgen in het buitengewoon onderwijs. Tot het 4^{de} jaar is Mus ingeschreven in deze school. Het 1^{ste} jaar verloopt relatief vlot, maar de daaropvolgende jaren is Mus vaak ziek, haar gezondheidstoestand is zeer instabiel. Periodes op de thuishoel wisselen zich af met, soms lange, periodes in de ziekenhuisschool. Het contact met de thuishoel verloopt tijdens deze periodes veelvuldig niet vlot. Bij de start van het 4^{de} jaar wordt kort TOAH opgestart, maar tegen de herfstvakantie wordt Mus terug zwaar ziek. Na een lange afwezigheid tijdens dat 4^{de} jaar stelt de thuishoel voor om de examens van het 4^{de} en indien nodig de komende schooljaren te spreiden over twee jaren. Noch Mus en haar ouders, noch de ziekenhuisschool kunnen zich vinden in dit voorstel, gezien Mus hiermee mogelijks</p>	Leerling
	Ouder
	Thuishoel
	Ziekenhuisschool (revalidatiecentrum)
	Psycholoog multidisciplinair team UZ

⁷ De cases zijn geanonimiseerd. De namen zijn gekozen door de leerlingen zelf.



<p>tot drie jaar studievertraging zou oplopen. Uiteindelijk beslist Mus en haar ouders in overleg met de ziekenhuisschool om haar diploma via de examencommissie te behalen. Ze wordt vanaf het 5^{de} jaar administratief ingeschreven in een thuischool in de buurt van het revalidatiecentrum. Ze blijft voltijds in opname in het revalidatiecentrum, volgt onderwijs in de ziekenhuisschool en legt examens af via de examencommissie. Op het einde van het 6^{de} jaar behaalt Mus haar diploma (schooljaar 19'-20'). Ze start vervolgens een universitaire opleiding.</p>	
<p>Peruk is een meisje dat op moment van het onderzoek in het eerste middelbaar zit. Doordat Peruk op het autismespectrum zit, was het moeilijk voor haar om goed te functioneren in een standaard schoolomgeving. Als gevolg hiervan kampte ze met een psychologische aandoening. Er was ook sprake van conflicten tussen de school en de ouders van Peruk. In het 5^e leerjaar is Peruk langdurig afwezig geweest van school. Na enkele maanden is ze opgenomen in een psychiatrische instelling, waar ze onderwijs volgde aan de ziekenhuisschool. Na dit verblijf is ze overgeschakeld naar een Freinetschool. Daar is ze pas echt van start gegaan in het 6^e leerjaar. In de Freinetschool werd ze opgevolgd door een team van mensen, met de zorgleerkracht als trekker. Ze volgde aanvullend online les bij een leerkracht van School & Ziekzijn. Tijdens haar traject werden er ook private bijlesgevers aangesteld. Peruk slaagde voor het 6^e leerjaar en mocht overgaan naar het middelbaar. Ondertussen zit ze in het 1^e middelbaar op een type 9 school.</p>	<p>Leerling</p> <p>Ouder</p> <p>Ziekenhuisschool (psychiatrie)</p> <p>Zorgleerkracht</p> <p>School & Ziekzijn</p>

2.3.2 Kwaliteitszorg

We bouwden op uiteenlopende manieren kwaliteitsgaranties in om de wetenschappelijke kwaliteitscriteria die relevant zijn voor dit type onderzoek te bewaken:

- ▶ **Betrouwbaarheid (accuraatheid):** dit gaat over de inspanningen die we doen om de accurate van de informatie te bewaken. We deden dit o.m. aan de hand van uitgewerkte interviewleidraden en topiclijsten voor interviews en focusgroepen, door de gesprekken integraal te laten transcriberen, door berekeningen op basis van data te dubbelchecken en automatische controles in te bouwen, ...
- ▶ **Constructvaliditeit (confirmeerbaarheid):** dit wordt gegarandeerd door triangulatie van data en informatie, verzameld uit verschillende bronnen, methoden (zie hoger) en inzichten. Het laatste gebeurde door het betrekken van diverse belanghebbenden met verschillende perspectieven, en dit op drie manieren:
 - ▶ Actoranalyse: in onze voorstudie maakten we een uitgebreide actoranalyse om alle belanghebbenden in kaart te brengen. De selectie van de respondenten voor de surveys, de interviews, focusgroepen en i.k.v. de cases, werd op deze actoranalyse gebaseerd.
 - ▶ Klankbordgroep: in het kader van dit onderzoek werd een klankbordgroep opgericht, bestaande uit het kernteam van PoZiLiv, KlasZiekaal, departement onderwijs & vorming, Agodi en de pedagogische begeleidingsdiensten. Zij werden geconsulteerd bij de opmaak van het evaluatieplan, ingeschakeld voor het rekruteren van respondenten, de algemene conclusies werden bij hen afgetoetst, en de aanbevelingen werden samen ontwikkeld.
 - ▶ Wetenschappelijke experts: Prof. dr. Martin Valcke en Lies Demeulenaere brachten wetenschappelijke expertise over het thema in. Ze werden geconsulteerd bij de opmaak van het evaluatieplan, gaven feedback op ontwerpversies van het evaluatierapport, en inspireerden de ontwikkeling van de aanbevelingen.



- ▶ **Interne validiteit** (credibiliteit): binnen het onderzoeksteam maakten we uitdrukkelijk tijd voor interne validiteit door vóór elk belangrijk moment van conclusie en rapportage intern overleg te plannen, waarin we elkaars ideeën, interpretaties en inzichten bevragen. Ook betrokken we hierin onze experts en garandeerden de interne validiteit van de resultaten door in onze interviews, focusgroepen en de consultaties van stakeholders (incl. kinderen en jongeren) rekening te houden met de verschillende perspectieven van de belanghebbenden.
- ▶ **Externe validiteit** (transfereerbaarheid): tot slot is eveneens relevant: hoe gaan we vanuit de interviews, met noodzakelijkerwijs een beperkte selectie van respondenten, resultaten kunnen generaliseren? Ook hiervoor doen we beroep op de stakeholders in de klankbordgroep en de experts: we vragen hen om vanuit een brede blik en op basis van de onderzoeksinzichten de conclusies te valideren en mee vorm te geven aan de aanbevelingen.

2.3.3 Sterktes en beperkingen

Hieronder vatten we de sterktes en beperkingen van de verkregen resultaten samen:

Sterktes

- ▶ De uitgesproken sterkte van dit onderzoek is dat er uitgebreide kwalitatieve data werden verzameld, op basis waarvan de 'black box' van het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen wordt geopend. We weten hoe het aanbod tot stand komt, wie betrokken is, welke afwegingen worden gemaakt, welke didactische praktijken worden toegepast, ... Dit biedt een erg rijk inzicht in de realiteit – en de diversiteit en complexiteit - van dit aanbod. Elk van de maatregelen, inclusief de rol van de thuischool, komt afzonderlijk in beeld, en daarnaast krijgen we zicht op de onderlinge samenhang tussen de maatregelen. Ook hebben we informatie over de relevante contextfactoren, waardoor het volledige systeem kan worden begrepen. De evaluatie gebeurt vanuit het perspectief van alle betrokkenen, inclusief de zieke leerlingen zelf en hun ouders, wat een evenwichtig oordeel toelaat.

Tot slot willen we ook benadrukken dat het kwantitatief luik van dit onderzoek baanbrekend is. Voor het eerst werden de zieke leerlingen geïsoleerd uit de Discimus-data om de omvang en het profiel van deze groep te onderzoeken. Ook de kwantitatieve gegevens over het gebruik van de verschillende maatregelen werden nog nooit eerder samengebracht.

Beperkingen

Een eerste beperking van de resultaten zit in de beschikbare bestaande data: zowel de gegevens uit Discimus als die over de maatregelen, zijn administratieve gegevens die niet bedoeld of geschikt zijn voor de beoogde analyses. Dit geeft heel wat problemen inzake volledigheid, afbakening, vergelijkbaarheid, ... Doorheen dit verslag worden deze beperkingen en wat dit betekent voor de interpretatie van de resultaten transparant gerapporteerd.

Een tweede beperking vloeit voort uit de manier waarop de respondenten voor de surveys en de focusgroepen werden gerekruteerd. Dit gebeurde via open oproepen via vooral online kanalen. Dit maakt de surveys niet statistisch representatief. Voor de focusgroepen konden we de 'professionals' die betrokken zijn bij de uitvoering van de maatregelen, goed bereiken. Het bereiken van ouders, jongeren en 'gewone' leerkrachten bleek moeilijker. Inhoudelijk merken we dat de meningen van de respondenten gekleurd zijn door hun ervaringen:

- ▶ Voor de uitvoerders van de maatregelen: onze respondenten zijn ofwel eerder gemotiveerd en fier op hun ervaringen, ofwel willen ze een bepaalde zorg/kritiek delen;
- ▶ Voor de ouders en jongeren: het gaat om een eerder sterk doelpubliek (hoogopgeleid, digitaal geletterd, ...), en ze nemen deel aan het onderzoek vanuit een zekere ontevredenheid. Het perspectief van zwakkere groepen ouders en leerlingen, of van wie 'gewoon tevreden' is lijkt ondervertegenwoordigd.



Bij de interpretatie van de verzamelde informatie dienen we deze potentiële vertekening dus in het achterhoofd te houden. Waar nodig worden vaststellingen gekaderd of genuanceerd.





DEEL 2

Resultaten



1 / Leeswijzer

Dit deel van het rapport bevat de resultaten van deze evaluatie, georganiseerd in tien thematische hoofdstukken:

- ▶ Doelgroep
- ▶ Maatregelen binnen het zorgbeleid van de thuishooschool
- ▶ Tijdelijk onderwijs aan huis (TOAH)
- ▶ Bednet
- ▶ Ziekenhuisonderwijs
- ▶ Dienst met onderwijsbehoefte in de psychiatrie
- ▶ Bijdrage vrijwilligers(verenigingen), in het bijzonder School & Ziekzijn
- ▶ Keuze en combinatie van maatregelen
- ▶ Samenwerking
- ▶ Effecten

Elk hoofdstuk besluit met een conclusie, waarin we telkens een aantal evaluatievragen (deels) kunnen beantwoorden. Uiteindelijk zouden - na lezing van alle hoofdstukken samen - alle evaluatievragen beantwoord moeten zijn. In het laatste hoofdstuk brengen we alles samen in de algemene conclusies.



2 / Doelgroep

Er is niet één overkoepelende definitie voor wanneer een leerling beschouwd wordt als een 'zieke leerling'. Neutraal geformuleerd is een 'zieke leerling' 'een leerling die langdurig of regelmatig gewettigd afwezig is met een medisch attest'. Voor de verschillende maatregelen spelen er verschillende criteria die bepalen of een leerling er al dan niet aanspraak op kan maken (bv. TOAH: afwezigheid met medisch attest voor meer dan 15 dagen achtereen, type 5: opname in een zorginstelling met een ziekenhuisschool).

Dit eerste hoofdstuk bespreekt de doelgroep van het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen. We bespreken de omvang en de evolutie hiervan, relevante persoonskenmerken, de complexiteit die achter de term 'zieke' leerlingen schuilt en een vergelijking van de omvang van de doelgroep met het gebruik van de maatregelen voor zieke leerlingen.

2.1. Omvang

Het aandeel leerlingen dat 'langdurig ziek' is (geoperationaliseerd als afwezig gedurende een of meerdere periode(s) van meer dan 15 schooldagen achtereen met een medisch attest), betreft voor het lager onderwijs⁸ in referentieschooljaar 2018-2019 0.3% (1 402) van de totale populatie leerlingen. Dit aandeel ligt hoger voor de leerlingen secundair onderwijs: 1.46% (6 786).

Het aandeel leerlingen dat 'vaak afwezig' is, maar niet per se in een aansluitende periode (geoperationaliseerd als afwezig tijdens meer dan 10%⁹ van de schooldagen met een medisch attest), betreft in het referentiejaar voor het basisonderwijs 1.9% (8 715) en voor het secundair onderwijs 7% (32 402). Hierbij is het interessant te kijken naar de verschillen in hoeveelheid van dagen. De meeste leerlingen uit de groep vaak afwezig zijn 10-25% van de schooldagen afwezig: voor basisonderwijs 1.62% (7 557) van de leerlingen en voor secundair onderwijs 5.61% (25 987). Dit aandeel slinkt verder in de daaropvolgende categorieën maar blijft steeds groter in secundair onderwijs t.o.v. Basisonderwijs.

Tabel 8: Verdeling aandeel leerlingen dat een bepaalde hoeveelheid schooldagen afwezig was met medisch attest 2018-2019

% schooldagen afwezig schooljaar 2018-2019	KLO	BaO	SO
0-10% v.d. schooldagen	99,88%	98,13%	93,01%
10-25% v.d. schooldagen	0,099% (262)	1,62% (7 557)	5,61% (25 987)
25-50% v.d. schooldagen	0,008% (22)	0,15% (703)	0,82% (3 813)
50-75% v.d. schooldagen	0,003% (8)	0,04% (210)	0,29% (1 335)
75-100% v.d. schooldagen	0,003% (8)	0,05% (245)	0,27% (1 267)

⁸ Als we over basisonderwijs spreken bedoelen we steeds het lager onderwijs (1e t.e.m. 6e leerjaar). Wanneer we toch kleuteronderwijs meenemen, vermelden we dit expliciet. Voor de data van kleuters was 0.01% (300) van de totale populatie langdurig ziek, maar daar is sprake van onderrapportering.

⁹ In referentiejaar 2018-2019 gaat het om minimum 18 schooldagen afwezig met medisch attest



In onze analyses bakenen we de totale 'populatie zieke leerlingen' dus af met een combinatie van de criteria die we hierboven toelichtten (leerlingen die méér dan 15 schooldagen achtereen én leerlingen die meer dan 10% van de schooldagen afwezig waren met medisch attest). In 2018-2019 bedroeg deze doelgroep:

- ▶ voor basisonderwijs 1.87% van het aantal leerlingen (8 732)
- ▶ voor secundair onderwijs 7% van het aantal leerlingen (32 452)

Als we, theoretisch, het aantal scholen vergelijken met het aantal leerlingen in deze populatie, kunnen we stellen dat verhoudingsgewijs secundaire scholen (t.o.v. lagere scholen) gemiddeld vaker in contact kunnen komen met een leerling uit de doelgroep. Scholen buitengewoon onderwijs kunnen eveneens gemiddeld vaker in contact komen met de doelgroep (t.o.v. gewone scholen). Let wel, dit zegt niets over de reële spreiding van de leerlingen over de scholen.

"We komen nog altijd scholen tegen die voor het eerst leerlingen met specifieke aandoeningen hebben."
(Consulent Bednet)

Tabel 9: Aantal leerlingen uit de doelgroep ('18-'19) vergeleken met aantal scholen per niveau en soort ('20-'21)¹⁰

	BaO	SO
Gewoon onderwijs	2.8 lln/school	19.6 lln/school
Buitengewoon onderwijs	11 lln/school	30.8 lln/school

2.2. Evolutie in omvang

Hier bespreken we de evolutie in het aantal leerlingen dat in de doelgroep zit, zoals afgebakend in de huidige opdracht. In het basisonderwijs zien we een toename van 2016-2017 naar 2017-2018 met 18%, en erna in 2018-2019 is er een afname met 6%. In het secundair onderwijs stijgt het aantal zieke leerlingen tussen 2016-2017 en 2018-2019 (met 7% stijging het eerste en 1% het tweede jaar).

In 2019-2020, het schooljaar waarin de coronapandemie begon, zien we een sterke daling in het aantal leerlingen in onze afbakening van 'zieke' leerlingen (basisonderwijs: daling met 42%, secundair onderwijs: daling met 41%). Een hypothese om deze daling te verklaren betreft registratieproblemen ten gevolge van de maatregelen om de coronapandemie te bestrijden. In dit schooljaar zien we in het lager onderwijs wel een toename van het *aandeel* leerlingen dat een langere periode aaneensluitend afwezig was wegens ziekte (t.o.v. totale populatie leerlingen in Basisonderwijs).

In 2020-2021 is er weer een toename in het aantal zieke leerlingen.¹¹ Mogelijk zitten achter deze cijfers ook afwezigheden omwille van de coronapandemie die indirect gelinkt zijn aan ziekte, zoals afwezigheden omwille van quarantaine en leerlingen die tot een risicogroep behoren of een familielid hebben dat tot de risicogroep behoort (in dit schooljaar was het mogelijk om voor deze laatste reden TOAH aan te vragen). Voor het secundair onderwijs leidt dit tot een aantal dat nog steeds iets onder het aantal ligt van voor de coronapandemie (6.32%).

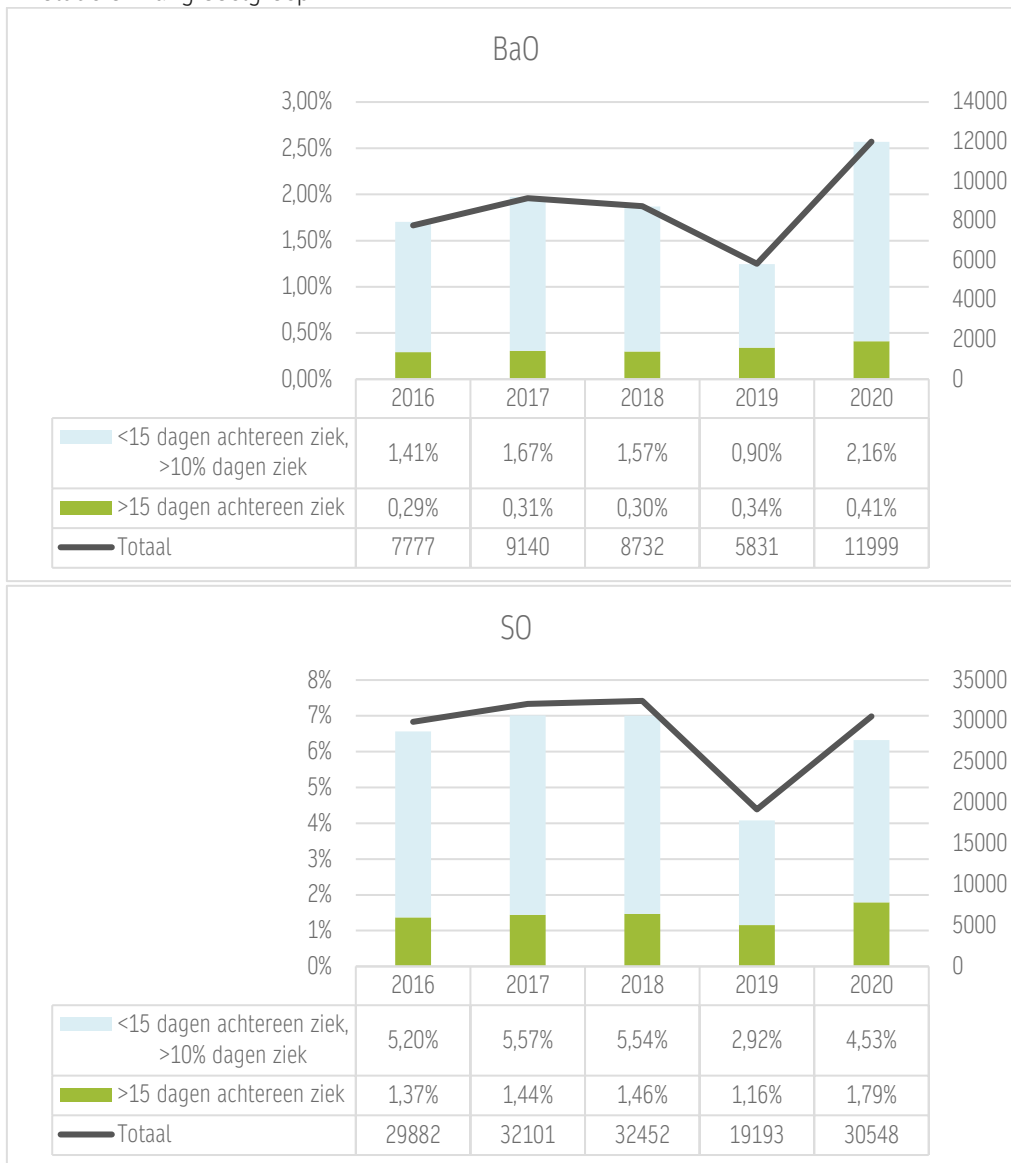
¹⁰ Scholen ('20-'21): BaO 2325, BuBaO 192, Leerlingen ('18-'19): BaO 6592, BuBaO 2 140; scholen ('20-'21): SO 944, BuSO 129, leerlingen ('18-'19): SO 18 476, LLN BuSO 3976

¹¹ Sinds 2020 werd in het kader van de coronapandemie de doelgroep voor TOAH verruimd tot leerlingen die inwonen bij een risicopatiënt of zelf risicopatiënt zijn. De aantallen TOAH aanvragen die voor deze categorieën zijn geregistreerd (81 voor BaO en SO samen in 2020-2021) zijn te klein om de stijging te verklaren in de afgebakende doelgroep.



Voor Basisonderwijs stijgt het aantal 'zieke' leerlingen boven voorgaande jaren (tot 2.57% van de totale populatie). Het aandeel leerlingen dat een langere periode aaneensluitend afwezig was stijgt bovendien verder voor het basisonderwijs en stijgt ook boven niveau voor de coronapandemie aanving voor het secundair onderwijs.

Figuur 3: Evolutie omvang doelgroep



2.3. Profielkenmerken

Hieronder beschrijven we de doelgroep zoals we deze afbakenen verder aan de hand van enkele relevante kenmerken: persoonskenmerken en kenmerken i.v.m. het gevolgde onderwijs. We vergelijken de kenmerken met deze van de gehele populatie van leerlingen.

GESLACHT.¹² Het aandeel jongens in de doelgroep binnen het basisonderwijs is hoger dan het aandeel jongens binnen de totale populatie basisonderwijs (bovendien is het aandeel jongens toegenomen tot 55% in 2020-2021).

¹² Wanneer we in dit rapport over geslacht spreken, volgen we de binaire manier waarop dit o.a. manier waarop dit geregistreerd wordt. Deze man/vrouw opdeling geeft geen inzicht in de aanwezige andere genderidentiteiten.



In secundair onderwijs is er een omgekeerd fenomeen, waarbij er verhoudingsgewijs meer meisjes in de doelgroep zitten t.o.v. de totale populatie (het aandeel meisjes is ook toegenomen tot bijna 54% in 2020-2021).

Tabel 10: Geslacht: aandeel vrouwen 2018-2019

Aandeel vrouw	
BaO ziek	47%
BaO	49%
SO ziek	52%
SO	49%

SOCIAAL ECONOMISCHE STATUS (SES). Leerlingen in de doelgroep hebben in verhouding vaker een moeder met een lage opleiding, ook het verkrijgen van schooltoelage komt vaker voor in de doelgroep t.o.v. in de totale populatie. Voor thuistaal zien we procentueel een kleiner verschil: voor basisonderwijs hebben leerlingen in de doelgroep iets meer Nederlands als thuistaal, in het secundair onderwijs hebben leerlingen in de doelgroep iets vaker géén Nederlands als thuistaal t.o.v. de totale populatie.

Tabel 11: Drie indicatoren van sociaal economische status 2018-2019

	Lage opleiding moeder	Schooltoelage	Thuistaal geen NL
BaO ziek	33%	44%	20%
BaO	21%	28%	21%
SO ziek	36%	47%	19%
SO	23%	31%	17%

WOONPLAATS. Er is een structureel verschil tussen een aantal provincies wat betreft het aandeel leerlingen dat tot doelgroep behoort. Limburg heeft verhoudingsgewijs meer geregistreerde zieke leerlingen. Ook Antwerpen scoort relatief hoog.¹³ Deze verschillen tussen provincies dienen verder onderzocht te worden om te begrijpen wat de verklarende factoren zijn (bv. armoede, vervuiling, manier van registreren, ...).

Tabel 12: Aandeel lln. uit doelgroep op totaal aantal lln. in elke provincie 2018-2019¹⁴

	BaO	BaO ziek	Aandeel BaO	SO	SO ziek	Aandeel SO
Antwerpen	132 552	2 736	2,06%	129 352	10 607	8,20%
Oost-Vlaanderen	105 451	2 116	2,01%	105 293	7 140	6,78%
Limburg	58 082	1 311	2,26%	58 854	4 666	7,93%
Vlaams-Brabant	70 717	1 183	1,67%	69 591	4 126	5,93%
West-Vlaanderen	75 729	992	1,31%	77 764	4 363	5,61%

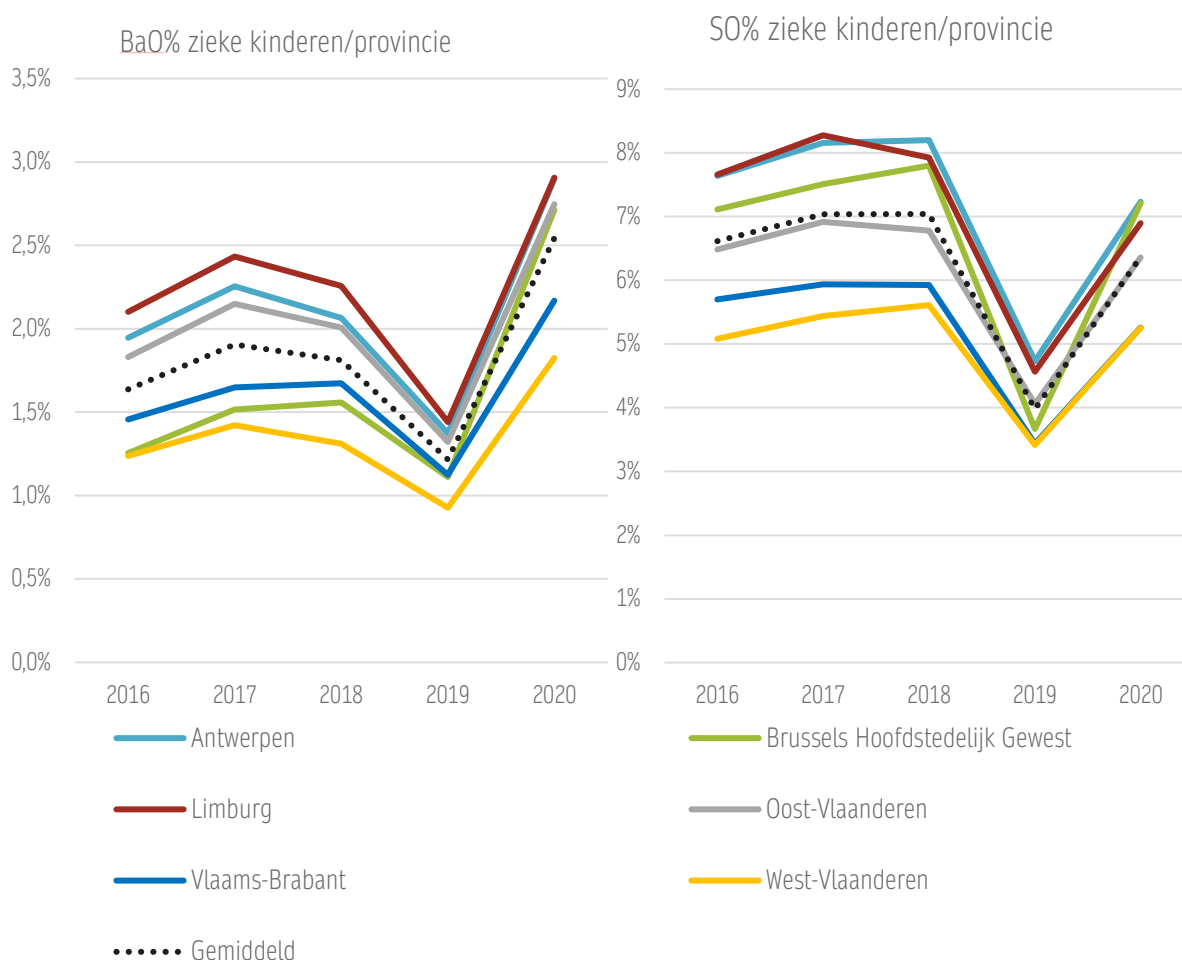
¹³ Aantal leerlingen in Brussel zijn wegens de focus op Vlaanderen beperkt, dus deze cijfers moeten met meer voorbehoud beschouwd worden.

¹⁴ *Noot.* Woonplaats onbekend zijn hier niet gerapporteerd (dus aantal leerlingen zitten hier niet in). De absolute aantallen voor Brussel zijn beperkt.



Brussel	18 669	291	1,56%	14 129	1 102	7,80%
---------	--------	-----	-------	--------	-------	-------

Figuur 4. Aandeel lln. in doelgroep t.o.v. aantal lln. per provincie vs. gemiddeld aandeel leerlingen in doelgroep 2018-2019



Noot: Woonplaats onbekend zijn hier niet gerapporteerd (dus aantal leerlingen zitten hier niet in).

INDICATIE SCHOOLSE VOORTGANG. Er is geen eenvoudige vergelijkbare manier waarop schoolse vertraging wordt geregistreerd overheen de verschillende richtingen en schooljaren. Door de complexiteit die achter deze registratie schuilgaat (en veel ontbrekende informatie), kunnen de beschikbare gegevens, zoals in onderstaande tabel, louter als een indicatie beschouwd worden. Met de nodige voorzichtigheid, kunnen we zien dat, op basis van deze gegevens, de groep zieke leerlingen vaker kampt met schoolse vertraging.

Tabel 13. Schoolse resultaten

	BaO ziek	BaO	SO ziek*	SO
Zitten blijven	4%	2%	9%	4%
Overgaan	48%	73%	48%	72%
(blank)	48%	25%	43%	24%

ONGEWETTIGDE AFWEZIGHEID. De cijfers tonen een samenhang tussen afwezigheid wegens ziekte en ongewettigde afwezigheid: het *gemiddeld* aantal dagen dat een leerling ongewettigd afwezig is, ligt hoger in de groepen van leerlingen die meer dagen afwezig zijn wegens ziekte. Dit is meer uitgesproken in het secundair onderwijs. Toch moeten we voorzichtig zijn met conclusies, er is namelijk sprake van een grote variatie. Wat we kunnen concluderen is dat sommige leerlingen die een groot aantal dagen afwezig zijn wegens ziekte (10-50% van de schooldagen), ook een groter dan gemiddeld aantal dagen ongewettigd afwezig zijn. Het kan liggen aan eerder administratieve aspecten (bv. minder nauw omspringen met medische attesten als leerlingen lang afwezig zijn), aan andere achterliggende factoren (bv. schoolmoeheid, gezinssituatie), ... Om de achterliggende verbanden te begrijpen, is er nood aan verder onderzoek, o.a. op micro-niveau.

Tabel 14: Ongewettigde afwezigheden Discimus

Schooldagen afwezig wegens ziekte	Gem. aantal dagen ongewettigd afwezig	Stdev	min	max	Aantal leerlingen
BaO					
0%	0,7	6,5	0	180	103 813
0%-10%	0,9	3,5	0	175	354 531
10%-25%	3,9	8,1	0	96	7 557
25%-50%	3,6	8,4	0	79	703
50%-75%	2,6	11,7	0	147	210
75%-100%	0,4	2,4	0	20	245
SO					
0%	1,9	8,8	0	177	82 432
0%-10%	2,8	7,5	0	172	342 664
10%-25%	8,4	13,1	0	153	25 539
25%-50%	10,4	16,4	0	123	3 664
50%-75%	6,9	12,4	0	91	1 300
75%-100%	1,8	5,1	0	54	1 255



Data ongewettigde afwezigen

De gevens over ongewettigd afwezigen zijn via Agodi verkregen als geaggregeerde data, gelinkt aan het aantal dagen afwezig wegens ziekte. Ongewettigde afwezigheden worden, net zoals afwezigheden met medisch attest, geregistreerd door de scholen voor elke leerling en bijgehouden in database Discimus (B-codes).



BUITENGEWOON ONDERWIJS. Er is een oververtegenwoordiging leerlingen buitengewoon onderwijs in de doelgroep (t.o.v. de totale leerlingenpopulatie).

Tabel 15: Aandeel leerlingen buitengewoon onderwijs 2018-2019

Buitengewoon	
BaO ziek	25% (2 140)
BaO	5,31%
SO ziek	12% (3 584)
SO	4,43%

Bovendien neemt de prevalentie van leerlingen BuO toe bij groepen van leerlingen die een groter deel van de schooldagen afwezig zijn op een schooljaar wegens ziekte. Dit is het geval voor het secundair onderwijs, maar nog sterker voor het basisonderwijs. Bij de groep van leerlingen die meer dan 75% van de schooldagen afwezig was wegens ziekte, zien we dat hier ongeveer 72% in BuBaO was ingeschreven.

Tabel 16: Aandeel leerlingen BuO per % schooldagen afwezig 2018-2019

Aantal % van schooldagen afwezig via ziekte	Aandeel buitengewoon	
	BuBaO	BuSO
10-25%	20,44%	8,64%
25-50%	43,81%	18,54%
50-75%	51,43%	30,79%
75-100%	72,24%	47,2%

Vergeleken met de verdeling van de totale populatie van buitengewoon basisonderwijs, zitten er in de doelgroep meer leerlingen buitengewoon basisonderwijs in type 2 (verstandelijke beperking) en in type 4 (motorische beperking). Ook zitten er in de doelgroep verhoudingsgewijs meer leerlingen buitengewoon secundair onderwijs in type 3 (emotionele of gedragsstoornis). Dit wijst erop dat verhoudingsgewijs méér leerlingen in deze types afwezig zijn met een medisch attest.

Vergeleken met de verdeling van de totale populatie buitengewoon onderwijs zitten er in de doelgroep minder leerlingen buitengewoon basisonderwijs en buitengewoon secundair onderwijs in type BA (specifieke onderwijsbehoeften, redelijke aanpassingen niet haalbaar in het gewoon onderwijs). Dit wijst erop dat vergeleken met de andere types, minder leerlingen BA vaak/lang afwezig zijn met een medisch attest.

Tabel 17: Verdeling BuO per type voor doelgroep & algemene populatie 2018-2019

	BuBaO ziek	BuBaO	BuSO ziek	BuSO
Type 1	3,97%	5,68%	8,25%	9,38%
Type 2	23,60%	14,95%	24,82%	26,76%
Type 3	7,85%	7,00%	12,50%	8,38%
Type 4	10,05%	4,24%	7,82%	6,86%
Type 6	0,61%	0,46%	1,94%	1,21%
Type 7	3,50%	4,68%	1,69%	2,06%



Type 8	6,50%	7,80%		
Type 9	16,31%	17,42%	23,84%	21,33%
Type BA	27,62%	37,79%	19,14%	24,02%

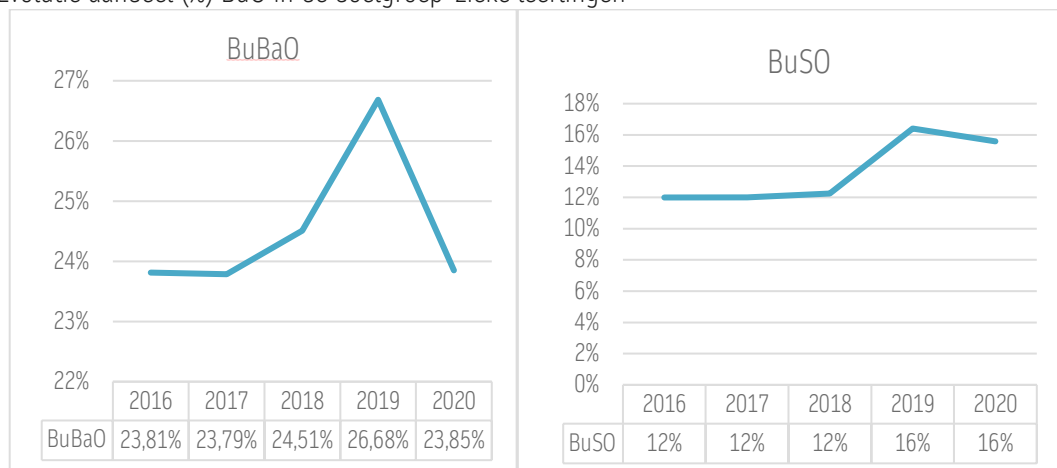
We bekijken ook de evolutie over de schooljaren heen. In 2019-2020 is er een stijging in het aandeel buitengewoon onderwijs binnen de doelgroep zieke leerlingen. In dit schooljaar is er echter een afname in het totale aantal zieke leerlingen o.m. wegens registratieproblemen tijdens de coronapandemie. De daling in buitengewoon lijkt kleiner dan die in gewoon onderwijs (de percentuele daling tussen 2018-2019 en 2019-2020 is 27.3%, voor buitengewoon basisonderwijs en 35% voor basisonderwijs, 21% voor buitengewoon secundair onderwijs en 43.5% voor secundair onderwijs. Het zou kunnen dat de registratieproblemen een grotere impact hebben in het gewoon dan in het buitengewoon onderwijs of dat leerlingen een medisch attest geven wegens ziekte meer een standaardpraktijk is in het buitengewoon basisonderwijs dan in het gewoon onderwijs. In 2020-2021 zien we dat het aandeel buitengewoon basisonderwijs inderdaad terug daalt naar het originele niveau. Het aandeel leerlingen in buitengewoon secundair onderwijs blijft echter op dezelfde hoogte, er lijkt dus sprake van een reële stijging daar.



Figuur 5. Evolutie aantal leerlingen in doelgroep per soort onderwijs



Figuur 6. Evolutie aandeel (%) BuO in de doelgroep 'zieke leerlingen'



Wat de evolutie in types betreft, zien we dat deze grosso modo gelijk lopen met de evoluties in de algemene populatie. Zo is er een stijging waarneembaar in de doelgroep voor Type 9 en Type BA, eveneens is er een stijgende trend in Type 2 (voor BuSO is er deze stijging ondanks dat er geen sterke evolutie was in de algemene populatie).

Figuur 7. Evolutie Type BuO als aandeel van de groep van zieke leerlingen



Als we deze profielkenmerken van de populatie zieke leerlingen vergelijken met de kenmerken van de respondenten van onze vragenlijsten, stellen we vast dat onze online bevraging niet representatief is: er is een ondervertegenwoordiging van het buitengewoon onderwijs. Dit dient in rekening te worden gebracht bij de interpretatie van de resultaten.

AANDOENINGEN

Er is geen overzicht beschikbaar over hoeveel kinderen en jongeren in Vlaanderen met specifieke aandoeningen kampen, moeten revalideren, ... Er is bijgevolg ook geen geïntegreerd beeld over welke aandoeningen in welke mate voorkomen bij leerlingen.

In de interviews wordt door diverse actoren aangegeven dat er een toename is van leerlingen met een psychische kwetsbaarheid (bijvoorbeeld in de ziekenhuizen ziet men een toename aan anorexia en SOLK¹⁵ problematieken). Het is moeilijk om te verifiëren in welke mate er een effectieve toename is en in welke mate er betere detectie is van bepaalde problemen.

¹⁵ Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten

Een multidimensionele kijk op psychische aandoeningen en mentaal welzijn

Het duale factormodel van de Wereld Gezondheidsorganisatie definieert mentale gezondheid als een staat die zowel de afwezigheid van mentale ziektes inhoudt als een hoog subjectief welzijn. Het gaat dus breder dan louter over de aan-of afwezigheid van psychopathologieën, een manier waarop men klassiek keek naar mentale gezondheid. De twee elementen dienen beschouwd te worden als aparte continuïms, die weliswaar correleren. Wanneer deze twee concepten op 2 assen staan, worden 4 mogelijke "statussen" onderscheiden, zoals weergegeven in onderstaand model. Deze blik helpt het denken over psychologisch welzijn te verbreden en minder te denken in termen van 'ziek' of 'gezond'.

Figuur 8. Duaal factormodel mentale gezondheid



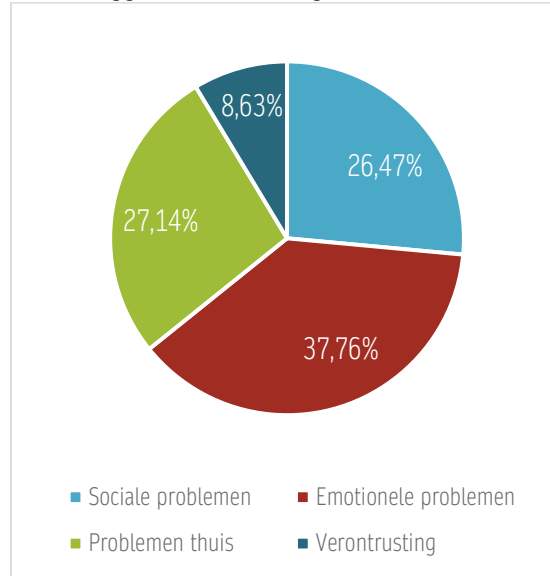
Bron: Wang, X., Zhang, D., & Wang, J. (2011). Dual-factor model of mental health: Surpass the traditional mental health model. *Psychology*, 2(08), 767.

Een aantal geïnterviewden gaven aan dat de toenemende trend in psychische problemen zich al had ingezet voor corona, maar op sommige klachten heeft de coronapandemie naar alle waarschijnlijkheid toch een triggerende rol gespeeld (chronische hoofdpijn, buikklasten, anorexia).

Het jaarverslag van het CLB 2020-2021, geeft wel een inzicht in problemen i.v.m. het psychosociaal functioneren van leerlingen waar het CLB mee in contact komt.¹⁶ In 2020-2021 kreeg de vraaggestuurde werking van het CLB rond psychosociaal functioneren de meeste vragen over gedragsproblemen (38%), gevolgd door problemen thuis (27%), emotionele problemen (26.5%) en verontrustende thuissituaties (8.5%).

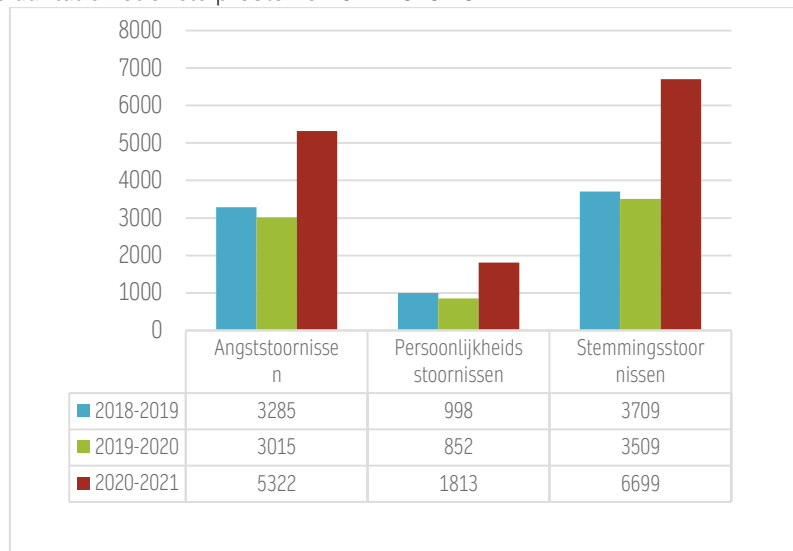
¹⁶ [ISC jaarverslag CLB 2020-2021 definitief.pdf \(g-o.be\)](#)

Figuur 9. Psychosociale problemen vraaggestuurde werking CLB 2020-2021



Men ervaart een toename in het aantal emotionele problemen. Deze cijfers tonen volgens het CLB de impact van de coronacrisis op het welbevinden van kinderen en jongeren. De stijging in het aantal emotionele problemen worden verder uitgesplitst in 3 types: het gaat om een stijging van angstproblemen, stemmingsproblemen en persoonlijkheidsproblemen. Voor angstproblemen is er een stijging van 3 015 leerlingen naar 5 322 leerlingen. Ook persoonlijkheidsproblemen zijn toegenomen, van 852 naar 1 813 leerlingen. Wat stemmingsproblemen betreft, is er eveneens een stijging, van 3 509 naar 6 699 leerlingen. Hieronder valt een toename van het aantal leerlingen dat depressieve gedachten heeft. Ook is er een stijging in het aantal zelfverwondingen en zelfdoding.

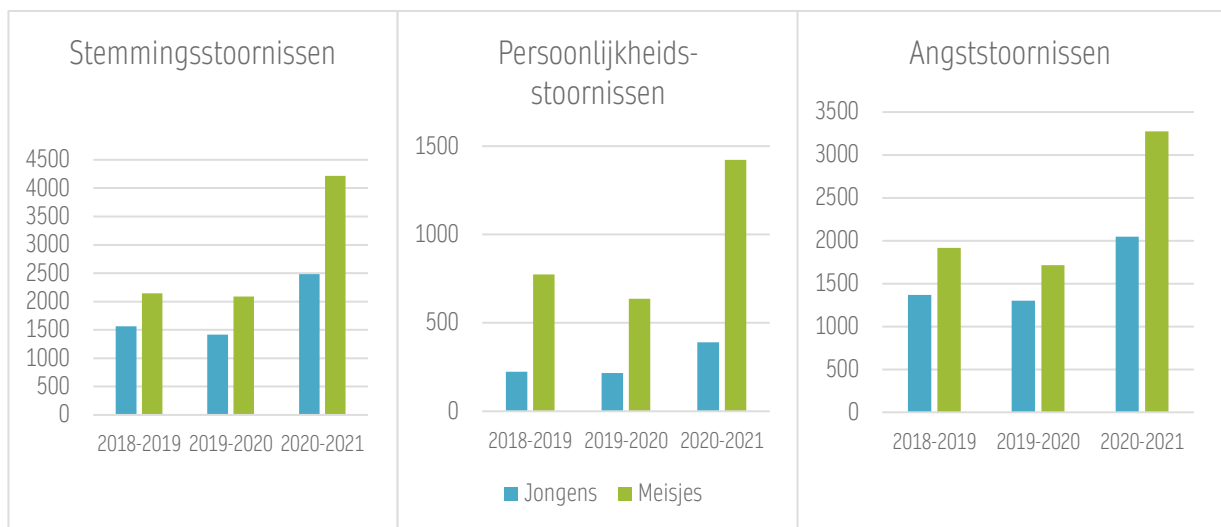
Figuur 10. Evolutie aantal emotionele problemen CLB 2020-2021



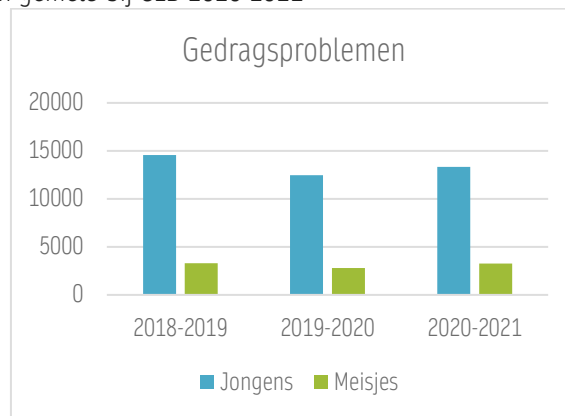
Verhoudingsgewijs kampen meer meisjes met emotionele problemen en het aandeel meisjes binnen deze groep is sterk toegenomen in 2020-2021. Voor gedragsproblemen is het aandeel jongens groter, maar de verhouding blijft de laatste jaren min of meer constant (13 325 jongens vs. 3 251 meisjes in 2020-2021). Uit de cijfers van het CLB blijkt in het algemeen geen toename in het aantal vragen rond leerlingen met gedragsproblemen.



Figuur 11.. Emotionele problemen gemeld bij CLB per type en geslacht 2020-2021



Figuur 12. Gedragsproblemen gemeld bij CLB 2020-2021



2.4. Breder dan 'ziek'

In de 'maatregelen voor zieke leerlingen', kan de vraag gesteld worden of 'ziek' wel de juiste terminologie is. Onder de leerlingen die voor langere tijd of regelmatig een medisch attest hebben, vallen namelijk ook andere zaken dan wat we gewoonlijk onder de term 'ziek' zouden verstaan. Toch hanteren we in de rest van het rapport de term 'ziek', maar het is dus belangrijk bewust te blijven van het feit dat er heel wat andere zaken achter de afwezigheid op school schuilen.

Binnen de doelgroep leerlingen die lang/regelmatig uitvallen, ziet men ook leerlingen met psychiatrische aandoeningen of gedragsproblemen (bv. ten gevolge van bepaalde vormen van autismespectrumstoornis). De aandoening of het gedragsprobleem op zich is niet steeds de reden dat de leerling niet meer naar school gaat, maar het zijn de gevolgen ervan (bv. depressie) en/of de gevolgen van moeten functioneren in een niet aangepaste context. In sommige gevallen wordt er ook gekozen voor een medisch attest omdat er nog geen plaats is in aangepast (BuO) onderwijs en het kind in tussentijd niet naar een andere school kan gaan.

“... niet door een specifieke psychiatrische achtergrond maar eerder als gevolgen hiervan. Zo is er is vaak dan ook een schoolmoeheid. Het is dan een gevolg van een onderliggende aandoening.”
(zorgcoördinatoren/leerlingbegeleiders BuO)

“ASS-problematieken zorgen er inderdaad voor dat er heel veel deeltijdse roosters worden gevraagd omdat de **stres en overprikkeling niet meer haalbaar is**” (zorgcoördinatoren/leerlingbegeleiders)

Soms krijgen leerlingen die niet ziek zijn een medisch attest omdat het bestaande reguliere onderwijsaanbod om diverse redenen niet gepast kan inspelen op de noden van de leerling. Het gebeurt dat men in deze gevallen een oplossing zoekt via het inzetten van TOAH. Soms krijgt een kind een medisch attest op vraag van de thuishoofschool omdat de school de problematiek van het kind niet kan opvangen. Dit laatste lijkt zich voornamelijk te situeren in het buitengewoon onderwijs.

“Recent enkele gevallen waar kind met een beperking en met attest type 3 (gedragsproblematiek), waar ouders door school BuO gevraagd werden om voor de **rest van het schooljaar**, en voor **volgend schooljaar** een **ziektebriefje te vragen aan de huisarts**.” (kinderrechtencommissariaat)

“Door de **schooldruk** gaat het welbevinden onderuit. We hebben stappen naar **aangepaste deelse programma's** (ze missen vaak één dag in de week en gaan dan naar een zorgboerderij bijvoorbeeld). In principe gaat het over 20 van de 100 leerlingen. In de meeste gevallen gaan we naar een **halftijds programma met onderwijs aan huis**.” (zorgcoördinator/leerlingenbegeleider BuO)

“Maar we zien wel een evolutie dat **huisartsen** meer **creatief** omgaan met het **voorschrijven** van attesten. Er is ook een groot **onderscheid** als het om ziektebeelden gaat die **fysisch zijn of psychisch**. Meer en meer wordt **onderwijs aan huis** door huisartsen en CLB ingeschakeld als een soort **alternatief** voor doeleinden waar het **oorspronkelijk nooit de bedoeling** was.” (ondersteuningsnetwerken)

Soms wordt de legitimiteit van een medisch attest in vraag gesteld, bv. door betrokkenen vanuit de thuishoofschool.

“Ik kan twee voorbeelden geven van kinderen die de laatste 4 jaar **niet graag naar school** komen en dan **thuisblijven om te gamen**. En die dan om één of andere regel onder **tijdelijk onderwijs aan huis** vallen om het **onderwijsgemis op te vangen**.” (pedagogisch directeur BO)

Tijdens de coronapandemie, bleven leerlingen met een onderliggende aandoeningen ook vaker thuis. Bovendien konden leerlingen ook gewettigd afwezig zijn en in schooljaar 2020-2021 TOAH volgen als een familielid tot een risicogroep behoorde. Verder vallen ook tienermoeders onder de doelgroep.

Soms spelen er ook andere factoren, zoals een complexe thuissituatie een rol, die ervoor kan zorgen dat een arts beslist (of overtuigd wordt) een kind toe te laten om thuis te blijven.

“Een **chronisch ziek kind** dat amper op school komt waarbij de **ouders een heel medisch verhaal** vertellen. Maar **blijkt dat het ook een complexe thuissituatie is**.” (CLB)

Ten slotte is het omgekeerd ook zo dat er zogenaamde 'zieke' leerlingen zijn die niet geregistreerd zijn als afwezig met medisch attest, bv. omdat ze een aangepast traject krijgen op school. We hebben geen zicht op het aantal leerlingen in dergelijke situaties.

2.5. Bereik van de maatregelen

Voor de huidige studie verzamelden we ook cijfers over hoeveel leerlingen per maatregel bereikt worden. Hier moeten we alvast de kanttekening bij plaatsen dat deze cijfers bepaalde beperkingen bevatten doordat ze



momenteel niet centraal verzameld worden en dus niet op dezelfde manier geregistreerd worden (details over deze cijfers worden toegelicht in de groene boxen bij de maatregelen zelf). Bovendien beschikken we ook niet over een overzicht van hoe vaak maatregelen gecombineerd worden. Het gaat dus over een indicatie, niet over exact correcte gegevens.

Als we het aantal bereikte leerling per maatregel vergelijken, zien we dat ziekenhuisonderwijs het meeste leerlingen bereikt. Vervolgens zijn er de TOAH aanvragen, de leerlingen die opgenomen zijn in k-diensten die financiering ontvangen als DMOB, gevolgd door Bednet-begeleidingen. Ten slotte zijn er de begeleidingen door vrijwilligersorganisatie School & Ziekzijn.

Tabel 18: Verzamelde gegevens bereik: aantal leerlingen per maatregel

	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021
Ziekenhuisschool	/	6 175	6 076	6 952	/
TOAH aanvragen	1 898	2 173	2 382	2 359	3 024
DMOB	867 ^a	879 ^a	899 ^a	924 ^a	/
Bednet	506	722	799	708	1 161
School & Ziekzijn	291	311	300 ^a	364 ^a	222 ^a

Noot ^a. Deze aantallen werden per kalenderjaar geregistreerd, we hebben ze ruw omgezet naar schooljaar door twee jaren te delen door twee en dit op te tellen

De huidige beschikbare cijfers geven ook geen zicht op hoeveel leerlingen *nood* hebben aan één of meerdere maatregelen, maar hier geen aanspraak op maken. Afwezigheid wegens ziekte betekent niet automatisch dat er een nood is, maar ook het omgekeerde is waar: achter een kind dat aanwezig is of ongewettigd afwezig is kan er wel een nood schuilgaan aan extra of andere onderwijsondersteuning.

We kunnen de (soms indicatieve) cijfers over voor hoeveel leerlingen elk van de maatregelen wordt ingezet per schooljaar vergelijken met verschillende populaties van zieke leerlingen. Het gaat hier om een vergelijking met de grootte van een groep, zonder te weten of het inderdaad leerlingen uit die groep zijn die gebruik maken van de maatregel. Het houdt dus ook geen rekening met dat sommige leerlingen maatregelen combineren, noch met de duurtijd van het gebruik.

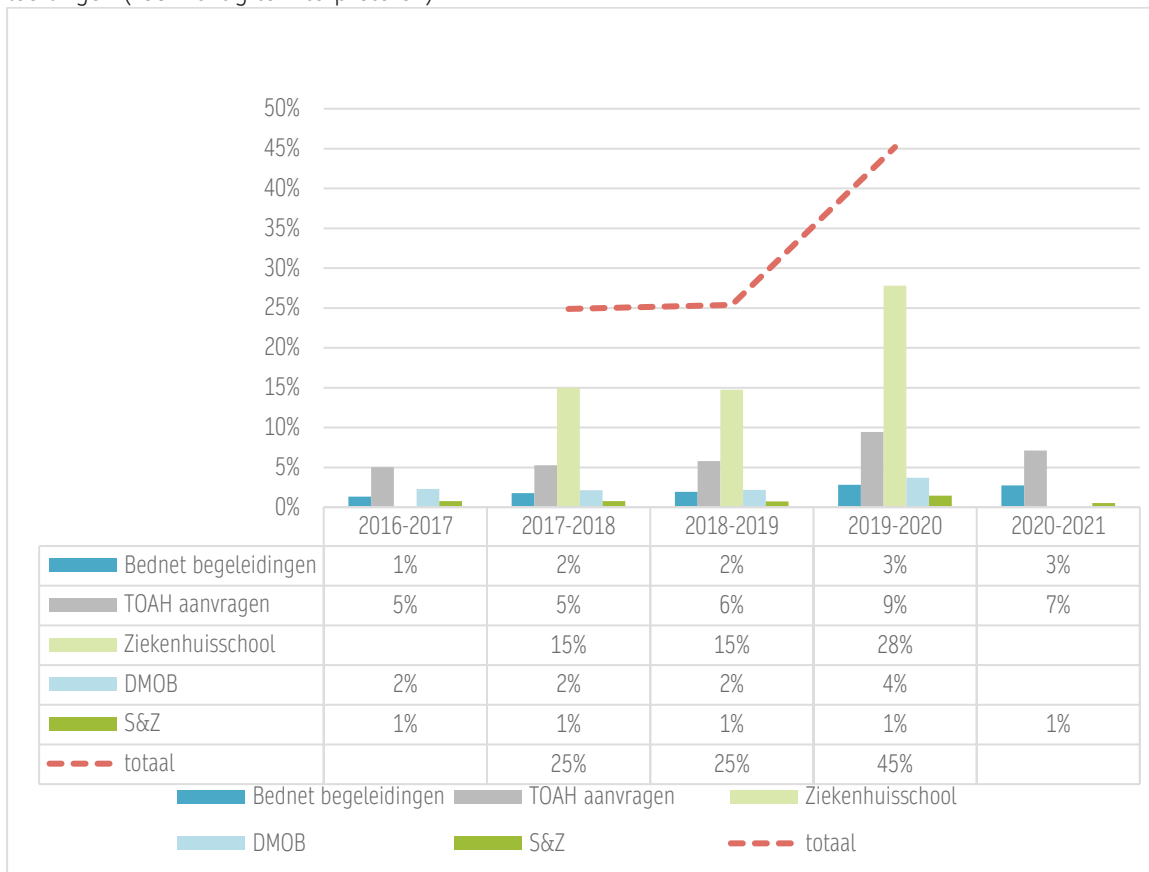
In de eerste grafiek hieronder vergelijken we het aantal leerlingen dat gebruik maakte van de maatregelen met de grootte van de doelgroep die we voor deze studie afbakenden als ziek binnen de Discimus data (>10% van de schooldagen afwezig met een medisch attest – niet per se achtereenvolgend - en/of >15 schooldagen achtereenvolgend afwezig met een medisch attest). Als we er eenvoudigweg van uitgaan dat al deze leerlingen nood hebben aan het gebruik van een maatregel, kunnen we spreken van een onderbenutting waarbij in 2018-2019 minimum drie kwart van de leerlingen uit de afgebakende groep van 'langdurig en chronisch zieke leerlingen' géén gebruik gemaakt hebben van de maatregelen. Dit lijkt een grote groep. Toch moeten we voorzichtig zijn met het interpreteren van dit aandeel. Een simplistische interpretatie gaat voorbij aan alle diverse verhalen uit de afgebakende doelgroep: we hebben geen informatie over aangepaste trajecten in het kader van het zorgbeleid van de scholen, we weten niet hoeveel leerlingen wel of niet nood hadden aan extra ondersteuning (bv. het aandeel voor wie het niet mogelijk of wenselijk was om les te volgen wegens medische/psychologische redenen, leerlingen die voldoende in staat waren zelfstandig te leren, leerlingen die elders ondersteuning vonden, ...).

In de tweede grafiek vergelijken we het aantal leerlingen per maatregel met de 'langdurig zieke leerlingen', dit (i.e. zij die meer dan 15 schooldagen achtereenvolgend afwezig waren met een medisch attest). Als we dit als basis nemen en voor deze doelgroep, lijkt er minder aanleiding voor bezorgdheid. In 2018-2019 was de verhouding tussen het aantal keren dat een maatregel werd ingezet t.o.v. de groep van afwezigen voor langer dan 15 schooldagen achter elkaar namelijk 128% (in andere woorden: het aantal keer dat 'een leerling' gebruikt maakt van een maatregel, was 28% groter dan de hoeveelheid leerlingen die meer dan 15 schooldagen achtereenvolgend afwezig waren.) Ook dit



cijfer dient voorzichtig geïnterpreteerd te worden. Het kan het resultaat zijn van wat we verder in dit rapport beschrijven, dat het gebruik van combinaties van maatregelen een courante praktijk is. Maar tegelijk ook van het feit dat de referentiegroep hier te klein is: hier ontbreken nl. de leerlingen die regelmatig een paar dagen afwezig zijn (maar nooit 3 weken achtereen) en wel nood hebben aan onderwijsondersteuning.

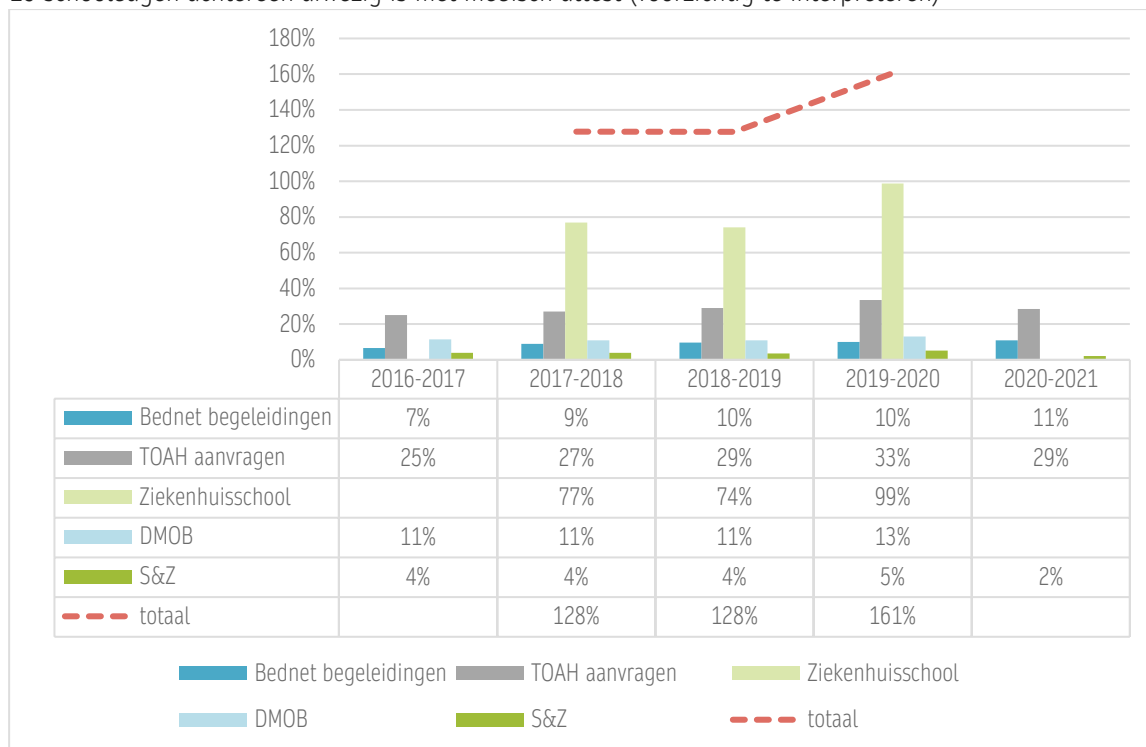
Figuur 13. Beschikbare cijfers over gebruik maatregelen in verhouding met de afgebakende populatie van 'zieke' leerlingen (voorzichtig te interpreteren)



Noot: Het totaal wordt niet weergegeven voor 2016-2017 en 2020-2021 omdat we niet over alle cijfers beschikken voor deze schooljaren.



Figuur 14. Beschikbare cijfers over gebruik maatregelen in verhouding met het aantal leerlingen dat langer dan 15 schooldagen achtereen afwezig is met medisch attest (voorzichtig te interpreteren)



Nota. Het totaal wordt niet weergegeven voor 2016-2017 en 2020-2021 omdat we niet over alle cijfers beschikken voor deze schooljaren.

2.6. Conclusie

Op basis van de inzichten uit dit hoofdstuk, kunnen we een antwoord formuleren op volgende evaluatievragen:

Wat is de omvang van de doelgroep van langdurig en chronisch zieke leerlingen, wat is hun profiel, en welke patronen en evoluties kunnen daarin worden vastgesteld?

Het aandeel leerlingen dat lang en/of regelmatig afwezig is met een medisch attest is een kleine groep. Het aandeel dat tot de groep behoort, ligt lager in het lager onderwijs¹⁷ (2018-2019: 1.9%, 8 732) dan in het secundair onderwijs (2018-2019: 7%, 32 452). In 2019-2020 is er door registratieproblemen ten gevolge van corona een daling in het aantal zieke leerlingen. In 2020-2021 is er terug sprake van een toename van de doelgroep. In het basisonderwijs zijn er in dat schooljaar méér leerlingen in de doelgroep dan voor de coronapandemie (2.57%, 11 999), in het secundair neemt het aandeel ook toe, maar blijft het nog onder het niveau van voor de pandemie (6,32%, 30 548). Ook in dit schooljaar heeft de coronapandemie nog impact op de cijfers (cfr. quarantaines, leerlingen uit een risicogroep of met een familielid in een risicogroep, ...).

Als we de kenmerken van de doelgroep meer in detail analyseren, blijkt er in het lager onderwijs een oververtegenwoordiging van jongens in de doelgroep van zieke leerlingen. In het secundair is er daarentegen een oververtegenwoordiging van meisjes. Wat de SES-indicatoren betreft, is er een hogere prevalentie in de doelgroep van leerlingen met een moeder met een lagere opleiding en leerlingen waarvan de ouders recht hebben op een schooltoelage. Relatief meer leerlingen uit de provincies Limburg en Antwerpen behoren tot de doelgroep. Deze cijfers tonen aan dat er nood is aan verder onderzoek naar verklarende factoren en nodige

¹⁷ Omdat er geen leerplicht is voor kleuters, konden geregistreerde afwezigheden met medisch attest in het kleuteronderwijs zeer weinig voor. Het geeft geen indicatie over het aandeel kleuters dat werkelijk afwezig is om medische redenen. Bij de cijferanalyses over de doelgroep, bekijken we daarom enkel het lager onderwijs en het secundair onderwijs.

stappen met het oog op gelijke kansen en rechten voor elk kind. Ten slotte is in het buitengewoon onderwijs het aandeel zieke leerlingen groter dan in het gewoon onderwijs. Dit is een belangrijke bevinding, waar verder in dit rapport op wordt teruggekomen.

In de praktijk krijgen leerlingen om zeer uiteenlopende redenen een medisch attest voorgeschreven. Achter de term 'ziek' schuilt dus een breder spectrum aandoeningen, kwetsbaarheden, problemen en situaties dan men hier initieel onder verstaat (bv. psychiatrische aandoeningen en gedragsproblemen). Soms wordt gebruik gemaakt van een medisch attest omdat een kind niet meer kan functioneren in een schoolse omgeving (bv. psychologische problemen ten gevolge van een omgeving die niet afgestemd is op bepaalde noden van een kind, zoals kinderen met ASS) of omdat het gedrag van een leerling de school voor uitdagingen stelt (met name in het buitengewoon onderwijs blijkt dit te gebeuren). In sommige gevallen wordt dan gekeken naar TOAH als oplossing. Verder tonen de afwezigheidsregistraties dat sommige leerlingen die een groot aantal dagen afwezig zijn wegens ziekte, ook een groter dan gemiddeld aantal dagen ongewettigd afwezig zijn. Dit kan wijzen in de richting dat er naast (of in de plaats van) medische problemen, andere problematieken spelen (bv. schoolmoeheid). Redenen waarom leerlingen een medisch attest krijgen (of afwezig zijn in het algemeen) worden echter niet geregistreerd. Er zijn dus geen cijfergegevens over welke aandoeningen het gaat.

Het CLB registreert wel het type van vragen die ze binnenkrijgen. Daaruit leren we dat ze sinds 2018-2019 een stijging in het aantal leerlingen met emotionele problemen, voornamelijk bij meisjes ervaren. Dit is mogelijk een gevolg van corona. Gedragsproblemen komen, volgens hun registraties, vaker voor bij jongens.

Het in kaart brengen van de doelgroep, maakt duidelijk dat er nog heel wat uitdagingen zijn op vlak van beschikbare gegevens. Het aantal geregistreerde kinderen afwezig wegens ziekte werd bijvoorbeeld sterk beïnvloed door de coronapandemie. Het ontbreken van een link tussen de leerlingen ingeschreven in onderwijs en alle leerlingen die gebruik maken van de maatregelen, maakt het moeilijk om gebruik en noden te analyseren en te monitoren.

In welke mate worden bepaalde maatregelen ten aanzien van jongeren afwezig omwille van medische redenen meer/minder gebruikt?

De meest gebruikte maatregel is de ziekenhuisschool. Deze wordt gevolgd door de TOAH aanvragen, de leerlingen die opgenomen zijn in k-diensten die financiering ontvangen als DMOB, gevolgd door Bednetbegeleidingen. Ten slotte zijn er de begeleidingen door vrijwilligersorganisatie School & Ziekzijn.

Om het gebruik en de niet ingevulde noden goed op te kunnen volgen, is er nood aan een betere gecentraliseerde registratie. Leerlingen geregistreerd in Discimus kunnen niet direct gekoppeld worden aan alle maatregelen. Ook is er geen centrale en gestandaardiseerde manier waarop het gebruik van de maatregelen geregistreerd wordt.

Het is moeilijk om op basis van de beschikbare cijfers uitspraken te doen over het bereik van de maatregelen. Wanneer het aantal leerlingen dat meer dan 15 schooldagen achtereen afwezig is, afgezet wordt tegen de (indicatie van) het aantal leerlingen dat gebruik maakt van de maatregelen, zijn er geen indicaties dat er grote aantallen leerlingen zouden zijn die geen beroep doen op een maatregel. Als we de groep uitbreiden met ook leerlingen die meer dan 10% van de schooldagen binnen een schooljaar afwezig zijn met medisch attest, lijken er indicaties te zijn dat voor deze ruimere groep er wel sprake is van een grote meerderheid die geen gebruik maakt van de maatregelen. Let op: deze cijfers geven geen zicht of de afwezige leerlingen ook effectief overeenstemmen met zij die gebruik maken van de maatregelen. Er kunnen ook geen conclusies uit getrokken worden over de effectieve noden of aantallen leerlingen die in de praktijk te weinig of niet gebruik maken van maatregelen.



3 / Maatregelen binnen het zorgbeleid van de thuischool

De thuischool van een leerling speelt een cruciale rol in de organisatie van een gepast onderwijsaanbod voor zieke leerlingen, niet in het minst omdat de school waar de leerling is ingeschreven verantwoordelijk blijft voor de evaluatie van de leerling en het uitreiken van studiebewijzen.

Volgens het decreet leerlingenbegeleiding¹⁸ zijn scholen vereist een kwaliteitsvol, geïntegreerd beleid rond leerlingenbegeleiding te hebben. Zij voeren de regie. Leerlingenbegeleiding omvat 4 domeinen: de onderwijsloopbaan, leren en studeren, psychisch en sociaal functioneren en preventieve gezondheidszorg. Binnen de leerlingenbegeleiding is het zorgcontinuüm een cruciaal begrip. Er zijn 4 fasen:

Er wordt verwacht dat alle scholen handelingsgericht werken. Dit betekent dat de onderwijsbehoeften van de leerling centraal staan: de leerkracht vraagt zich af wat de leerling nodig heeft om doelen te bereiken. De school formuleert doelen en er wordt bekeken wat er nodig is om die doelen te bereiken. Er wordt systematisch, in stappen en transparant gewerkt. Samenwerken met leerlingen, leerkrachten, de school en de ouders is noodzakelijk.

- ▶ Fase 0: Basiszorg – krachtige leeromgeving – verantwoordelijkheid leerkrachten in klascontext
- ▶ Fase 1: Verhoogde zorg – rol zorgcoördinator en/of leerlingenbegeleider - remediëren, differentiëren, compenseren en dispensereren – CLB biedt multidisciplinaire ondersteuning op de tweede lijn, om samen met de school en leerling trajecten uit te tekenen en op te volgen
- ▶ Fase 2: Uitbreiding van zorg – CLB neemt regie over - inschakelen CLB en/ of andere partners uit welzijn, gezondheidszorg, ...
- ▶ Fase 3: Individueel aangepast curriculum

Ook het M-decreet en het decreet leersteun dat wordt ontwikkeld¹⁹, zijn belangrijke elementen in de decretale context. Ze beogen een maximale leerwinst en de optimale ontwikkeling van alle leerlingen, terwijl het allemaal haalbaar en doenbaar blijft voor de scholen. Het decreet leersteun zet in op de versterking van het gewoon onderwijs, de leersteun vanuit de ondersteuningsnetwerken en het buitengewoon onderwijs.

Langdurig en chronisch zieke leerlingen worden niet expliciet benoemd als doelgroep van beide decreten, maar uit dit onderzoek blijkt dat de maatregelen binnen het zorgbeleid van de thuischool, toch binnen die decretale context gesitueerd kunnen worden:

“Een van de redenen waarom M-decreet erdoor is gekomen: volgens VN-verdrag mag argument ‘draagkracht’ niet meer gebruikt worden om leerlingen te weigeren op school. Je moet **redelijke aanpassingen** voorzien. Zelfde argument zou kunnen gebruikt worden voor zieke leerlingen. **In algemene zin zijn onderwijs voor leerlingen met een beperking en voor zieke leerlingen gelijklopend**, maar in concrete zin (wat leerkracht moeten doen) wel anders: wat je moet doen voor zieke leerlingen, is anders dan wat er moet gebeuren voor redelijke aanpassingen voor leerlingen met een beperking.” (interview Kinderrechtencommissariaat)

In dit hoofdstuk bespreken we achtereenvolgens:

- ▶ De manier waarop onderwijs aan zieke leerlingen door een school wordt vormgegeven;
- ▶ De didactische praktijken die in die context worden ontwikkeld;

¹⁸ Decreet betreffende de leerlingenbegeleiding in het , het secundair onderwijs en de centra voor leerlingenbegeleiding (B.S. 25/06/2018)

¹⁹ Zie ‘Conceptnota leersteun’, <https://www.onderwijs.vlaanderen.be/sites/default/files/2021-07/210625%20Mededeling%20conceptnota%20decreet%20leersteun.pdf>



- ▶ En de mate waarin de noodzakelijke competenties en begripvolle houding aanwezig zijn.

Op basis van deze analyse beantwoorden we in de conclusie een aantal evaluatievragen die van toepassing zijn op de maatregelen binnen het zorgbeleid van de thuishoel.

3.1. Organisatie

In deze paragraaf bespreken we onze vaststellingen over de organisatie van de maatregelen binnen het zorgbeleid van de thuishoel. We gaan in op:

- ▶ De aandacht voor zieke leerlingen in het schoolbeleid;
- ▶ De mate waarin scholen beschikken over een systematische procedure voor de opstart en de organisatie van het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen;
- ▶ Wat dit betekent voor het nemen van initiatief en de reactiesnelheid;
- ▶ Wie betrokken is, en vanuit welke rol.

3.1.1 Aandacht voor zieke leerlingen in het schoolbeleid

Uit onze evaluatie blijkt dat de mate waarin scholen aandacht hebben voor zieke leerlingen in hun schoolbeleid, samenhangt met de kwaliteit van hun zorgbeleid.

“Positief zijn scholen die snel op de bal spelen, scholen met goed zorgbeleid tout court, voor alle leerlingen. Daar zit verschil tussen scholen.” (School & Ziekzijn)

Scholen verschillen sterk op dit vlak:

“Je ziet verschillen tussen scholen maar ook binnen scholen als de contactpersoon wisselt. Ik durf zeggen dat sommige scholen zorgconcentratie scholen zijn. Zij trekken leerlingen aan die een zorgnood hebben. Maar ik ken ook scholen die leerlingen met zorgnoden doorsturen naar andere scholen.” (focusgroep consulenten Bednet)

71% van de scholen in onze survey geeft aan aandacht te besteden aan het thema zieke leerlingen in het beleid (% eerder akkoord-helemaal akkoord, n=71). Slechts ongeveer 1/3 zegt uitgesproken ‘helemaal akkoord’ op de stelling aandacht te besteden aan het thema zieke leerlingen in het beleid. In het secundair onderwijs (76% eerder akkoord-helemaal akkoord) blijken de scholen meer aandacht te besteden aan zieke leerlingen in hun beleid dan in het basisonderwijs (63% eerder akkoord-helemaal akkoord). Ook in het buitengewoon onderwijs is de aandacht meer uitgesproken dan in het gewoon onderwijs.

Een sterk zorgbeleid betekent niet enkel een beleid op papier, maar ook en vooral vertaling naar actie:

“Elke school heeft een zorgbeleid het is vooral dat ze het soms niet in actie kunnen krijgen. Het gaat vooral over het transparant zijn, de basisafspraken die niet persé hun visie op zorg blootleggen maar wel het duidelijk communiceren naar de verschillende actoren.” (focusgroep consulenten Bednet)

Meerdere factoren verklaren de verschillen tussen scholen:

- ▶ Schoolvisie of -cultuur: ziet men de opdracht van de school als beperkt tot het functioneren van de leerling op school, of voelt men zich betrokken bij de brede ontwikkeling van de leerling in alle contexten?

“Ik denk dat dat vertrekt vanuit toch een stukje visie van ‘wat is onze opdracht voor deze leerling op dit moment’? Je hebt scholen die dit enger bekijken: als de leerling op school is, is er aanbod. En je hebt scholen die een heel brede zorgvisie hebben: een leerling in een context en of die nu thuis is of op school, we denken mee na met die context over onderwijs.” (focusgroep ondersteuningsnetwerken)



“Zo hebben we **3-4 leerlingenbegeleiders** binnen onze school van 500 leerlingen. We werken ook **samen met een buitengewone school**. We houden veel zelf vast. Leerkrachten hebben enkel een signaalfunctie wanneer het aankomt op sociale problemen. Daarnaast hechten we **groot belang** aan het **overleg** met het **CLB**. We verdelen het werk ook een beetje.” (focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)

- ▶ Mate waarin de directie er belang aan hecht en er open voor staat. Dit uit zich concreet in de middelen die er al dan niet voor worden ingezet, samenwerkingen die al dan niet (mogen) worden aangegaan, ...

“Mijn dochter gaat naar een ASO-school van 300 leerlingen waar er twee voltijdse zorgcoördinatoren zijn. De **grootte en de ruimte die scholen vrijmaken** voor zulke problematieken is heel **cruciaal**.” (focusgroep ouder)

- ▶ De inzet en competenties van de individuele leerlingenbegeleider of zorgcoördinator:

“De manier waarop zorg aangeboden wordt is heel vaak **afhankelijk van de persoon in kwestie**. Het is te veel gekoppeld aan kennis en goodwill.” (KlasZiekaal)

- ▶ Ervaring met concrete casussen: beleid blijkt ad hoc te ontstaan, naarmate de nood zich aandient en er ervaring wordt opgedaan. Dit verklaart waarom secundair onderwijs en buitengewoon onderwijs beter doen op dit vlak.

“Zie je ook dat er meer aandacht is in het beleid van scholen voor zieke leerlingen? Ik denk dat dit vaak gestart is vanuit een casus en dat scholen dan stelselmatig meer en meer aandacht eraan zijn geven. **Vaak ontstaat het beleid vanuit de nood omdat er een casus is.**” (interview pedagogische begeleiding)

- ▶ Draagvlak binnen het team:

“Je kunt nog een schoolbeleid hebben dat zo goed uitgewerkt is, je moet **soms maar één leerkracht** hebben in dat **leerkrachtenteam** (die negatief is) en het is een heel ander verhaal.” (focusgroep ondersteuningsnetwerken)

In gevallen waar het zorgbeleid niet goed is ontwikkeld, ziet het Kinderrechtencommissariaat soms een te permeabele grens tussen zorgbeleid en sanctiebeleid: *Als een school het niet ziet zitten, grijpt men naar tuchtmaatregelen, zonder maatregelencontinuüm (in eerste instantie zorg, en als leerling toch over de schreef gaat: beginnen met volgsysteem, enzovoort – duidelijke en transparante afspraken, open communicatie) te respecteren.* (Deze vaststelling zal later nog relevant blijken, als naar voor komt dat TOAH ook soms ingezet wordt voor leerlingen die bv. geschorst zijn – zie 4.1).

3.1.2 Systematische procedure

Wanneer scholen bevroegd worden over de mate waarin ze over een duidelijke en systematische procedure beschikken die aangeeft hoe het onderwijs voor zieke leerlingen georganiseerd wordt en waarin heldere rollen zijn beschreven voor alle betrokkenen, gaat minder dan 1 op 5 (18%, n=71) helemaal akkoord. Respondenten uit het secundair onderwijs (23%) gaan vaker helemaal akkoord dan uit basisscholen (8%), en respondenten uit het buitengewoon onderwijs (30%) vaker dan respondenten uit het gewoon onderwijs (13%).

Het schoolreglement is volgens de pedagogische begeleiding het minimale niveau waarop onderwijs aan zieke leerlingen procedureel geregeld moet zijn. Het bieden van informatie over Tijdelijk Onderwijs aan Huis (TOAH) en SIO/Bednet is immers een decretale verplichting. Daarnaast is ook de engagementsverklaring, waarmee de ouders formeel aangeven dat ze akkoord gaan met de begeleiding van de school, belangrijk als context voor de organisatie van het onderwijsaanbod.



“De **basisafspraken van het tijdelijk onderwijs aan huis** staan in het schoolreglement. Ook andere zaken zoals **wat er mogelijk is als je gewettigd afwezig bent** staan in het schoolreglement. Het schoolreglement is het **minimale niveau** waarop het geregeld moet zijn.”

“De **engagementsverklaring** in het schoolreglement -ouders ondertekenen dat ze akkoord gaan met de begeleiding van de school - is ook een belangrijk drukkingsmiddel om **ouders** mee te krijgen in het verhaal.”
(interview pedagogische begeleidingsdiensten)

We hebben geen data over de mate waarin scholen in regel zijn met deze decretale verplichting. Uit onze survey komt echter wel naar voor dat slechts 43% van de ouders vindt dat de school voldoende informeerde over de rechten van hun ziek kind tijdens de periode van afwezigheid (bijv. recht op TOAH, Bednet, ...). (% akkoord-helemaal akkoord, n= 195). In het BuO is men hier nog meer ontevreden over dan in het gewoon onderwijs (34% versus 44%).

Scholen met een duidelijke procedure, lijken deze procedure vooral op te hangen aan het beleid rond afwezigheden. Sommige scholen (vooral in secundair onderwijs) hebben aandacht voor zieke leerlingen in de opvolging van afwezigheden. Strikt genomen kadert dit binnen hun opdracht inzake leerplichtbegeleiding en spijbelpreventie, maar in deze scholen worden ook regelmatige of langdurige afwezigheden die gewettigd zijn met een doktersbriefje, doorgegeven aan het zorgteam en eventueel het CLB.

“Als er **veel doktersbriefjes** zijn gaat er wel een **belletje rinkelen**. De dialoog wordt dan aangegaan met ouders en proberen wij de oorzaak en gevolgen van het afwezig zijn te doorgronden. We gaan ook kijken of het altijd dezelfde arts is die het voorschrijft”. (focusgroep CLB-medewerkers)

Deze opvolging is cruciaal voor detectie en de organisatie van een zo snel mogelijk aanbod. Het onthaal/leerlingensecretariaat en de leerkrachten zelf spelen hier een belangrijke eerstelijnsrol om signalen op te vangen.

“Bij ons is de vaste afspraak dat wanneer kinderen langer dan een week afwezig zijn, de coördinatoren en ikzelf verwittigd worden. Dit is een signaal voor ons om na te denken op langere termijn. Het onthaal en het secretariaat hebben een belangrijke rol in het toezicht van langdurig zieke leerlingen. Maar ook leerkrachten zelf.” (focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)

De centrale actor in de organisatie van het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen in de thuischool is doorgaans de zorgcoördinator of leerlingenbegeleider. Hij of zijn neemt de vormgeving van het traject op. In scholen met een sterk zorgbeleid is er vaak sprake van een zorgteam, of zelfs meerdere zorgteams, per graad bv. Wie er precies betrokken is en de taakverdeling, wordt besproken in de volgende paragrafen.

Of het vormgeven van het traject van de leerling volgens een vaste systematiek gebeurt, en de inschatting van het nut daarvan, varieert: in sommige scholen is er een vast sjabloon, in andere is er geen procedure.

“We hebben wel een **vast sjabloon voor individuele trajecten** uitgewerkt, dat dan op maat kan ingevuld worden.”

“Bij ons is er **geen procedure**. Het hangt af van situatie tot situatie.” (beide citaten uit focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)

3.1.3 Initiatief en reactiesnelheid

INITIATIEF

Uit bovenstaande paragraaf kan worden afgeleid dat heel wat scholen geen beleid rond zieke leerlingen lijken te hebben, en van daaruit, dat het niet steeds de thuischool is die proactief initiatief neemt om het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen op te starten.



Uit onze survey bij ouders blijkt dat volgens hen het initiatief veelal bij hen ligt of bij de organisatoren van de maatregelen: 54% van de ouders geeft aan dat zijzelf de school contacteerden, slechts 18% van de ouders geeft aan dat de thuischool hen of een organisatie contacteerde (n=206). Het initiatief ligt nog sterker bij ouders in het secundair onderwijs (58% in vergelijking met basisonderwijs 47%) en in het gewoon onderwijs (57% in vergelijking met buitengewoon 42%). Soms wordt ook geen initiatief genomen omdat therapie of herstel voorrang heeft volgens de ouders (Let wel: 49% van de ouders in onze steekproef had een kind in een ziekenhuisschool, en dan staat die 'maatregel' automatisch voorop – zie verder in hoofdstuk 6. Bovendien kunnen we veronderstellen dat de ouders die onze online survey invulden, een eerder sterk en mondig profiel hebben).

Figuur 15. Initiatief opstart onderwijsaanbod



In ons kwalitatief onderzoek zien we ook deze diversiteit in wie het initiatief neemt, met als werkhypothese: het zijn eerder de ouders in ASO/TSO of vanuit een sterke gezinscontext, en eerder de school in BSO of vanuit een zwakkere gezinscontext.

“Dus de ouder neemt meestal het initiatief om ons op de hoogte te stellen. **Eens de ouder de vraag gesteld heeft** gaan wij hiermee aan de slag en dan speelt de klassenraad een belangrijke rol. De vraag kan natuurlijk ook uit een ziekenhuisschool komen of **vanuit een arts** al dan niet rechtstreeks naar de school.” (pedagogisch directeur ASO/TSO school in focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)

“Het gebeurt ook wel dat we zelf onze gevoelsprietten opzetten bij leerlingen die ‘verdacht’ vaak afwezig zijn. Als school gaan we dan zelf het gesprek op gang brengen en gaan we kijken hoe de leerling via een aangepast traject toch de eindstreep kan halen. Het **startmoment** kan gebeuren **op initiatief van de ouder maar ook evenzeer op initiatief van de school** wanneer er vastgesteld wordt dat een leerling in de categorie van langdurig ziekzijn terecht komt.” (pedagogisch directeur TSO/BSO school in focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)

“Bijvoorbeeld als ik als ik kijk bij mij op school, merk ik wel een verschil tussen de type 9 leerlingen (autisme) en de type 3 leerlingen (emotionele of gedragsstoornis). Bijvoorbeeld bij de **type 3** leerlingen komt het **niet zozeer van de ouders** uit, maar **van ons team** uit waar dat wij het advies geven van kijk hier merken wij toch wel een langdurige afwezigheid. Kunnen we niet dit of dat traject opstarten... Tegen de **type 9** leerlingen waren dat echt zo ja je merkt ook wel een verschil. Daar komt het **meer van de ouders** uit eigenlijk.” (focusgroep leerkrachten)

De gegevens uit onze survey bevestigen deze hypothese: daar zien we dat bij ASO (76%) en TSO (75%) het initiatief sterkst vanuit ouders komt, bij BSO maar 31%. Daar komt het initiatief precies sterker vanuit maatregelen (54%, bij ASO is dat 31% en TSO 32%). Het aantal scholen is in de steekproef (n=114) echter niet evenredig vertegenwoordigd (ASO:70 – TSO: 30 – BSO: 14).



Meerdere respondenten geven aan dat het initiatief te sterk afhangt van de mondigheid van ouders. Contact zoeken met de school om een aangepast traject te vragen voor je kind blijkt een grote stap die niet alle ouders durven of kunnen zetten.

“Ouders zijn daar **schuchter** in om contact te zoeken met de school” (focusgroep TOAH-leerkrachten)

“Ik denk dat Mus het **geluk** heeft gehad van **ondernemende ouders** te hebben gehad, en dat is ook **niet altijd het geval**. Dat is een grote factor die vaak onderschat wordt. Dat ouders het moeilijk vinden om naar een school te stappen en extraatjes te vragen. Dat is ook niet gemakkelijk.” (psycholoog case Mus)

“Ik vind het jammer dat het moet **afhangen van de mondige ouders** om voor dit recht op te komen.” (ouder case Staartmees)

REACTIESNELHEID

63% van de ouders in de survey vindt dat het initiatief om het onderwijs voor hun ziek kind te organiseren op het goede moment²⁰ kwam (% akkoord-helemaal akkoord, n=197). In het secundair onderwijs is men minder tevreden dan in BaO (57% in vergelijking met 73% bij BaO), in buitengewoon onderwijs (58%) minder dan in gewoon (64%).

Scholen verschillen op het vlak van reactiesnelheid. Dit hangt samen met de mate waarin ze een sterk zorgbeleid hebben en een systematische procedure voor de opvolging van afwezigheden:

“In sommige scholen worden zieke kinderen gewoon vergeten. ... Positief zijn scholen die **snel op de bal spelen**, scholen met **goed zorgbeleid** tout cours, voor alle leerlingen. Daar zit verschil tussen scholen. **Alarmbel** moet snel afgaan in scholen, bijv. leerkrachten die leerling al twee weken niet meer ziet, die moet **reflex** hebben om aan zorgcoördinator te vragen ‘waar is die leerling, wat is er aan de hand?’.” (interview School & Ziekzijn)

Proactieve scholen nemen al sneller dan de 21 dagen/9 halve dagen (drempels voor aanvraag TOAH, zie verder) initiatief, vanuit de opvolging van afwezigheden, of als het kan verwacht worden op basis van (vooral fysieke) medische aandoening.

“elke graad heeft een **vaste secretariaatsmedewerker** die dat eigenlijk opvolgt. **Vanaf een X aantal afwezigheden wordt er echt wel in gang geschoten** en dan bekijken wij van okay welke stappen zijn er nu nodig eigenlijk. Is er CLB nodig dat betrokken moet worden? En dergelijke... Dus dat is bij ons wel systematisch en dan **elke vrijdag hebben wij cel overleg** en daarin zetten wij ook alle aangepaste trajecten. Dat wordt aangepast telkens, er wordt iemand bijgevoegd of iemand afgedaan,... om zo eigenlijk een overzicht te bewaren over wie we nu allemaal hebben en hoe het loopt.” (focusgroep leerkrachten)

“Als het vanuit de school kan komen en we zien dat een leerling een bepaalde aandoening heeft **waarbij we verwachten dat hij/zij langdurig afwezig gaat zijn dan durven we ook al eerder dan de 21 dagen maatregelen inschakelen**. Niet zozeer omdat we de wetgeving niet willen volgen maar om alles opgestart te worden het soms langer duurt. Ook om de ouder tijdig mee te krijgen in het verhaal.” (focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)

Een late reactie kan uiteenlopende oorzaken hebben. We identificeerden er drie:

- Specifiek voor psychische/mentale problemen: deze zijn minder zichtbaar, waardoor ze doorgaans langer onder de radar blijven. Er rust bovendien ook nog een zeker taboe op (bij leerkrachten of ouders), wat ze moeilijker bespreekbaar maakt, zowel voor de leerkrachten als de ouders.

“Dat is heel moeilijk maar ik heb wel het idee dat de **welwillendheid** de laatste jaren sterk toegenomen is. Wat wel opvalt is dat **er soms te laat maatregelen genomen worden**. Het is soms ook de communicatie dat de oorzaak is voor het te laat handelen. **Je ziet niet altijd aan het kind of er iets scheelt**. Leerkrachten

²⁰ De stelling in de survey was ‘Het initiatief om het onderwijs voor mijn ziek kind te organiseren kwam op het goede moment’. Het gaat dus om een subjectieve inschatting over wat voor hen ‘goed’ was.



willen soms wel sneller signaleren maar **je kan ook niet out of the blue zeggen : "je kind heeft een probleem".**" (interview pedagogische begeleiding)

- ▶ Overleg vraagt tijd: vooral in het secundair onderwijs zijn er meerdere leerkrachten en de klassenraad betrokken bij het bepalen van een traject (naast de organisator en/of het CLB), dit kan soms (te) lang duren.
"We hebben ook een paar keer gevraagd hoe **het dan zat met toetsen en taken, waar lang geen antwoord op kwam.** Voor mij zijn ze dus heel onduidelijk geweest wat toch wel vaak voor stress zorgde. Vorig schooljaar hadden we dan ook gevraagd welke examens nog moesten gemaakt worden om erdoor te zijn, toen ik in opname zat, wat ze ook pas heel laat hebben laten weten. **Er zijn veel klassenraden aan gepasseerd.** Ik wist zo pas een week voor mijn examens welke examens ik moest doen, bijvoorbeeld wiskunde. Ik heb niet zo een positieve ervaringen over de school." (Staartmees)
- ▶ Idee dat gezondheid eerst komt: scholen zijn soms te afwachtend om onderwijs aan te bieden, vanuit een bezorgdheid om het herstel van de leerling.
"Vanuit de school werd dus wel gekeken naar een gepersonaliseerd lessenpakket. Was dit meteen nadat de ingreep moest plaatsvinden? Ouder: Nee dat was nadien pas. **Eerst zei de school 'concentreer je maar op de gezondheid, het schoolse komt later'.**" (focusgroep ouders)

3.1.4 Wie is betrokken en wat is ieders rol?

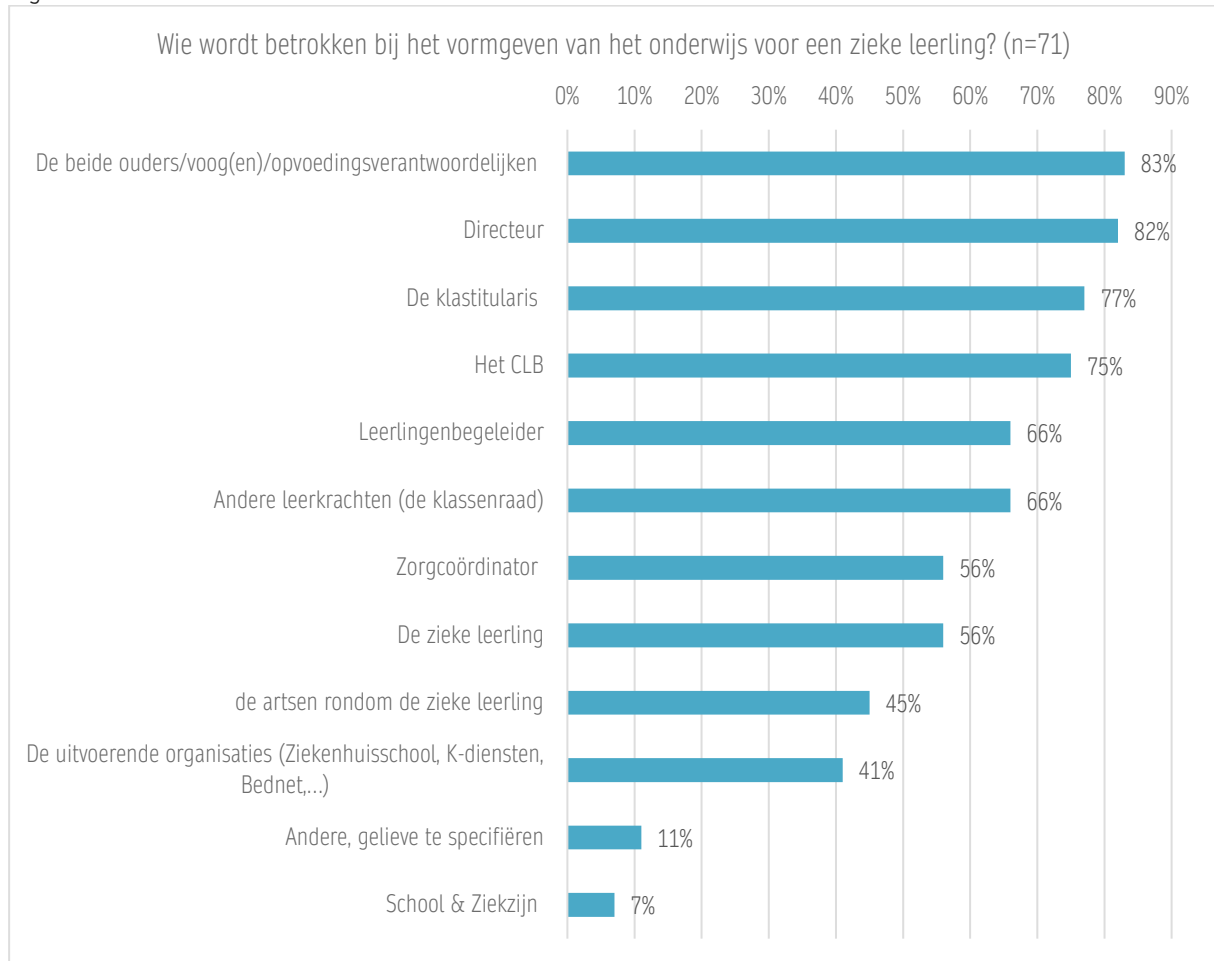
In deze paragraaf gaan we dieper in op wie er betrokken wordt bij het vormgeven van het onderwijs voor een zieke leerling en we beschrijven de rol van elke actor.

De resultaten van de survey bij scholen geven een eerste globaal beeld van de betrokkenen vanuit het perspectief van de thuischool:

- ▶ De ouders staan voor de scholen die deelnamen aan de survey bovenaan.
- ▶ Scholen geven aan dat bij het maken van keuzes voor een onderwijsaanbod voor zieke leerlingen binnen de school voornamelijk de directeur, de klastitularis, de leerlingenbegeleider/zorgcoördinator en het CLB betrokken worden.
- ▶ De relatief belangrijke rol of betrokkenheid van het CLB vanuit het perspectief van scholen is opvallend. Dit strookt niet met de beoordeling door ouders, waarvan slechts 25% aangeeft aan tevreden te zijn over de ondersteuning van het CLB tijdens de periode van afwezigheid van hun kind (% akkoord-helemaal akkoord, n=167). Ook op basis van de interviews en focusgroepen krijgen we hierover een meer genuanceerd verhaal, zie verder.



Figuur 16. Betrokken actoren



Verder in deze paragraaf zullen we dit perspectief van de thuischool op basis van de informatie uit de interviews en focusgroepen nuanceren en verbreden. We bespreken eerst de actoren binnen de school, vervolgens de actoren buiten de school (hoewel dit vanuit het idee van samenwerking i.f.v. gedeelde zorg natuurlijk een artificieel onderscheid is – meer over hoe samenwerking en afstemming vorm krijgt, volgt in hoofdstuk 10).

Binnen de school

Binnen de school spelen de zorgcoördinator of leerlingenbegeleider, de klassenraad, de klastitularis, de leerkrachten – zowel afzonderlijk als in team - en de directie doorgaans een rol.

ZORGCOÖRDINATOR OF LEERLINGENBEGELEIDER

De term 'zorgcoördinator' komt strikt genomen uit het basisonderwijs en 'leerlingenbegeleider' uit het secundair, maar in de praktijk worden de termen als synoniemen door elkaar gebruikt.

Hoewel de rol van de leerlingenbegeleider in de survey niet zo prominent naar voor kwam, blijkt uit de interviews en focusgroepen, dat – in lijn met fase 1 in het model van het zorgcontinuüm – de leerlingenbegeleider of zorgcoördinator doorgaans in de thuischool de sturende kracht, verantwoordelijke en aanspreekpunt is in de organisatie van het onderwijs voor zieke leerlingen. Hij of zijn volgt het dossier op, houdt helikopterzicht over het traject van de (verschillende) leerling(en), brengt indien nodig het dossier op de klassenraad, ondersteunt leerkrachten, legt contact met ouders, met andere betrokken actoren, enzovoort.

“En vooral ikzelf als **zorgcoördinator** behoud eigenlijk het **helikopterzicht** over alle leerlingen van de lagere school. Ik ben dus diegene die echt het overzicht moeten behouden van welke kinderen waar zitten en



bewaken wanneer de overstap gemaakt moet worden naar een volgende fase. En ik beslis ook mee met de leerkracht wanneer het het moment is om over te gaan tot CLB-begeleiding.” (focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)

“Wij hadden het geluk een **fantastische zorgcoördinator** (van de school) te hebben. Zij was de **spin in het web** om te zorgen dat iedereen mee was en volgde alles goed op. We hadden een wekelijks overleg met haar. Zij durfde ook tegen de directie in te gaan.”

“Wij **misten deze zorgcoördinator**. Deze vrouw gaf ook nog les en deed **niet uitsluitend zorgcoördinatie**. Er was een **gebrek aan tijd om het goed op te volgen**.” (focusgroep ouders)

Uit bovenstaande quote blijkt dat niet alle scholen evenveel middelen voor leerlingenbegeleidingen hebben of inzetten. Leerlingenbegeleiders ervaren geregeld een gebrek aan tijd.

“Ik heb **16u om 120 leerlingen** te begeleiden en dat is **nipt**.” (focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)

“Op sommige momenten verliep het wat moeilijker, omdat de mama verwachtingen had die we niet altijd konden inlossen. Ja, dat ze ook regelmatig contact verwachtten. Maar we hebben niet enkel Staartmees, maar ook een heel aantal andere leerlingen. Ze moesten trekken en sleuren voor een overleg. Maar we **niet altijd direct de mogelijkheid** hebben om direct samen te zitten, om **alles op korte termijn te voorzien**.” (leerlingenbegeleider case)

Eens een traject is opgestart, en leerkrachten zelf verder kunnen, wordt de leerlingenbegeleider minder frequent betrokken. Deze verantwoordelijkheid bij de leerkracht, strookt met fase 0 in het zorgcontinuüm.

“**In het begin** toen Bednet werd opgestart, toen was de **zorgleerkracht** en de directie daar ook wel zeker bij **aanwezig**. Maar bij de **andere dagelijkse gesprekken** was dat op een bepaald moment eigenlijk niet meer haalbaar om alles altijd te melden. Omdat er ook heel veel dingen veranderden en aangepast werden en daarom deden we dat eigenlijk **gewoon tussen ouder en leerkracht**.” (focusgroep leerkrachten)

KLASSENRAAD

De klassenraad blijkt zowel in basis-, secundair als buitengewoon onderwijs een belangrijk orgaan in het vormgeven van het onderwijs voor een zieke leerling²¹:

- ▶ De klassenraad speelt een cruciale rol in het uittekenen van een geïndividualiseerd leertraject op basis vrijstellingen (zie verder);
- ▶ De klassenraad bepaalt prioriteiten in het onderwijstraject, en neemt de verantwoordelijkheid dat een leerling voldoende geleerd heeft om een studiebewijs te halen;
- ▶ Idealiter wordt er een zorgplan uitgetekend;
- ▶ De klassenraad is het overlegorgaan waar alle betrokken actoren (idealiter) samen komen, en waar het overzicht wordt bewaard.

Uit de interviews en focusgroepen blijken ook op dit vlak verschillen tussen scholen en verschillen in dynamiek tussen (afzonderlijke vergaderingen van) klassenraden:

²¹ Op het moment dat we de vragenlijst voor de survey opstelden, beseften we dat onvoldoende. Vandaar dat 'klassenraad' geen afzonderlijke antwoordcategorie is. Mocht deze optie er wel zijn geweest, hadden we waarschijnlijk andere resultaten gekregen.



“Je merkt **sommige scholen** doen dat **heel sterk als** een **klassenraad**. Bij **andere** worden **leerkrachten** precies wat meer **aan hun eigen lot overgelaten** van beslis het maar zelf. Waarbij ze dat soms minder durven. Sommige scholen hebben een vaster team dat goed op elkaar ingespeeld is.” (focusgroep ziekenhuisscholen)

“...blijf je soms met een klassenraad zitten waar ... dat **één iemand** gaat **overheersen** en het is soms heel **moeilijk om zo'n (denk)patroon te doorbreken...**” (focusgroep ondersteuningsnetwerken)

KLASTITULARIS

In het bijzonder in het secundair onderwijs heeft de klastitularis een belangrijke rol in de leerlingenbegeleiding, vooral vanuit een signaalfunctie. In sommige scholen zijn er zelfs 2 klastitularissen per klas, om de aandacht en de taken te verdelen.

Uit de gesprekken met leerlingen en ouders blijkt dat een klastitularis echt het verschil kan maken voor een leerling: in positieve zin, als er een goede relatie is, maar ook in negatieve zin, als deze leerkracht zich negatief opstelt t.o.v. de leerling.

“Het bleek dus dat het al vanaf december 2020 heel slecht ging met Staartmees. Vanaf dat moment had ze wel al gesprekken met de klastitularis omdat die ook wel merkte dat Staartmees het heel moeilijk had. Dat was vooral haar **vertrouwenspersoon** en op dat moment mocht ik niet weten wat er met haar aan de hand was. Ze **kon eigenlijk alles kwijt aan die klastitularis.**” (ouder case Staartmees)

“Ja, vorig schooljaar wanneer ik echt nog naar school ging had ik mijn **klastitularis**. In het begin, **toen niemand eigenlijk wist hoe slecht het ging had ik hem**, waar ik gesprekken mee had en die maakte ook **echt tijd voor mij** vrij in de vakantie enzo. Dus ik had daar heel veel aan, ook na school enzo. Dit schooljaar eigenlijk ook nog, wanneer ik in het begin van het schooljaar nog school volgde, heeft die mij ook **echt geholpen** vooral voor zijn vak.” (Staatmees)

“De **klastitularis** van haar derde middelbaar (slecht contact: **wilde niet dat 'Mus' terugkwam** na haar opname).” (ouder case Mus)

LEERKRACHTEN

In het basisonderwijs heeft een leerling doorgaans slechts één (of enkele) leerkrachten. In het secundair onderwijs hebben leerlingen meerdere leerkrachten: de opvolging is dan een gedeelde verantwoordelijkheid, en leerlingen en ouders stellen vast dat er variatie is tussen leerkrachten in de manier waarop ze dat doen.

De individuele (vak)leerkrachten staan het dichtst bij de leerlingen, en hebben vanuit die positie in eerste instantie eveneens een belangrijke signaalfunctie.

“Bij ons gebeurt dat wel eens regelmatig dat er leerlingen afwezig zijn of vaak afwezig zijn... Dus dan werken we wel en dan wordt het allemaal bijgehouden in Smartschool ook, dus we hebben daar een overzicht van hoeveel een leerling afwezig is en omwille van welke reden ook. Dus dat er een doktersattest is of zo... Wordt dat aangehaald van ja kijk die **leerling** is toch wel **vaak afwezig**. We stellen vast dat dat moeilijk wordt om hem te beoordelen omwille van dat die te weinig aanwezig is ... Maar **wij signaleren dat als leerkracht en geven dat aan op een klassenraad**, en dan wordt er eigenlijk bepaald op een klassenraad van wat moet er nu verder gebeuren en wie kan dat verder gaan opvolgen?” (focusgroep leerkrachten)

Naast een signaalfunctie, hebben (vak)leerkrachten nog de volgende rollen:

- ▶ Leerstof selecteren en lesmateriaal doorgeven.

“Ook heel goed die leerplannen kennen en weten welke doelen we gaan filteren. Want alles geven in onmogelijk. Dus we **laten** heel goed **weten** als klasleerkracht van wat ze zeker moet beheersen en **welke eindtermen** moet Peruk **halen** om naar een A-stroom van het secundair door te kunnen.” (zorgleerkracht case Peruk)



- ▶ De maatregelen zoals Bednet, of afstandsonderwijs, andere redelijke aanpassingen, ... uitvoeren. Niet elke leerkracht is daarvoor even bekwaam of gemotiveerd. De inzet van (vak)leerkrachten is cruciaal om van de maatregelen een succes te maken.

“Het gaat niet als de klasleerkracht zegt ‘ik zie dat niet zitten’. Want uiteindelijk is dat wel de persoon die het op de werkvloer moet doen.” (zorgleerkracht case Peruk)

“Mus’ is tot het 5de leerjaar in het gewone onderwijs verbleven. Dat was succesvol maar dit succes was louter te wijten door de persoonlijke inzet en bijdrage van de leerkracht. Het is niet evident als je vandaag de dag ziet wat er in het onderwijs gebeurt. Het is niet makkelijk voor een lagere school leerkracht voor om te gaan met leerlingen met bijzondere noden.” (ouder case Mus)

“Heel vaak is het ook -zeker in het basis onderwijs- de **individuele leerkracht die bepalend is voor de ondersteuning.**”(PBD)

- ▶ Communiceren met ouders en met de verschillende andere betrokken partijen eens een traject is opgestart is een belangrijk element in de uitvoering van de maatregelen. Bij de communicatie met ouders gaat het ook om het informeel opvangen van signalen.

“Zij moeten **mailcontacten onderhouden met verschillende partijen.** En dat is **allemaal extra werk** na de uren natuurlijk. Los van je verbeteringen en je dagdagelijkse voorbereidingen moeten zij zeer strak dat dossier bijhouden. Moeten zijn nog contact houden met de ziekenhuisschool, met S&Z, moeten zij kindvrij gemaakt worden om aan die overleggen te kunnen deelnemen. Het vergt redelijk wat organisatorisch werk en het is ook een belasting van de leerkracht los van het feit dat ze dat met veel liefde doen.”

(zorgleerkracht case Peruk)

DIRECTIE

De directie drukt zijn of haar stempel op wat gebeurt of mogelijk is binnen een school, vanuit de **visie** en de **beleidskeuzes** die worden gemaakt inzake zorg (zie hoger).

Daarnaast nemen sommige directeurs blijkbaar ook zelf de taak van leerlingenbegeleider op of zijn ze zelf de spreekbuis van de klassenraad t.a.v. ouders. Heel praktisch, tot slot, is het de (personeels)directeur die op zoek gaat naar leerkrachten om TOAH te verzorgen (zie 4.2.5).

Buiten de school

Wie er buiten de school betrokken is bij het vormgeven van het onderwijs voor een zieke leerling, is in elk individueel traject anders:

“Het hang van situatie tot situatie af wie al betrokken is.” (focusgroep leerlingenbegeleiders)

Hieronder gaan we in op de rol van de ouders, de arts/specialist en – indien van toepassing – het ondersteuningsnetwerk. De rol van het CLB wordt uitgebreid besproken in de volgende paragraaf. En de uitvoerders van de maatregelen komen uitgebreid in de volgende hoofdstukken aan bod.

ouders

Eerder bleek al het belang van mondige ouders bij het nemen van initiatief om een onderwijsaanbod voor een zieke leerling op te starten. Maar ook verder in het traject is een goede dialoog tussen de school en de ouders van groot belang: ouders geven aan wat hun kind al dan niet aankan, zijn de spreekbuis voor hun kind, stippelen zelf actief het traject van hun kind uit, ... Deze communicatie loopt voornamelijk via de leerlingenbegeleider/zorgcoördinator, maar vaak ook rechtstreeks met leerkrachten.

“Ja eigenlijk was dat de mama vooral die die toch wel al een tijdje op voorhand al liet weten van’ ik denk dat ze dan al terug naar school zou kunnen komen’, en vanaf dat ze dat dan ook zeker wist, liet ze dat dat wel weten.



Zowel vorig jaar als dit jaar is zij eigenlijk halftijds eerst terug naar school gekomen, en dan is dat eigenlijk vrij snel terug toch wel opgebouwd naar volledige dagen. Maar **het was vooral de mama eigenlijk die ons dat altijd liet weten.**" (focusgroep leerkrachten)

Oudere leerlingen die mondig en gezond genoeg zijn, gaan ook zelf op zoek naar of dringen zelf aan op bepaalde oplossingen.

Een goede dialoog is echter niet evident: uit onze survey blijkt dat slechts 43% van de ouders vindt dat de school voldoende informeerde over de rechten van hun ziek kind tijdens de periode van afwezigheid (bijv. recht op TOAH, Bednet, ...) (% akkoord-helemaal akkoord, n= 195) en slechts 55% van de ouders vindt dat ze voldoende betrokken werden bij de beslissingen over het onderwijs voor hun ziek kind (% akkoord-helemaal akkoord, n=178). Ouders met kinderen in het gewoon onderwijs voelen zich beter geïnformeerd (44%) en meer betrokken (57%) dan ouders met kinderen in het BuO (34% en 43%).

"Het contact met ouders is hier heel belangrijk maar verloopt niet altijd eenvoudig.
(focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)

Vaak aan tafel gezeten en **mij als ouder kwaad moeten maken** dat ze meer moeten luisteren naar (mijn dochter)." (ouder case)

Uit de kwalitatieve gegevens komen twee groepen ouders naar voor, die allebei – op een andere manier – een uitdaging vormen voor scholen. Enerzijds ouders waarmee het contact moeilijk verloopt, omdat ze te terughoudend zijn, onbereikbaar, of niet geïnteresseerd:

"Ofwel hebben ouders zoiets van m'n andere kinderen gaan daar ook naar school en ik wil niet als een bazige of een klagende ouder worden ervaren. Dat ze weten dat het veel is of geen druk willen leggen. Dat speelt absoluut een grote rol. **Zich schuldig voelen** bijna voor de extra inspanningen die scholen zouden moeten doen." (psycholoog case Mus)

"Vorig jaar hebben we een casus gehad waarbij leerkrachten aangaven dat een leerling zwaar in de put zat. Maar we kregen geen gehoor bij de ouders. Het was heel moeilijk om samen met het CLB de contacten met de ouders te leggen. Wij willen wel een aangepast traject aanbieden, op een bepaald moment hebben wij als klassenraad besloten dat we het meisje aangepaste evaluaties gaven. Maar **de ouders wilden niet meewerken.** We hebben niet de kans gekregen een plan uit te werken." (focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)

"De rol van de ouders die inderdaad superbelangrijk is. Want bij het ene meisje die nu bij mij zit voor TOAH, daar is het eigenlijk dan de stiefpapa die het volledig afblokt, die eigenlijk ook niet wilt dat ze naar school komt. En dan merk dat zo'n kind dat gedrag overneemt, en we krijgen haar daarom ook enorm moeilijk naar school **terwijl mama wel echt probeert** en probeert om haar school te krijgen. Maar de stiefpapa blok het volledig af. Zelfs de directeur belt van 'kijk wij vinden dat het zo belangrijk is dat ze naar school komt'. Dan geeft hij ook aan van 'ja ik was ook zo'n kind vroeger die naar school en kijk wat er van mij gekomen is'. 'Ik vind dat allemaal niet belangrijk'." (focusgroep leerkrachten)

En aan de andere kant van het spectrum zijn er ouders die zeer dwingend of veeleisend kunnen zijn, en verwachtingen hebben die scholen niet steeds kunnen waarmaken:

"Ofwel dat het soms veel meer afdwingen wordt en dat het dan een scheve relatie wordt met directie of leerkrachten die op dat moment betrokken is of dat het heel moeilijk verloopt of een moeilijk overleg is." (psycholoog case Mus)

"De veeleisende houding van de ouders bemoeilijkt het soms en **maakt het niet makkelijk** voor de school." (focusgroep CLB-medewerkers)



“We merken wel dat **scholen vaak door ouders onder druk gezet worden** om de grenzen te verleggen.”
(pedagogische begeleiding)

“School heeft vaak ander idee over beste traject dan ouders. **Ouders hebben niet altijd gelijk**. CLB lijkt eerste instantie om dat soort afspraken vast te leggen. Flexibele leerweg bv over 2 jaar is voorzien in secundair onderwijs, maar ouders hebben dat niet altijd graag, omdat hun kinderen dan een jaar ‘verliezen’. Ouders hebben informatie nodig over hoe je het best met een school bespreekt: wat doen als school niet doet wat ouders verwachten, ... KRC probeert hen op weg te helpen: instanties, instanties die kunnen bemiddelen (CLB en ook KRC),...” (Kinderrechtencommissariaat)

ARTS (HUISARTS, SPECIALIST OF PSYCHIATER)

Artsen beoordelen of een kind al dan niet te ‘ziek’ is om naar school te gaan of niet. Ze spelen verder een belangrijke rol in het bewaken of het onderwijstraject haalbaar is voor de leerling en het mee zoeken naar welk traject mogelijk is voor leerling.

Het medisch attest is een belangrijk communicatie-instrument. Het kan zeer concrete informatie bevatten, bv. één uur rust per dag, geen toetsen en taken afleggen, stoppen met school en focus op herstel, ... Dit is echter niet steeds het geval: een arts schrijft dan het attest ziek voor XXX periode, zonder meer uitleg. Dit maakt het vervolgtraject, zeker voor de school, niet evident.

Voorts zijn ze ook vaak betrokken in het multidisciplinair overleg met het team.

Andere actoren wijzen er geregeld op dat ze vinden dat artsen te gemakkelijk leerlingen thuis schrijven, of te snel meteen voor een te lange periode, waardoor de afstand van de leerlingen tot de school te groot dreigt te worden:

“Want we proberen ze wel naar school te krijgen ook, maar nu is het volledig de directie die, en omdat het zo een speciaal traject is, het opvolgt samen met de dokter ook. Omdat we ook zo'n beetje het gevoel hebben dat **de dokter soms heel snel thuis schrijft** om het zo al hè cru te zeggen. En we willen daar toch wel een beetje rem opsteken omdat we toch echt alle mogelijkheden aan het kind willen geven. Nu ook via het afstandsonderwijs. We voelen dat de dokter daar soms een beetje in remt, dus proberen we echt met het CLB dan de koppen bij elkaar steken en eerlijk te zijn van ‘kijk het is belangrijk voor het kind om daarin verder te gaan’.” (focusgroep leerkrachten)

“...wat we niet zo graag doen is **attesten schrijven voor een heel schooljaar**. We zien wel dat dat vaker **geschreven wordt door huisartsen** die dan zeggen van dit kind kan niet voltijds of niet naar school gaan. We doen dat **niet graag voor lange periodes**, zelfs niet voor onze zieke kinderen omdat we er wel naar willen streven dat een kind voltijds naar school kan gaan en we zien als we daar te veel ruimte tussenlaten, dat er dingen verwateren en dat we soms kinderen zien die gedeconditioneerd geraken van een schools leven. En dat is een moeilijke balans tussen forceren en stimuleren.” (psycholoog case Mus)

Om deze problematiek bespreekbaar te maken heeft het Departement Onderwijs en Vorming een protocol gesloten met de medische sector, waarin o.a. afspraken gemaakt worden rond twijfelachtige attesten bij afwezigheden.

ONDERSTEUNINGSNETWERK

De ondersteuningsnetwerken spelen een rol in de organisatie van het onderwijs voor leerlingen met een gemotiveerd verslag of verslag (dus vanaf fase 2 van het zorgcontinuüm): deze leerlingen volgen les in het buitengewoon onderwijs of een individueel aangepast curriculum met redelijke aanpassingen in het gewoon onderwijs. Ondersteuners zien de maatregelen voor onderwijs aan zieke leerlingen als een deel van het instrumentarium dat ze kunnen inzetten om die redelijke aanpassingen op maat van leerlingen te realiseren:



“Als ondersteuningsnetwerk is het onze opdracht om **inclusieve, redelijke aanpassingen, op maat van leerlingen**, waar te maken. En dan zijn al die zaken zoals dat **Bednet, TOAH, organisatievormen** of zaken die je **kan inzetten op dat moment.**” (focusgroep ondersteuningsnetwerken)

De geboden ondersteuning t.a.v. een specifieke leerling is op maat, en afhankelijk van wat andere actoren al doen. Dit kan gaan van trekker/organisator van het traject...

“De belangrijkste bijdrage van de GON-leerkracht in de lagere school was de **goede coördinatie naar het ziekenhuis of thuissituatie** wanneer Anke ziek was. De GON-coördinator **regelde Bednet etc.**” (case Mus)

over ondersteunend, in het geval leerlingenbegeleiding al veel opneemt,...

“Wij zijn als ondersteuners die **brug tussen school en leerling-ouders** en ik denk in zo'n traject is het soms moeilijk om te zoeken naar wat is mijn rol als ondersteuner hierin, want je hebt **vaak ook al de zorg en leerlingbegeleiding** die zeer veel van dat traject al opnemen” (focusgroep ondersteuningsnetwerken)

tot ondersteuning bieden aan de leerkracht en de klasgroep:

“Als we dan denken aan **kinderen die een tijdelijke opname in de kinderspsychiatrie hebben**, hebben wij ook al gesprekken gehad met AZ Nicolas bijvoorbeeld dat we **ook nog iets doen met de klas ten aanzien van die leerling**. Soms merken we en dat gaat dan voornamelijk over leerlingen die toch wel wat **gedragsproblemen** hebben gehad in de klascontext, zien we soms **bij een klas of een leerkracht ook soms wel een trauma**. Er zijn dan leerkrachten die zeggen dat het niet meer lukt, of heel moeilijk om die verbinding aan te gaan met die leerling. Dus daar ligt ook wel een stukje van ons werk denk ik. Dus het is misschien wel wat breder dan die leerling alleen, maar ook **wat doen we met die klas? Wat betekent dat voor die klas dat die leerling er niet is? Met die leerkracht? Zorgen voor die verbinding.**” (focusgroep ondersteuningsnetwerken)

Rol CLB

Het CLB werkt op vraag, van scholen en van ouders. Dit betekent dat het CLB niet noodzakelijk betrokken is bij de organisatie van een onderwijsaanbod voor zieke leerlingen. Indien scholen voldoende vertrouwd zijn met de problematiek, gaan ze zelf aan de slag. Het CLB wordt wel steeds ingelicht²².

“**Rol CLB? Bij ons beperkt.** We kunnen perfect als school contact met de ouders opnemen. De CLB wordt op de hoogte gesteld maar wij zijn **als school vertrouwd genoeg om dat zelf te doen.**” (focusgroep leerlingenbegeleiders buitengewoon onderwijs)

Bij complexere situaties wordt het CLB ingeschakeld. Dit blijkt sneller te gebeuren bij een psychiatrische problematiek dan bij medische problemen, omdat deze problematiek zich vaak eerst op school aandient:

“Bij een **psychiatrische problematiek** zijn we **vaker wel betrokken** en gaan we met een aantal partners een doorverwijzing doen omdat het een **problematiek is die zich op school aandient**.

Vanaf het moment dat ze bij ons in het traject zitten, zijn wij in beeld (obesitas, psychische stoornissen). Bij **medische problemen** zijn we **pas achteraf betrokken.**” (focusgroep CLB-medewerkers)

We zien het CLB in de context van onderwijs aan zieke leerlingen onderstaande taken en rollen opnemen:

- ▶ Attesteren: dit lijkt op basis van ons onderzoek de belangrijkste taak. Het gaat om het in samenspraak met artsen de nodige documenten (verslag/gemotiveerd verslag) opmaken die toegang geven tot bepaalde vormen van hulpverlening of ondersteuning (bv. deeltijds traject, heroriëntatie, buitengewoon onderwijs, ondersteuningsnetwerk, MFC, ...). Zo is er bv. ook het 'attest chronisch ziek': één ziektebriefje, waarmee

²² Voor meer informatie over de taken van het CLB, zie het decreet leerlingenbegeleiding: <https://data-onderwijs.vlaanderen.be/edulex/document.aspx?docid=15236>



artsen de bevoegdheid geven aan de ouders om te beslissen of het kind in staat is om naar school te gaan of eerder thuisonderwijs nodig heeft.

“Bij ons speelt het CLB ook een **hele grote rol**. Dan heb je één **ziektebriefje** voor de chronisch zieke leerlingen.” (interview pedagogische begeleiding)

- ▶ Een geregeld gehoorde frustratie bij ouders of leerlingen is dat ze moeten aandringen om een diagnose of attest te krijgen om beroep te kunnen doen op bepaalde ondersteuning, wat wordt gepercipieerd als ‘een CLB dat niet meewerkt’ (open antwoord op de survey bij ouders).
- ▶ Meedenken: raad geven over een onderwijsaanbod of mogelijke oplossingen voor een leerling en doorverwijzen, maar niet per se actieve rol opnemen.

“**CLB denkt mee, maar niet per se actieve betrokkenheid**” (focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)

- ▶ Traject leerlingen opvolgen i.f.v. de onderwijsbehoefte van de leerling en de schoolloopbaan: daarbij maken ze de vertaalslag tussen wat artsen zeggen en de school. Concreet gebeurt dit door deel te nemen aan de klassenraad.

“We zitten ook in situaties waarin kinderen aandoeningen hebben maar de lange of veelvuldige afwezigheid niet verantwoord is door de aandoening (bijvoorbeeld astma). **CLB probeert leerlingen dan meer naar school te krijgen...** Het is geen fijne rol als CLB om dit te moeten doen, je **speelt een beetje de rol van politieagent**. (focusgroep CLB-medewerkers)

- ▶ Bemiddelen in de dialoog tussen alle betrokken actoren, in het bijzonder tussen de ouders en de school. Het CLB is omwille van het beroepsgeheim deontologisch hiervoor het best geplaatst. In het bijzonder de CLB-artsen communiceren met behandelende artsen in medische casussen.

“Ik denk dat het belangrijkste een **goede dialoog met de ouders en leerling is in samenspraak met de arts**. Welke zorg is er nodig? Acute of chronische zorg? Wat zijn de mogelijkheden die wij kunnen bieden? En dan samen kijken wat de beste oplossingen zijn. Ouders hebben soms onterechte verwachtingen van scholen en dan is het de taak van scholen om te zien wat haalbaar is. **CLB's** kunnen hierin een **rol spelen om het gesprek te leiden en coördineren**.” (focusgroep CLB-medewerkers)

“**Soms helpt het als het CLB beter betrokken wordt**. Ouders vinden soms te weinig de weg naar het CLB, hoewel zijn de eerste lijn zijn voor leerlingenbegeleiding. Als Kinderrechtencommissariaat het proces in gang zet om eerst het CLB te betrekken, kan dat vaak een aantal zaken recht trekken. Ouders ervaren CLB als iets dat door school wordt aangestuurd, maar weten niet dat ze er ook zelf terecht kunnen. CLB moet volgens Kinderrechtencommissariaat vaste partner zijn voor dergelijke afspraken, en het overleg begeleiden en mee nadenken over het traject (dispensatie voor bepaalde vakken, afspraken over toetsen, deel zelfstandig leren, deel Bednet, deel TOAH).” (Kinderrechtencommissariaat)

57% van de scholen in onze survey is tevreden over de dienstverlening en opvolging door het CLB wanneer leerlingen ziek zijn (n=70): de tevredenheid is hoger in het gewoon onderwijs (60%) dan in het BuO (52%).

De algemene ervaring bij de professionals die met het CLB samenwerken, is dat CLB's dikwijls overbevraagd zijn en daarom eerder een passieve, of zelfs vertragende rol spelen:

“CLB is dikwijls **overbevraagd** en werkt soms eerder vertragend” (focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)

“De rol van het CLB mis ik. Al 11 jaar aan een stuk, heb ik 2 clb medewerkers gehad die mee op de kar hebben gesprongen die echt meedenken (niet enkel noteren) dat is een gemiste kans. Ze zouden een grote link moeten zijn tussen ouders, school en wij als buitenstaanders. Je hebt dan graag iemand die de link legt als je niet



verbonden bent aan de school, ik denk dat dat een taak zou kunnen zijn van CLB. **Ze hebben het wel heel druk.**" (focusgroep TOAH-leerkrachten)

"**CLB's verdrinken** Ze moeten doorverwijzen, maar botsen ook op wachtlijsten." (interview jeugdzorg)

25% van de ouders is tevreden over de ondersteuning van het CLB tijdens de periode van afwezigheid van hun ziek kind. In de open vragen bij dit item in de survey geven veel ouders aan dat het CLB in hun geval niet betrokken was. Uit deze antwoorden blijkt ook dat het voor ouders niet duidelijk is of het de taak van de CLB's is om betrokken te zijn. Ouders die beroep doen op het CLB merken verschillen tussen CLB's of CLB-medewerkers, bv. inzake kennis, motivatie en begrip.

"We zijn zelf naar alle informatie op zoek moeten gaan. Zelfs het **CLB kon ons niet voldoende informatie geven**". (ouder gewoon SO in survey).

"**Dus je hebt het CLB heel hard nodig.** En dan ben ik gewoon blij dat we nu op een goede school zitten met een goede CLB-werking. Dat is mijn ervaring ondertussen. Bij de lagere school was de CLB van regio xxx. Daar heb ik heel slechte ervaringen mee, en die van yyy ben ik super tevreden van. Dus het **hangt af van wie waar zit en hoe gemotiveerd ze zijn.**" (focusgroep ouders)

"**Ze luisteren, maar dat is het ook zo een beetje.** Allé, ze proberen wel mee te zoeken naar een oplossing, maar ik heb nooit het gevoel gehad dat het CLB mij begreep. Ik had niet altijd het gevoel dat ze doorhadden hoe erg het was, de ene zei dan van 'je moet dat maar eens proberen', iets voor faalangst en dan zei ik van ik denk niet dat daar het probleem ligt. Ik heb zelf niet zoveel aan het CLB gehad. Als ik met mijn vriendinnen spreek, is iedereen ook zo van die luisteren wel, maar ja..." (Staartmees)

3.2. Didactische praktijken

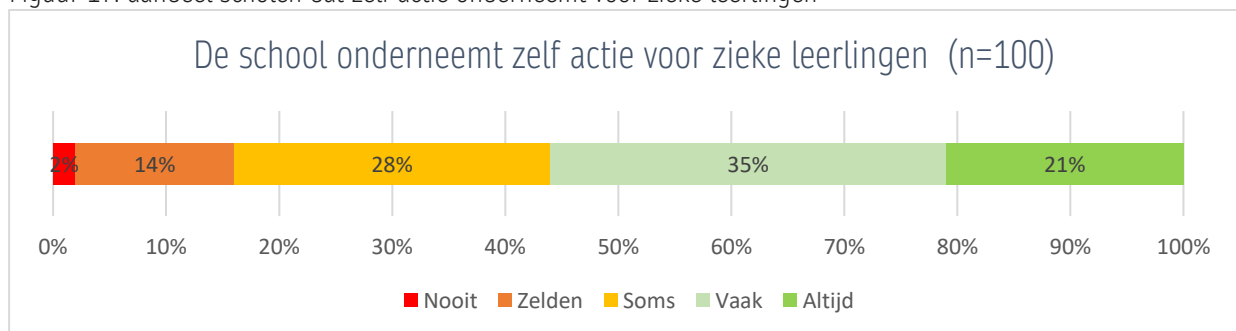
In deze paragraaf gaan we dieper in op wat thuischolen zelf ondernemen als acties in kader van het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen en hoe ze dat precies aanpakken. We bespreken achtereenvolgens:

- ▶ Het uittekenen van een geïndividualiseerd traject
- ▶ Zelf afstandsonderwijs opzetten
- ▶ Paramedische handelingen en zorg

Geïndividualiseerd leertraject uittekenen

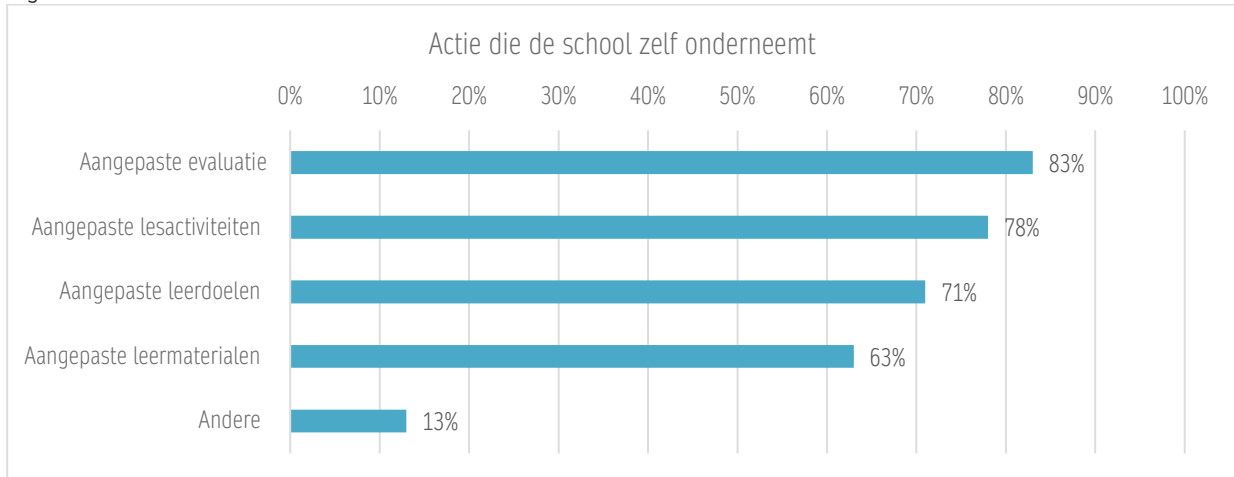
Volgens onze survey onderneemt 56% van de scholen vaak tot altijd zelf actie om onderwijs te garanderen voor zieke leerlingen, naast de bestaande maatregelen. 28% doet dit soms.

Figuur 17: aandeel scholen dat zelf actie onderneemt voor zieke leerlingen



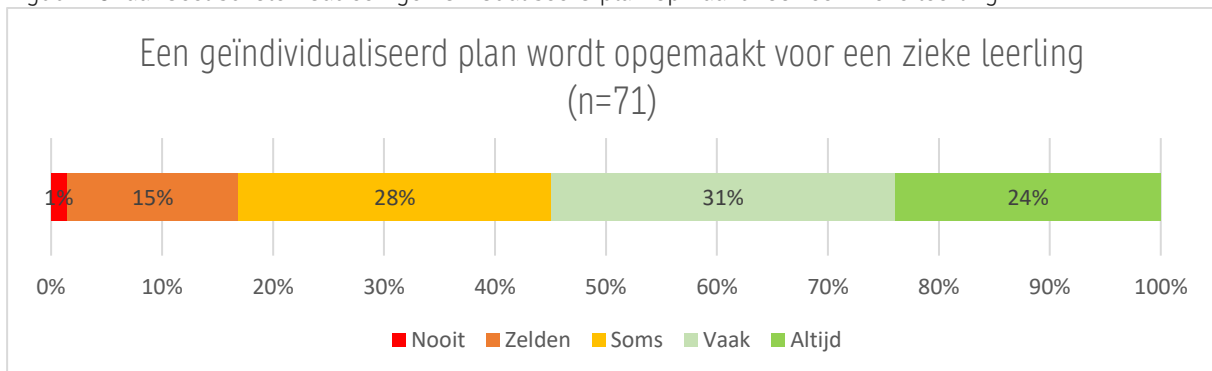
Wanneer scholen zelf actie ondernemen om het onderwijs voor zieke leerlingen te garanderen (n=100), zetten scholen – uit onderstaande opties die werden voorgelegd in de survey – het meest in op het aanbieden van een aangepaste evaluatie, gevolgd door aangepaste lesactiviteiten en aangepaste leerdoelen. In 88% van de scholen voorziet men telkens een combinatie van aanpassingen. In 36% van de scholen zet men in op een combinatie van alle vier de aanpassingen.

Figuur 18. Actie door school



Deze aanpassingen zijn verschillende elementen in het vormgeven van een geïndividualiseerd leertraject op basis van vrijstellingen (ook wel dispensatie genoemd). Op de expliciete vraag naar een geïndividualiseerd plan of dossier waarin het onderwijsaanbod voor een zieke leerling omschreven wordt, geeft 55% van de scholen die zelf actie ondernemen aan dit vaak tot altijd op te maken, en 28% soms.

Figuur 19: aandeel scholen dat een geïndividualiseerd plan opmaakt voor een zieke leerling



Bij de interpretatie van onze surveyresultaten moeten we er echter rekening mee houden dat onze steekproef niet representatief is en waarschijnlijk een te positief beeld schetst. Volgens het Kinderrechtencommissariaat komt het geregeld voor dat een school onvoldoende moeite doet om een gepast aanbod uit te werken. Deze klachten lopen parallel met klachten over redelijke aanpassing voor leerlingen met bepaalde beperkingen. Blijkbaar hebben sommige scholen er last mee. Het is onbekend hoe wijdverspreid deze praktijken zijn voor zieke leerlingen. Voor redelijke aanpassingen weet men dat de klachten het topje van de ijsberg zijn. Daarom is er in de conceptnota leersteun het voornemen om dit beter op te volgen: scholen die meerdere keren weigeren op basis van het argument dat het disproportioneel is, krijgen opvolging door Agodi.

De concrete manier waarop scholen de vormgeving van een geïndividualiseerd leertraject invullen, bestaat erin de leerdoelen te selecteren die een zieke leerling moet bereiken, te bepalen welke vakken de leerling moet volgen, en wat dat vervolgens betekent voor de evaluatie en eventueel het studiebewijs. Eventueel wordt ook een deeltijds traject afgesproken, waarin 1 schooljaar gespreid wordt over 2 schooljaren. Dit vraagt telkens maatwerk.



“Dan **spreken we af** van gewoon de **hoofdvakken** die ze gevolgd heeft, om daar **examens** voor af te leggen. We hebben ook bijvoorbeeld een aantal leerlingen in de ziekenhuisschool. Die kunnen ook maar 4 à 5 uur volgen. En dan spreken we een paar vakken daarvoor af en dan gaan ze dan ook examen van afleggen. Nu, dat is niet gelukt, en we kunnen ook niet zeggen ‘met enkel die 4 vakken ga je slagen’. Maar als we dat in het begin van het schooljaar weten, kunnen we wel **naar een spreiding gaan**. Dat we zeggen van dit jaar neem je die vakken op, en volgend jaar... die leerlingen doen dan vb. **2 jaar over 1 schooljaar**. Dus een aantal vakken die ze in het eerste jaar en dan een jaar erna. Vakken worden wel verlicht, maar ze gaan wel alle vakken opnemen en **op basis van dat een diploma halen.**” (leerlingenbegeleider Staartmees)

De afwegingen die daarbij worden gemaakt door de school komen doorgaans neer op een focus op de hoofdvakken en richting specifieke vakken. Men kijkt naar de minimumdoelen, en de vakken die echt nodig zijn om verder te kunnen in een studierichting. De focus ligt wel vooral op ‘vakken’, niet zozeer op ‘leerdoelen’.

In het buitengewoon onderwijs is deze individuele aanpak de gebruikelijke manier van werken, maar in het gewoon onderwijs is dispensereren via het uittekenen van een geïndividualiseerd leertraject nieuwer. Het wordt concreet omschreven in de omzendbrieven inzake afwezigheden²³: volgens de pedagogische begeleidingsdiensten nemen de vragen hierover uit het gewoon onderwijs wel toe. Onderstaande vaststellingen hebben in hoofdzaak betrekking op het gewoon onderwijs.

“Als ik nu spreek over het **buitengewoon onderwijs** dan hebben scholen een **heel ruim kader** waarin ze het **onderwijstraject op school mogen invullen**. In het **gewoon onderwijs** is dit anders want je zit er met de **leerplandruk.**” (interview onderwijsinspectie)

Uit de interviews en focusgroepen blijkt dat het uittekenen van een geïndividualiseerd leertraject een van de belangrijkste zaken is die een thuissholen kan – en moet – doen in kader van het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen. Andere partners richten zich op deze beslissing van de thuischool, en er wordt afgesproken wie wat doet. De thuischool blijft immers verantwoordelijk voor de evaluatie en het uitreiken van de studiebewijzen.

Dit blijkt geen gemakkelijke taak en verantwoordelijkheid te zijn, waar veel scholen mee worstelen:

“Het is **niet makkelijk** omdat we de **afweging** moeten maken **in hoeverre we dispensereren**. Het is begrijpelijk want elke leerkracht is verantwoordelijk voor zijn/haar vak en het ene vak is niet belangrijker dan een ander vak. We moeten een **aantal eindtermen bereiken**. We gaan dan ook kijken wat wij prioritair vinden zodat de leerling volgend jaar gaat kunnen starten. Het is een **moeilijke maar belangrijke oefening.**” (focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)

“Zij moeten uiteindelijk **beslissen of dat zij dat voldoende vinden** om op die manier een **attest** uit te reiken.” (ziekenhuisschool case Mus, over een school die weinig flexibel is)

Het is bovendien geen eenmalige beslissing, maar vraagt permanente opvolging en bijsturing, en dus ook veel overleg:

“En **heel veel overleg van welke lessen ze kan volgen**, wat er mogelijk is voor haar, moeten we een terugkeer naar school voorzien, hoe kunnen haar punten gaan... Als er moeilijkheden waren met de examens, het was de bedoeling dat ze met kerst wel een paar examens ging meedoen. Dat is haar uiteindelijk niet gelukt. Dan is bekijken van oké er lopen dingen mis, hoe kunnen we dat aanpakken.” (leerlingenbegeleider Staartmees)

De lat mag niet te hoog, maar ook niet te laag liggen:

“Het **idee leeft bij leerkrachten dat de school er te veel aan is bij zieke kinderen** en verminderd moet worden. Maar dit is absoluut een **verkeerde perceptie**. Je kan perfect een traject uitwerken met psychologen en artsen.

²³ Omzendbrieven inzake afwezigheden: ministeriële omzendbrief BO 2002 11 voor en SO 2005 04 voor secundair onderwijs



Echt nood aan een individueel traject. Blijf kinderen evalueren, schrap geen examens. De **lat moet hoog blijven liggen.**" (interview KlasZiekaal)

Niet zelden – zie ook eerder, i.v.m. de veeleisende ouders – ontstaat er een spanningsveld tussen de verwachtingen van de school inzake te volgen vakken, te bereiken leerdoelen,... versus de mogelijkheden, beperkingen of ambities van leerlingen en ouders:

"Ik stel dan de vraag 'Met wat er allemaal geschrapt is er dan wel een optie dat Staartmees kan slagen?' 'Met zo weinig te volgen gaat ze dan niet veel achterstand hebben voor die andere vakken?' Hierop antwoorde de **klastitularis** dat ze **denkt dat het niet mogelijk is om te slagen aangezien ze enkel de hoofdvakken volgt**. Toen dacht ik **hoe moet ik dit aan Staartmees uitleggen** want dat **was haar enige doel** namelijk afstuderen wanneer haar klasgenoten afstuderen. Staartmees wilde gewoon haar jaar halen." (ouder Staartmees)

"De **verwachtingen van ouders** naar de school toe liggen **niet altijd binnen het realistische**. De kinderen kunnen er niets aandoen dat ze niet naar school kunnen gaan maar **ergens moet je als school wel kunnen zeggen dat we het kind niet kunnen laten slagen.**" (focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)

Scholen verschillen in hun bereidheid om dergelijke individuele trajecten toe te staan, in lijn met de eerder beschreven verschillen in zorgbeleid. Waar artsen merken dat er stilaan wel meer flexibiliteit ontstaat, stelt de onderwijsinspectie vast dat scholen nog te weinig van deze mogelijkheid gebruik maken²⁴. Bovendien is er onduidelijkheid bij partnerorganisaties en ouders over wat al dan niet mogelijk is.

"Als je een individueel traject met een school afspreekt dan bots ik **soms op scholen die zeggen: 'onze inrichtende macht laat dat niet toe'**. Het is voor mij **niet altijd duidelijk wie dit nu eigenlijk verbiedt**. Wat is onze onderhandelingsmarge als een school echt heel moeilijk doet?" (focusgroep K-diensten enveloppefinanciering)

"En dat merk je toch wel dat dat **voor veel scholen zo is. 'Dit is onze manier van werken, het is voor iedereen zo dus voor u ook zo.'** Dat vind ik een heel rare manier van werken maar dat is van mijn kant uit natuurlijk. Het is heel moeilijk om een geïndividualiseerd aanpak te verkrijgen." (psycholoog case Mus)

"Ik merk in onze samenwerking met **scholen over heel Vlaanderen** dat daar inderdaad **grote verschillen** zitten. Je merkt verschillen vooral in de eerste en tweede graad is het veel gemakkelijker om van thuischool te veranderen. En vragen om toe te spitsen op beperktere doelen, beperktere evaluaties om het hierin te kunnen plannen. In een derde graad wordt dat moeilijker omdat de thuischool dan echt toewerken richting een diploma. Wat veel scholen aanhalen en wat wij ook volledig begrijpen is dat ze dat diploma wel enkel moeten uitreiken als de leerling dat verdient. Ze moeten dan ook kunnen garanderen naar andere ouders toe en andere leerlingen. Dat iemand het omwille van een ziekte niet gewoon cadeau kan krijgen. Ook daar zijn er grote verschillen tussen wat scholen zien als wel haalbaar en niet haalbaar. Want sommige scholen willen voor het vak Godsdienst nog een volledige verwerking van de theorie en een schriftelijk examen. Waarbij andere scholen zeggen dat er voor dat vak zelfs geen taak moet gedaan worden." (ziekenhuisschool case Mus)

"U zegt een **flexibel schooltraject**. Maar dit vind ik niet. **Als ouder weet je niet wat je mag vragen**. Wij hebben nooit een flexibel traject gekregen: elk vak moest geëxamineerd worden." (focusgroep ouders)

Werken met een graadleerplan i.p.v. jaarleerplan wordt door meerdere actoren aangehaald als goede praktijk: dat laat meer flexibiliteit toe.

"**Sommige scholen** werken ook meer met een **graadplan** dan een jaarplan dat **maakt** soms ook een **verschil** in het tot stand komen van een traject. Waarin die dan zeggen voor in het 3de jaar is het oké als ze dit doet want dat komt terug in het 4de jaar. Die dat daar veel meer met de vakcollega's of werkgroepen graadplannen

²⁴ Onderwijsspiegel 2019, p. 119.



uitwerken waardoor die weten mijn collega van volgend jaar doet dat op die manier dus dan kan die verder. Waarbij andere dat individueeler per jaar of per vak zien.” (ziekenhuisschool case Mus)

Tot slot spelen ook leerlingenkenmerken een rol in de vlotheid waarmee een geïndividualiseerd traject kan worden afgesproken en opgezet: het heeft te maken met het eerdere traject van het kind op de school, zowel op vlak van schoolprestaties als gedrag, cognitieve capaciteiten, of leeftijd (hoe jonger, hoe meer er nog mogelijk is). Een treffende vaststelling hier is dat voor sommige leerlingen leerkrachten niet *bereid* zouden zijn om een individueel traject in overweging te nemen, op basis van hun gedrag.

“Wat daar ook in meespeelt is **hoe goed de school de leerling kent** en wat dat het traject van die leerling voordien in die school geweest is. Als dat een **vlot traject met goede evaluaties** geweest is kan er vaak ook heel wat meer dan als ze de leerling **nog niet kennen** omdat die daar **nog maar net is ingeschreven** of als die **leerling het verkorven heeft** op zowel het gebied van leerstof verwerken, **evaluaties** als soms ook **gedrag.**” (ziekenhuisschool case Mus)

“De **intrinsieke capaciteiten** van de betrokken leerling spelen uiteraard ook een belangrijke rol, net als de **leeftijd** van de leerling. Leerlingen van de eerste graad ga je makkelijker meenemen naar een tweede graad dan iemand die net in een derde graad gestart is. Omdat je net hier specifieke basisvaardigheden voor een studierichting anders mist.” (focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)

“Waar ik ook soms mee geconfronteerd word zijn leerlingen die een **modeltraject** afleggen en **leerlingen die al voor hun problemen een beetje de kantjes eraf liepen**. Je wordt dan geconfronteerd met de **bereidwilligheid van de collega's** om mee te gaan in het traject.” (focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)

Uiteindelijk blijken de verwachtingen die voorop worden gesteld vanuit de thuishoofschool vaak onduidelijk voor ouders en leerlingen. Zo vindt slechts 59% van de ouders dat de verwachtingen van de school en de leerkrachten met betrekking tot de aanpassingen steeds duidelijk waren voor hun kind (% akkoord-helemaal akkoord, n=46). Ook volgens het Kinderrechtencommissariaat hebben de meeste klachten i.v.m. onderwijs voor zieke leerlingen te maken met onduidelijkheid van afspraken:

“Maar wat dus veel vaker voorkomt zijn **cases waarin onduidelijke afspraken gemaakt worden**: voor welke lessen TOAH en Bednet, en ivm **toetsen**. Bv. ouders willen graag dat examens gespreid worden, terwijl een school, zelfs als er een dispensatie is (enkel hoofdvakken), vast houdt aan de gewone **examenregeling** (en zet dan alle hoofdvakken op rij). Andere klacht: weinig duidelijkheid over **slaagkansen** kind bij individuele regelingen. Ook hierover moeten duidelijke afspraken gemaakt worden: er zijn uiteraard geen garanties dat je slaagt.” (interview Kinderrechtencommissariaat)

3.2.1 Zelf afstandsonderwijs opzetten

57% van de scholen in de survey (n=90) geeft aan dat de ervaring die ze tijdens de coronaperiode ontwikkelden met digitaal afstandsonderwijs, maakte dat ze gemakkelijker zelf afstandsonderwijs konden voorzien voor zieke leerlingen, los van de mogelijkheden van Bednet.

Dit blijkt echter niet gelijk voor alle scholen. Het is meer het geval in het gewoon (67%) en het basisonderwijs (76%) dan in het buitengewoon (36%) en secundair onderwijs (48%). Dit heeft waarschijnlijk te maken met de aard van de doelgroep enerzijds en met de diversiteit aan vakken/betrokken leerkrachten anderzijds.

Voornamelijk bij leerlingen die sporadisch of niet langdurig afwezig zijn, kunnen scholen eenvoudiger een online lesalternatief opzetten.

De mate waarin scholen ervaren zelfstandiger aan de slag te kunnen met afstandsonderwijs, blijkt afhankelijk van:



- ▶ De zieke leerling(en) in kwestie. Afhankelijk van de (infrastructuur en digitale vaardigheden) in de thuiscontext is het voor scholen gemakkelijker om onderwijs op afstand op te zetten.
- ▶ De ervaring met digitaal onderwijs die men reeds voor Corona opbouwde en de mate waarin de school reeds over digitale tools en infrastructuur beschikte.
- ▶ De flexibiliteit en bereidwilligheid van het leerkrachtenteam.

In het buitengewoon onderwijs blijkt het minder evident om digitaal onderwijs te voorzien als onderwijsalternatief bij zieke leerlingen. Er wordt vaak gewerkt met ervarings- en praktijkgerichte onderwijsvormen waarvoor men op dit moment nog moeilijker een digitaal alternatief kan voorzien. Daarnaast hebben de leerlingen sterker nood aan individuele ondersteuning tijdens het leren. Het volgen van de les op een laptop via een camera in klas vindt men niet wenselijk voor deze doelgroep.

De informatie uit de interviews en focusgroepen bevestigen deze vaststellingen uit de survey. Zelf afstandsonderwijs opzetten gebeurt nu meer dan in het verleden, ouders verwachten het ook al snel, maar het gebeurt met wisselend enthousiasme en succes:

“Voor de toekomst denk ik wel dat corona er goed aangedaan heeft. Je kan nu altijd online les meevolgen.”
(focusgroep ouders)

“Bijvoorbeeld Classroom bij ons was nog niet ingeburgerd. Terwijl dat nu wel een heel handig middel is om taken op te zetten of om Google meet en zo verder te doen. Het haalt ook wel de kinderen meer uit hun isolement. Maar ik vind ook wel de keerzijde, ik vind ook wel dat ze ook wel meer verwachten van de leerkracht. Je kunt veel meer doen waardoor dat je dan zou ook wel verwachten dat je dat allemaal doet. Ik doe dat met plezier he, maar soms denk ik ook wel een keer van goh tien jaar geleden als er iemand in het ziekenhuis lag, werd daar veel minder aandacht precies aanbesteed. Wij stuurden wel eens een mail met een paar opdrachtjes. Maar nu zijn we daar echt dagelijks mee bezig met die kinderen die er niet zijn.” (focusgroep leerkrachten)

3.2.2 Paramedische handelingen en zorg

Deze paragraaf gaat over wat een school kan doen als de zieke leerling op school is. Sommige leerlingen hebben medische zorgen nodig op school (bv. sondevoeding, injecties i.k.v. suikerziekte,...). Leerkrachten zouden dit in veel gevallen kunnen doen, maar mogen wettelijk gezien geen medische handelingen stellen. Sommige scholen lossen dit op door bv. het Wit-Gele Kruis in te schakelen, of de ouders naar school te laten komen. Het is dan soms wel een uitdaging om daar voldoende tijd en een geschikte ruimte voor te voorzien.

Sommige leerkrachten doen sommige gezondheidszorghandelingen desondanks zelf. Er is een statuut ‘bekwame helper’ uitgewerkt dat in deze context rechtszekerheid kan bieden. Het zit al een paar jaar in de pipeline, maar de wetgeving is nog steeds niet gestemd.

In het buitengewoon onderwijs is de omkadering sowieso beter afgestemd op medische en paramedische zorg en stelt dit probleem zich minder. Scholen voor buitengewoon onderwijs verbonden aan een MFC hebben nog extra mogelijkheden, bv. om rust voor leerlingen in te bouwen in de loop van de dag.



3.3. Kennis en begrip

In deze paragraaf bespreken we enerzijds de aanwezige kennis, expertise en zelfvertrouwen i.v.m. zieke leerlingen in de thuis scholen, en anderzijds de mate waarin deze een ondersteunende en begripvolle houding ervaren.

KENNIS, EXPERTISE EN ZELFVERTROUWEN

Slechts 61% van de scholen in de survey – dit zijn scholen met ervaring met onderwijs voor zieke leerlingen - geeft aan dat er voldoende kennis is binnen de school om onderwijstrajecten voor zieke leerlingen uit te bouwen, te begeleiden en de terugkeer naar school voor te bereiden (% akkoord-helemaal akkoord, n=71). Dit is meer het geval in het buitengewoon onderwijs (65%) dan in het gewoon onderwijs (58%) en meer in het secundair (64%) dan het basisonderwijs (54%).

De nodige kennis is dan ook heel breed: het kan gaan over kennis over medische aandoeningen, over de maatregelen, over het opstellen van een geïndividualiseerd traject, over manieren om te differentiëren, ...

Of deze kennis aanwezig is, blijkt – net zoals de aandacht in het zorgbeleid, de systematische procedure, ... – in grote mate afhankelijk van ervaring:

“Als scholen **eenzelfde problematiek al gehad** heeft dan gaan ze hier met **meer vertrouwen** mee omgaan. Als het gaat om heel **ernstige problematieken** waar veel zorg bij nodig is dan **kan je het** ook niet **vragen** van een **gewone school.**” (focusgroep CLB-medewerkers)

Scholen die zoeken naar informatie, vinden deze naargelang de aard van de vraag, bij het CLB, de pedagogische begeleiding, ziekenhuisscholen, ouders, Agodi, ... Volgens de pedagogische begeleidingsdiensten weten scholen over het algemeen waar ze terecht kunnen en naar wie ze kunnen doorverwijzen. Andere actoren hebben daar minder vertrouwen in: het initiatief KlasZiekaal²⁵ in de provincie West-Vlaanderen bv. is net opgestart om centraal infopunt te zijn.

Weten waar men terecht kan in het netwerk lijkt crucialer en realistischer dan als school zelf alle kennis in huis hebben:

“Als leerkracht kom je daar niets over te weten als je gewoon leerkracht blijft en met je vak bezig zijn. Je komt daar alleen mee in contact als de leerlingbegeleiding dat wil sturen. Als je niet zelf op zoek gaat naar bijscholing, kom je er ook niet mee in contact. Het staat wel altijd op papier ergens te vinden, maar ze gaan er zo vaak vanuit dat je alles kan lezen, dat je alle kanalen kan bijhouden. Terwijl als dat mondeling een keer gezegd wordt, in een online moment met alle leerkrachten samen, dan gaat dat verloren. Men wil die informatie allemaal sparen voor een personeelsvergadering maar daar gaat dan allemaal weer zoveel tijd over. Ook daar is er in die communicatie naar de leerkrachten toe nog een groot gemis omdat die ook al overspoeld worden door kanalen. Ik denk dat netwerk bij al deze zaken absoluut noodzakelijk is. Dat je **samenwerkt in een netwerkmodel**, dat je **samen legt wie wat eigenlijk kent.**” (een ex-leerkracht, in de focusgroep ondersteuningsnetwerken)

HOUDING T.A.V. ZIEKE LEERLINGEN

62% van de scholen in de survey geeft aan dat het schoolteam een ondersteunende en begripvolle houding aanneemt ten aanzien van zieke leerlingen (% eerder – helemaal akkoord, n=71). Er zijn geen uitgesproken verschillen tussen basis versus secundair, noch tussen gewoon versus buitengewoon onderwijs.

74% van de ouders vindt dat het schoolteam een ondersteunende en begripvolle houding aannam t.a.v. hun ziek kind (% akkoord-helemaal akkoord, n=191). In het gewoon onderwijs (76%) en basisonderwijs (79%) blijken ouders

²⁵ <https://www.west-vlaanderen.be/klasziekaal>



meer tevreden, dan in het BuO (65%) en het secundair onderwijs (71%). Bij de open vraag/toelichting blijkt dat het vooral van leerkracht tot leerkracht afhankelijk is.

Dit is inderdaad ook de tendens die naar voor komt uit de interviews en de focusgroepen: dat het afhankelijk is van school tot school, en daarbinnen van persoon tot persoon.

Ouders, leerlingen en andere actoren die een weinig ondersteunende en begripvolle houding hebben ervaren, geven aan:

- ▶ Dat ze het gevoel hebben dat er niet naar hen wordt geluisterd, dat er geen inspanning wordt gedaan om het probleem echt te begrijpen;
- ▶ Dat er geen bereidheid is om een geïndividualiseerd traject uit te tekenen ('nadruk op prestaties en punten' en op 'naar school komen');
- ▶ Dat er geen tijd voor hen wordt gemaakt (alles online of via mail).

Een ondersteunende en begripvolle houding wordt ervaren als:

- ▶ Luisteren om te begrijpen;
- ▶ Alert zijn voor signalen, er oog voor hebben en navragen;
- ▶ Oplossingen zoeken;
- ▶ Warm en betrokken, goede communicatie, verbinding;
- ▶ Extra inspanningen doen (bv. bijles of contact in de vakantie).

“Die liet mij echt goed voelen en die snapte mij ook precies. Die merkte ook veel op van in de klas. Ik moest zo eens testen laten invullen voor mijn autisme en die had alles juist, er waren zelfs dingen die ik hem niet verteld had, en die wist dat. Die was van alles op de hoogte en die stuurde ook mails van 'gaat het enzo' of als die dan zag dat het in de klas niet goed ging stuurde die een mail van 'wil je nog iets doen om erover te praten'? Die pushte ook niet.” (Staartmees)

Het verschil in houding lijkt samen te hangen met de aard van de ziekte of aandoening: er blijkt over het algemeen meer begrip voor bekende, zichtbare aandoeningen.

“Vaak naar de ziekte. Ziektes die ze beter kennen, ziektes die vaker voorkomen zoals de ziekte van Duchenne. Die kennen zij beter. Daar had ik wel het gevoel dat dat beter liep. Ook wel jongeren die, makkelijker zijn in de omgang, als ik het zo mag zeggen. Dat is op elke school wel zo natuurlijk. Ik denk voornamelijk ook wel jongeren stabielere zijn in hun medische situatie waarbij dat de motorische zaken wel progressiever zijn, zoals de ziekte van Duchenne is een ziekte die achteruitgaat, maar die zijn er wel elke dag.” (psycholoog case Mus)

De aandoeningen waar minder begrip voor is – of in sommige gevallen zelfs een negatieve houding van wantrouwen tegenover bestaat – hebben onderstaande kenmerken:

- ▶ Minder zichtbare of duidelijk gediagnosticeerde problematieken:

“Het loopt moeilijk wanneer een kind geen observeerbare ziektes heeft. Het is moeilijk te begrijpen voor een actor als hij/zij dit niet kent. Er is een doctoraatstudie van de opvolging van kinderen na de behandeling van hersentumoren. Wat blijkt is dat leerkrachten milde symptomen zoals vermoeidheid niet toewijzen aan de ziekte van het kind.” (interview pedagogische begeleidingsdiensten)

“Aantal cases waar leerling langdurig ziek was, geattesteerd door arts of specialist, maar zonder duidelijke diagnose. Dit is geen reden om niet op te starten, maar scholen lijken dan leerling te wantrouwen.” (interview Kinderrechtencommissariaat)



- ▶ Dit verklaart ook het belang dat heel wat ouders en leerlingen in ons onderzoek hechten aan attesten/diagnoses: het leidt tot zichtbaarheid, en (de hoop op) erkenning van en oplossing voor hun problemen.

“We hebben **meer dan 3 jaar bezig** geweest om de **diagnose ASS** te kunnen krijgen. Dat is 2 kinderpsychiaters, 2 onderzoeken met CLB,... ..en willen ze nog de diagnose niet geven. Want op ‘sommige scorelijsten scoren ze niet op alles punten als ASS’. Waardoor de kinderpsychiater op een bepaald moment de knoop doorhakte en zei dat het ASS is. Waardoor **een heel scala aan hulp opengaat**. Had ze die diagnose niet gehad, was ze ook niet in een OV4 Type 9 geraakt. En weet ik niet waar ik had gezeten met haar. Want had ze die diagnose niet gehad, had ik bij wijze van spreken hier geen dochter meer zitten. Je hebt een **etiketje nodig om geholpen te kunnen worden**.” (focusgroep ouders)

- ▶ Problematieken die onvoorspelbaar zijn, waardoor verwachtingen telkens moeten worden bijgesteld. Dit is vaak zo bij chronische aandoeningen.

“Soms jongeren die chronisch ziek zijn, waardoor naar school gaan lastig wordt, **de ene dag wel andere dag niet**. In zo’n gevallen: school wantrouwt leerling (**‘speelt met onze voeten’**), terwijl de ouders zeggen dat er een echt probleem is.” (interview Kinderrechtencommissariaat)

- ▶ Problematieken die gepaard gaan met moeilijk gedrag, wat de relatie met de leerkracht en zijn/haar motivatie op de proef stelt. We zagen ook al dat dit o.a. een rol speelt in de bereidheid om een geïndividualiseerd leertraject toe te staan.

Heel wat psychische aandoeningen, en bijvoorbeeld ook autisme, ... hebben al deze bovenstaande kenmerken. We hoorden vaak dat vooral daar weinig begrip voor is.

Vanuit het perspectief van de scholen is het ook niet altijd gemakkelijk om ondersteunend en begripvol te zijn of te blijven. Ouders en leerlingen kunnen daar ook wel een zeker begrip voor opbrengen. Vaak wordt verwezen naar het feit dat scholen beperkte middelen hebben, en weinig tijd, wat dan nog eens versterkt is door het lerarentekort en de coronacrisis:

“**Scholen zijn in crisismodus** als gevolg van het lerarentekort en covid, dit naast de vele andere uitdagingen waar ze voor staan... Er is **minder tijd voor zorg**. ... De nodige basisvoorwaarden zijn nodig om een school zorgzaam te laten functioneren, dat staat momenteel onder druk. **In dat kader is structureel inzetten op een warm schoolklimaat een grote uitdaging**.” (SWOT-analyse netwerken Samen Tegen Schooluitval)

“Dat denk ik ook gewoon, **dat die gewoon geen tijd hebben**. Je ziet die ook gewoon echt super weinig. Je zit in een grote school waar er vijf medewerkers zijn, maar je zit wel in een school van meer als duizend man. Dat is logisch. Er zijn veel jongeren met problemen, mensen met dyslexie enzo, die moeten ook allemaal naar daar. Die hebben ook gewoon heel weinig tijd denk ik.” (Staartmees)

Bij leerlingen met een onvoorspelbare problematiek duikt er ook geregeld frustratie op, over inspanningen die worden gedaan, voor een leerling die dan toch niet of beperkt deelneemt. Onderstaande quote gaat bv. over gemiste Bednetlessen:

“Dan waren we aan het zien als leerkrachten hoe we dat konden aanpassen, maar eigenlijk ging dat **maar over 1 of 2 uur dat ze effectief de les had gevolgd**. Dan is het ook **moeillijk dat wij enorm veel aanpassingen doen**, als eigenlijk van haar er ook niet veel kwam. Dat voelde wij toch aan. Dat het voor haar moeilijk was om te volgen, en dan kunnen wij wel aanpassingen gaan doen, maar dat is dat van allee...” (leerlingenbegeleider Staartmees)

Tot slot beschikken scholen en leerkrachten niet steeds over alle nodige informatie om de situatie te kunnen begrijpen. Niet enkel vanuit een gebrek aan kennis over de aandoeningen, maar bv. ook om dat ouders belangrijke informatie niet durven of niet willen delen.



3.4. Conclusie

Op basis van de inzichten uit dit hoofdstuk, kunnen we voor de maatregelen binnen het zorgbeleid van de thuischool een antwoord formuleren op de volgende evaluatievragen:

Hoe organiseren scholen zich om zo snel mogelijk een gepast onderwijsaanbod aan zieke leerlingen te garanderen, bijvoorbeeld inzake inzet van personeel, organisatie, ...?

Slechts een minderheid van de scholen beschikt over een systematische procedure die helder aangeeft wie wat doet indien een leerling langdurig of chronisch ziek wordt. Scholen met een duidelijke procedure, lijken deze vooral op te hangen aan het beleid inzake leerplichtbegeleiding en spijbelpreventie: in deze scholen worden ook regelmatige of langdurige afwezigheden die gewettigd zijn met een doktersbriefje, doorgegeven aan het zorgteam en eventueel het CLB. Het onthaal/leerlingensecretariaat en de leerkrachten zelf spelen hier een belangrijke eerstelijnsrol om signalen op te vangen.

Of het vormgeven van het traject van de leerling volgens een vaste systematiek gebeurt, varieert: in sommige scholen is er een vast sjabloon, in andere is er geen procedure. Maar het is dus niet steeds de thuischool die proactief initiatief neemt om het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen op te starten. Vaak nemen ouders het initiatief. Ook de organisatoren van de maatregelen spelen een rol als initiatiefnemer.

Scholen verschillen op het vlak van reactiesnelheid. Dit hangt samen met de mate waarin ze een sterk zorgbeleid hebben en een systematische procedure voor de opvolging van afwezigheden. Een late reactie kan uiteenlopende oorzaken hebben. Vooral psychische/mentale problemen blijven langer onder de radar, omdat ze minder zichtbaar zijn, en er nog een zeker taboe op rust (bij leerkrachten of ouders), wat ze moeilijker bespreekbaar maakt. Daarnaast vraagt overleg tijd: vooral in het secundair onderwijs zijn er meerdere leerkrachten en de klassenraad betrokken bij het bepalen van een traject, dit kan soms (te) lang duren. En tot slot leeft er het idee dat gezondheid eerst komt: scholen zijn soms te afwachtend om onderwijs aan te bieden, vanuit een bezorgdheid om het herstel van de leerling.

De centrale actor in de organisatie van het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen in de thuischool is doorgaans de zorgcoördinator of leerlingenbegeleider. Hij of zij volgt het dossier op, houdt helikopterzicht over het traject van de (verschillende) leerling(en), brengt indien nodig het dossier op de klassenraad, ondersteunt leerkrachten, legt contact met ouders, met andere betrokken actoren, enzovoort. Niet alle scholen hebben evenveel middelen voor leerlingenbegeleidingen of zetten evenveel middelen ervoor in. Leerlingenbegeleiders ervaren geregeld een gebrek aan tijd.

De klassenraad blijkt zowel in basis-, secundair als buitengewoon onderwijs een belangrijk orgaan in het vormgeven van het onderwijs voor een zieke leerling. Hij speelt een cruciale rol in het uittekenen van een geïndividualiseerd leertraject op basis vrijstellingen, bepaalt prioriteiten in het onderwijstraject, en neemt de verantwoordelijkheid dat een leerling voldoende geleerd heeft om een studiebewijs te halen. Idealiter wordt er een zorgplan uitgetekend, en fungeert de klassenraad als het overlegorgaan waar alle betrokken actoren samenkomen, en waar het overzicht wordt bewaard. Uit de interviews en focusgroepen blijken ook op dit vlak verschillen tussen scholen en verschillen in dynamiek tussen (afzonderlijke vergaderingen van) klassenraden.

In het bijzonder in het secundair onderwijs heeft de klastitularis een belangrijke rol in de leerlingenbegeleiding, vooral vanuit een signaalfunctie. Een klastitularis kan echt het verschil maken voor een leerling: in positieve zin, als er een goede relatie is, maar ook in negatieve zin, als deze leerkracht zich negatief opstelt t.o.v. de leerling. De individuele (vak)leerkrachten staan het dichtst bij de leerlingen, en hebben vanuit die positie ook een belangrijke signaalfunctie. Bovendien zijn zij het die in eerste lijn de maatregelen zoals Bednet, of afstandsonderwijs, andere redelijke aanpassingen, ... uitvoeren, leerstof selecteren, communiceren met ouders



en met de verschillende andere betrokken partijen, ... Hoewel de inzet van (vak)leerkrachten cruciaal is om van de maatregelen een succes te maken, blijkt niet elke leerkracht daarvoor even bekwaam of gemotiveerd.

Hoe **garanderen scholen** dat ze de organisatorische **capaciteit** en het personeel en de expertise hebben om onderwijs aan zieke leerlingen te voorzien?

De mate waarin scholen aandacht hebben voor zieke leerlingen in hun schoolbeleid, hangt volgens de respondenten in dit onderzoek samen met de kwaliteit van hun zorgbeleid. Scholen verschillen sterk op dit vlak. Volgende factoren verklaren deze verschillen: de mate waarin de brede ontwikkeling van alle leerlingen in alle contexten voorop staat in de schoolvisie of -cultuur, de mate waarin de directie belang hecht aan zorg, en er dus middelen voor inzet, de inzet en competenties van de individuele leerlingenbegeleider of zorgcoördinator, ervaring met concrete casussen, en draagvlak binnen het team.

Niet alle scholen beschikken over voldoende kennis om onderwijstrajecten voor zieke leerlingen uit te bouwen, te begeleiden en de terugkeer naar school voor te bereiden. Of deze kennis aanwezig is, blijkt in grote mate afhankelijk van ervaring met concrete casussen. Scholen die zoeken naar informatie, vinden deze naargelang de aard van de vraag, bij het CLB, de pedagogische begeleiding, ziekenhuisscholen, ouders, Agodi, ... Weten waar men terecht kan in het netwerk lijkt crucialer en realistischer dan als school zelf alle kennis in huis hebben.

Het CLB is niet steeds betrokken bij de organisatie van een onderwijsaanbod voor zieke leerlingen, aangezien het op vraag werkt. Indien scholen voldoende vertrouwd zijn met de problematiek, gaan ze zelf aan de slag. Bij complexere situaties wordt het CLB wel ingeschakeld. In de context van onderwijs aan zieke leerlingen lijken CLB's een viertal taken en rollen op te nemen. De meest genoemde is 'attesteren': in samenspraak met artsen de nodige documenten (verslag/gemotiveerd verslag) opmaken die toegang geven tot bepaalde vormen van hulpverlening of ondersteuning (bv. deeltijds traject, heroriëntatie, buitengewoon onderwijs, ondersteuningsnetwerk, MFC, ...). Daarnaast denken CLB-medewerkers ook mee over mogelijke oplossingen voor een leerling, zonder verder een actieve rol op te nemen. Ook volgen ze het traject van bepaalde leerlingen op via deelname aan de klassenraad: ze maken de vertaalslag tussen wat artsen zeggen en de school. En tot slot spelen ze vaak een bemiddelende rol in de dialoog tussen alle betrokken actoren. In dit onderzoek zijn scholen en ouders eerder kritisch over de CLB's. Hoewel er verschillen zijn tussen CLB's, is de algemene ervaring dat ze dikwijls overbevraagd zijn en daarom eerder een passieve, of zelfs vertragende rol spelen.

Of zieke leerlingen, of hun ouders of begeleiders, een ondersteunende en begripvolle houding ervaren, blijkt afhankelijk van school tot school, en daarbinnen van persoon tot persoon. Het verschil in houding hangt ook samen met de aard van de ziekte of aandoening. Er blijkt over het algemeen meer begrip voor bekende, zichtbare aandoeningen.

Op welke wijze worden de maatregelen ten aanzien van zieke leerlingen onderwijskundig vormgegeven? Welke **didactische praktijken** zijn er (o.a. aard van het aanbod, inhoud, omvang, timing, werkvormen, enzovoort)? In welke mate en hoe wordt er ingezet op **betrokkenheid van de zieke leerling**? Welke **maatregelen** worden **goed benut** en welke maatregelen worden **onderbenut**? Wat zijn hiervoor verklaringen?

Het uittekenen van een geïndividualiseerd traject op basis van vrijstellingen (ook wel dispensatie genoemd) is de belangrijkste actie die een thuischool zelf kan ondernemen in het kader van het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen.

Concreet gaat het om het selecteren van de leerdoelen die een zieke leerling moet bereiken, bepalen welke vakken de leerling moet volgen, en wat dat vervolgens betekent voor de evaluatie en eventueel het studiebewijs. Eventueel wordt ook een deeltijds traject afgesproken, waarin 1 schooljaar gespreid wordt over 2 schooljaren. De focus ligt wel vooral op 'vakken', niet zozeer op 'leerdoelen'. Andere partners richten zich – in de beperkte tijd die beschikbaar is – op deze beslissing van de thuischool, en er wordt afgesproken wie wat doet. De thuischool blijft immers verantwoordelijk voor de evaluatie en het uitreiken van studiebewijzen. In het buitengewoon



onderwijs is deze individuele aanpak de gebruikelijke manier van werken, maar in het gewoon onderwijs is dit nieuwer.

Het blijkt geen gemakkelijke taak en verantwoordelijkheid te zijn, waar veel scholen mee worstelen. Niet zelden ontstaat er een spanningsveld tussen de verwachtingen van de school versus de mogelijkheden, beperkingen of ambities van leerlingen en ouders. Scholen verschillen in hun bereidheid om dergelijke individuele trajecten toe te staan, in lijn met de verschillen in zorgbeleid. Bovendien is er onduidelijkheid bij partnerorganisaties en ouders wat al dan niet mogelijk is. De verwachtingen die dan uiteindelijk voorop worden gesteld vanuit de thuischool blijken vaak onduidelijk voor ouders en leerlingen.

Wat leerkrachten en scholen soms ook zelf doen, is het bieden van medische zorgen op school. Wettelijk gezien mag dit echter niet. Er is een statuut 'bekwame helper' uitgewerkt dat in deze context rechtszekerheid kan bieden. Het zit al een paar jaar in de pipeline, maar de wetgeving is nog steeds niet gestemd.

Wat zijn de mogelijkheden en wat is de invloed van de meer veralgemeende introductie van afstandsonderwijs en blended leren in het (post-) coronatijdperk op de vormgeving van het onderwijs voor zieke leerlingen?

Sommige scholen gebruiken de ervaring die ze tijdens de coronaperiode ontwikkelden met digitaal afstandsonderwijs, om zelf afstandsonderwijs te voorzien voor zieke leerlingen. Ook sommige ouders verwachten dat het gebeurt.

Voornamelijk bij leerlingen die sporadisch of niet langdurig afwezig zijn, kunnen scholen eenvoudiger een online lesalternatief opzetten. Dit gebeurt meer in het gewoon en het basisonderwijs dan in het buitengewoon en het secundair onderwijs. De mate waarin scholen erop inzetten, blijkt afhankelijk van de (infrastructuur en digitale vaardigheden in) de thuiscontext van de leerling, de mate waarin de school al over digitale tools en infrastructuur beschikte, en de flexibiliteit en bereidwilligheid van het leerkrachtenteam.

In het buitengewoon onderwijs blijkt het minder evident omdat er gewerkt wordt met ervarings- en praktijkgerichte onderwijsvormen waarvoor men op dit moment nog moeilijker een digitaal alternatief kan voorzien en omdat de leerlingen sterker nood hebben aan individuele ondersteuning tijdens het leren.

Wat zijn belemmerende en bevorderende context- of omgevingsfactoren op microniveau (in het bijzonder het gezin van de leerling) en hoe wordt hier door de uitvoerende organisaties en uitvoerders rekening mee gehouden?

De kenmerken van de leerling, en in het bijzonder zijn of haar ziekte of aandoening, beïnvloeden de manier waarop scholen het onderwijsaanbod voor de leerling vormgeven. Zo blijkt de mate waarin zieke leerlingen een ondersteunende en begripvolle houding ervaren, samen te hangen met de aard van de ziekte of aandoening. Er blijkt over het algemeen meer begrip voor bekende, zichtbare aandoeningen. De aandoeningen waar minder begrip voor is – of in sommige gevallen zelfs een negatieve houding van wantrouwen tegenover bestaat – hebben volgende kenmerken: ze zijn minder zichtbaar of duidelijk gediagnosticeerd, ze zijn onvoorspelbaar, of ze gaan gepaard met moeilijk gedrag. Heel wat psychische aandoeningen vertonen een combinatie van deze kenmerken. Het heeft ook een invloed op de reactiesnelheid van scholen: vooral psychische/mentale problemen blijven langer onder de radar, omdat ze minder zichtbaar zijn, en er nog een zeker taboe op rust (bij leerkrachten of ouders), wat ze moeilijker bespreekbaar maakt. Tot slot spelen ook leerlingenkenmerken een rol in de vlotheid waarmee een geïndividualiseerd traject kan worden opgezet: het heeft te maken met het eerdere traject van het kind op de school, zowel op vlak van schoolprestaties als gedrag, cognitieve capaciteiten, of leeftijd (hoe jonger, hoe meer er nog mogelijk is). Treffend is hier dat voor sommige leerlingen leerkrachten niet *bereid* zouden zijn om een individueel traject in overweging te nemen, op basis van hun gedrag.

Ook de gezinscontext is van belang. Vaak nemen ouders het initiatief om het onderwijs voor hun kind te regelen, wat het dan sterk afhankelijk maakt van de mondigheid van ouders. Contact zoeken met de school om een aangepast traject te vragen voor je kind blijkt een grote stap die niet alle ouders durven of kunnen zetten. Er blijken twee uiterste groepen van ouders, die allebei – op een andere manier – een uitdaging vormen voor scholen.



Eenzijds ouders waarmee het contact moeilijk verloopt, omdat ze te terughoudend zijn, onbereikbaar, of niet geïnteresseerd. En anderzijds ouders die zeer dwingend of veeleisend kunnen zijn, en verwachtingen hebben die scholen niet steeds kunnen waarmaken.

Zowel in het geval dat de kenmerken van de leerling een school voor uitdagingen stelt, als in situaties waarin het contact met de ouders moeilijk loopt, schakelen scholen doorgaans het CLB in om te ondersteunen of bemiddelen.

Wat zijn belemmerende en bevorderende context- of omgevingsfactoren op macroniveau (in het bijzonder de regelgeving) en hoe wordt hier door de uitvoerende organisaties en uitvoerders rekening mee gehouden?

De maatregelen binnen het zorgbeleid van de thuischool krijgen in de praktijk vorm binnen de decretale context van de decreten leerlingenbegeleiding en het M-decreet/decreet leersteun. Langdurig en chronisch zieke leerlingen worden echter niet expliciet benoemd als doelgroep van deze decreten, terwijl deze leerlingen ook 'gewoon' leerlingen met zorgnoden zijn, en indien hun noden complex zijn, in algemene zin onderwijs voor zieke leerlingen en voor leerlingen met een beperking gelijklopend zijn.

Onderwijsvorm en -niveau blijken een rol te spelen in de mate waarin scholen er in slagen zelf maatregelen te nemen voor zieke leerlingen. Secundaire scholen lijken het beter te doen dan basisscholen, en scholen uit het buitengewoon onderwijs beter dan scholen uit het gewoon onderwijs. Dit alles heeft waarschijnlijk te maken met middelen en ervaring.

Het lerarentekort en de coronacrisis zetten druk op scholen en CLB's. Voor beiden wordt geregeld verwezen naar beperkte tijd en middelen, waardoor het niet gemakkelijk is om alert, proactief, goed georganiseerd, ondersteunend en begripvol te zijn of te blijven.



4 / Tijdelijk onderwijs aan huis (TOAH)

Leerlingen die langdurig afwezig zijn wegens ziekte of ongeval, of chronisch ziek zijn, hebben onder bepaalde voorwaarden tijdelijk recht op 4 lestijden per week onderwijs aan huis. Een leerling wordt beschouwd als 'langdurig ziek' als hij of zij meer dan 21 kalenderdagen na elkaar afwezig is door een ziekte of ongeval (weekends en vakantiedagen tellen ook, dus het gaat om 15 schooldagen). 'Chronisch ziek' betekent volgens diezelfde definitie dat een kind een terugkerende behandeling ondergaat en daarom telkens een korte periode niet naar school kan gaan. De behandeling is gespreid over meer dan 6 maanden. TOAH geldt ook voor leerlingen die afwezig zijn wegens moederschapsverlof. Tijdelijk onderwijs aan huis (TOAH) kan zowel in het gewoon als in het buitengewoon basisonderwijs en in de meeste richtingen van het secundair onderwijs. De school waar de leerling als regelmatige leerling is ingeschreven, moet zorgen voor het tijdelijk onderwijs aan huis. Dit kan thuis of in de verblijfplaats van de leerling (vb. ziekenhuis, indien er geen ziekenhuisschool is), en voor chronisch zieke leerlingen ook op school. De school beslist, in overleg met de ouders en rekening houdend met het advies van de arts, welke leraar welke vakken op welke dagen geeft.

TOAH is een recht: als de vraag wordt gesteld, moet de school er in principe op ingaan. De school moet de ouders op de hoogte brengen via vermelding in schoolreglement en door hen attent te maken op het recht. Het ministerie van Onderwijs vergoedt de school, zowel voor de bijkomende lestijden als voor de reiskosten van de leraar.

In dit hoofdstuk bespreken we achtereenvolgens:

- ▶ De omvang van TOAH en het profiel van de leerlingen die TOAH aanvragen
- ▶ De organisatie van TOAH
- ▶ Didactische praktijken
- ▶ Relevante contextfactoren in de organisatie van TOAH

Op basis van deze analyse beantwoorden we in de conclusie een aantal evaluatievragen die van toepassing zijn op TOAH.

4.1. Omvang en profiel



Data TOAH

Wanneer een TOAH-aanvraag gebeurt voor een leerling voor een bepaalde periode, wordt dit geregistreerd in Discimus. De beschikbare cijfers betreffen dus de aanvragen. Of deze ook effectief leiden tot een begeleidingstraject, wordt niet geregistreerd. Aangezien uit de interviews bleek dat scholen veelal pas een aanvraag doen als de invulling kan gegarandeerd worden (bv. beschikbare leerkracht), gebruiken we de cijfers van aanvragen als indicatie voor het effectieve aantal uitgevoerde TOAH-begeleidingen. In realiteit zal dit aantal dus waarschijnlijk lager liggen.

In het schooljaar 2020-2021 vroegen in totaal een 3000-tal leerlingen tijdelijk onderwijs aan huis aan. Op een totaal van meer dan 40.000 zieke leerlingen is dit aandeel zeer klein. Onderstaande tabel toont dat het in 2020-2021 ging om 4,8% van de leerlingen die in principe in aanmerking zouden kunnen komen in het basisonderwijs, en 6,4% in het secundair onderwijs.

In absolute aantallen zijn de aanvragen voor TOAH 3 tot 4 keer hoger in het secundair onderwijs dan in het basisonderwijs.

Tabel 19: Evolutie TOAH-aanvragen t.o.v. het totale aantal zieke leerlingen in BaO en SO

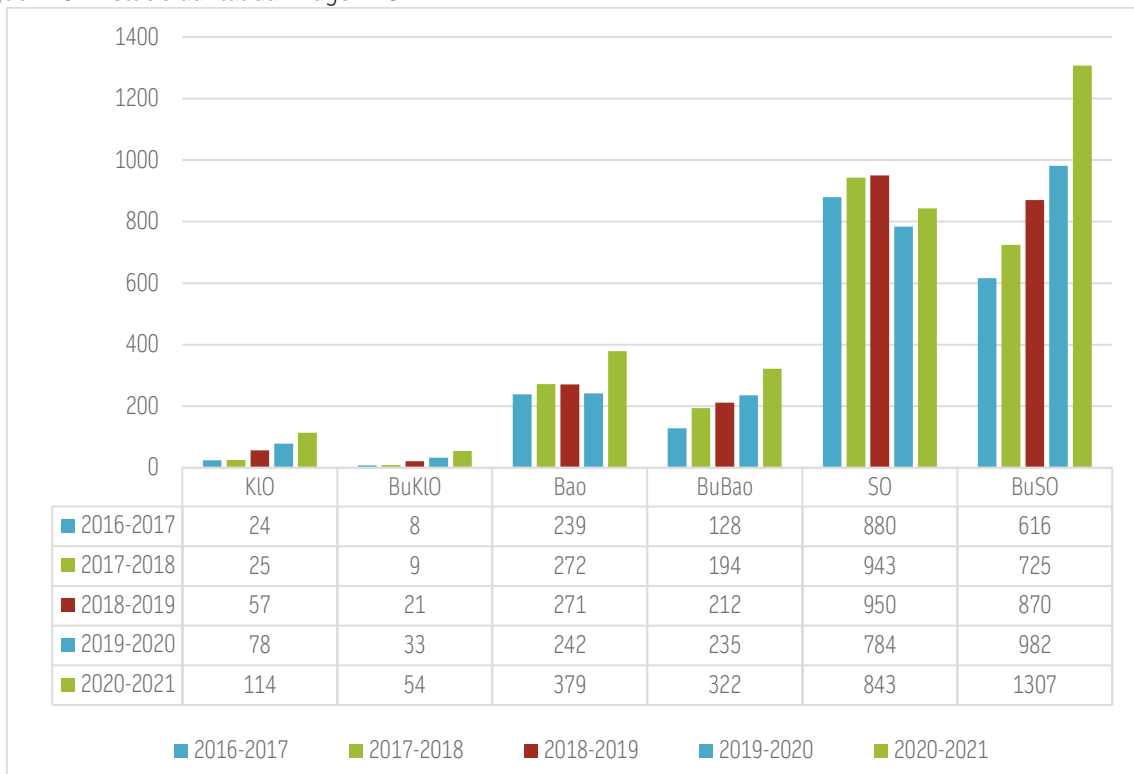
	TOAH BaO Ziek*	Totaal BaO Ziek*	Aandeel	TOAH SO Ziek	Totaal SO Ziek	Aandeel
2016-2017	340	7777	4.4%	1424	29882	4.8%
2017-2018	432	9140	4.7%	1606	32101	5%
2018-2019	446	8732	5.1%	1714	32452	5.3%
2019-2020	396	5831	6.8%	1627	19193	8.5%
2020-2021	570	11999	4.8%	1970	30548	6.4%

*Noot.** Geen kleuters meegenomen want registratie van afwezigheid wegens ziekte bij kleuters is onbetrouwbaar

TOENEMEND AANTAL AANVRAGEN

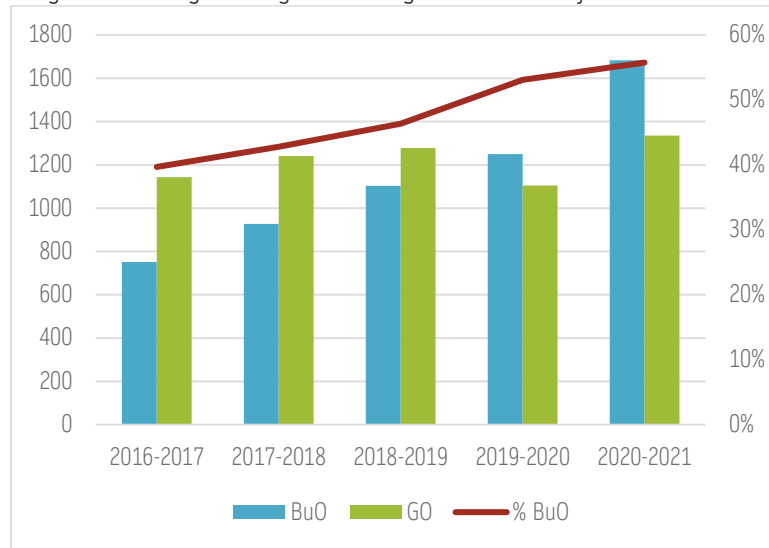
Het aantal TOAH-aanvragen is gestegen in de voorbije 5 schooljaren. Onderstaande figuur toont een toenemend aantal aanvragen in het gewoon kleuteronderwijs, het buitengewoon kleuteronderwijs, het gewoon lager onderwijs, het buitengewoon lager onderwijs en het buitengewoon secundair onderwijs. In het gewoon secundair onderwijs bleef het aantal aanvragen eerder stabiel.

Figuur 20. Evolutie aantal aanvragen TOAH



Figuur 21 bevestigt deze stabiliteit in het gewoon onderwijs en de toenemende trend in het buitengewoon onderwijs.

Figuur 21. TOAH aanvragen: verdeling buitengewoon vs. gewoon onderwijs



Actoren op het terrein bevestigen deze evolutie: zowel artsen, ondersteuners, TOAH-leerkrachten, ... Ze merken een stijging op in hun praktijk:

“De laatste jaren is toch alles serieus geëvolueerd. Het is begonnen met 1 leerling, dan even TOAH erbij te doen. Maar het is **booming business**, ik werk nu met **wachlijsten**.” (TOAH-leerkracht)

“Daarnaast organiseren scholen **regelmatig wel tijdelijk onderwijs aan huis**. Men kent dat. Maar we zien nu natuurlijk **veel meer kinderen die thuis zijn**, gedurende kortere periodes omwille van **quarantaines** enzovoort en we horen ook wel van scholen dat zij voor een enorme uitdaging staan omdat het over **zoveel leerlingen** gaat, het zijn niet meer die uitzonderingen. Het gebeurt **heel frequent** en men botst daar dan wel op ‘hoe krijg je dat nu vlot georganiseerd, als individuele leerkracht, maar ook binnen de school.’” (focusgroep ondersteuningsnetwerken)

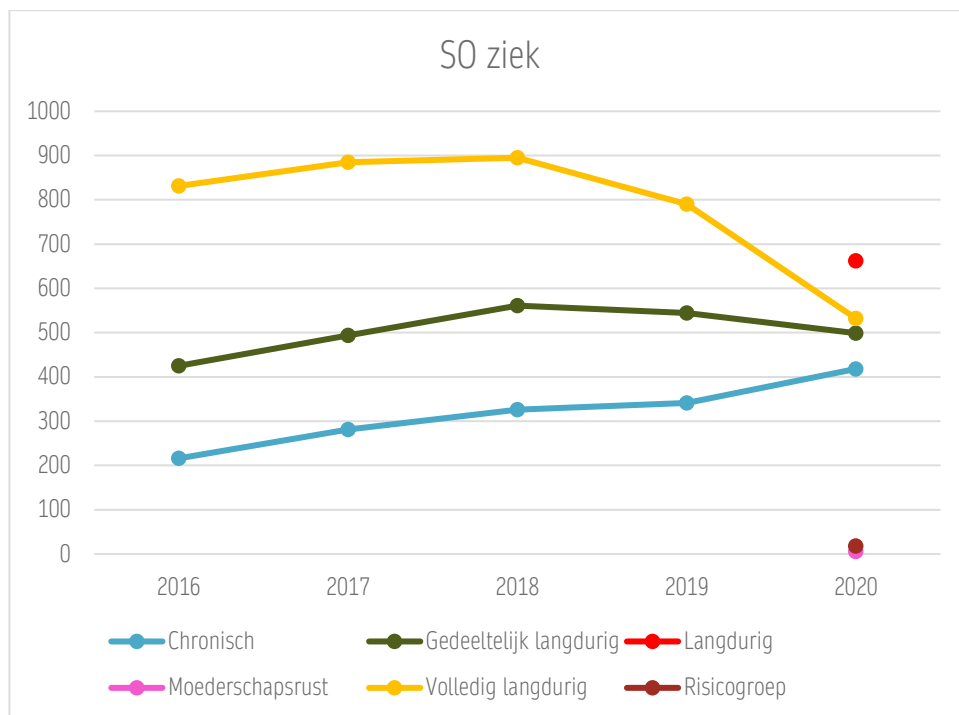
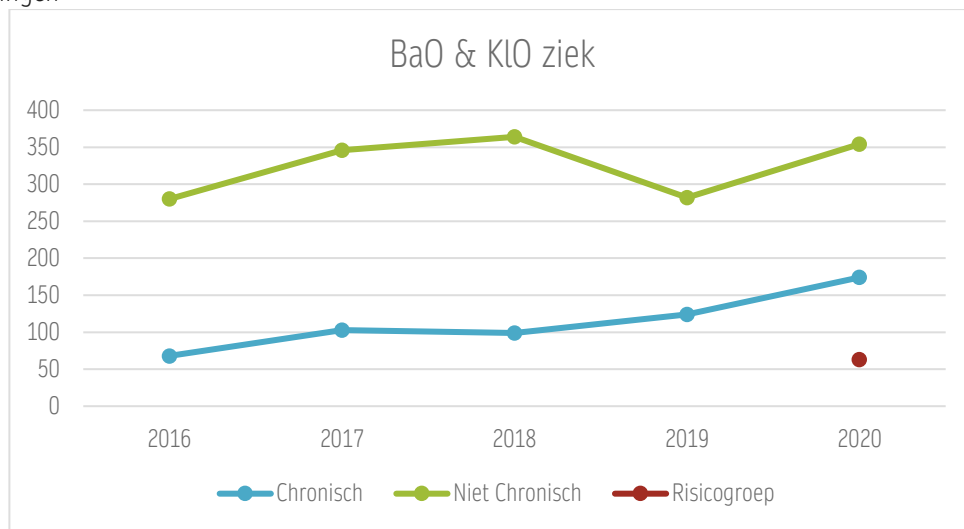
Voor het schooljaar 2020-2021 zou de toename deels aan corona toegeschreven kunnen worden: leerlingen die omwille van een verhoogde kwetsbaarheid voor het coronavirus bij zichzelf of iemand uit zijn of haar omgeving niet naar school konden gaan, konden tijdens dit schooljaar tijdelijk ook beroep doen op TOAH met reden ‘risicogroep’²⁶. Hier werd volgens sommige respondenten echter ook oneigenlijk gebruik van gemaakt, door ouders die uit angst voor besmetting hun kinderen niet naar school lieten komen. De grafieken in Figuur 22 tonen echter dat dit om kleine aantallen gaat.

Voor alle onderwijsniveaus tonen de cijfers een toename van ‘chronisch ziek’ als geregistreerde reden. Achter deze cijfers zitten (minstens) twee tendensen: de klassieke ‘langdurige’ ziekte als reden ruimt plaats voor psychische problematieken – dit volgens onze respondenten vooral in het secundair onderwijs – en chronische aandoeningen – dit volgens onze respondenten eerder in het kleuter- en basisonderwijs.

“Ik zie een paar evoluties bij ons op school. Het aantal TOAH aanvragen stijgt, dat klopt. Als ik dat vergelijk met 15 jaar geleden, **vroeger een been gebroken, scoleose, ... bedlegerig**. Terwijl ik de **laatste jaren** meer en meer leerlingen zie met **psychologische problemen**: depressie of burnout. Bij te benen terwijl dat ze thuiszitten. Dat zie ik binnen het secundair onderwijs.” (TOAH-leerkracht)

²⁶ Dit zijn de punten in onderstaande grafiek.

Figuur 22. Aantal TOAH-aanvragen per "type reden" zoals geregistreerd in Discimus voor populatie zieke leerlingen



TOENEMEND (ONRECHTMATIG?) GEBRUIK IN BUITENGEWOON ONDERWIJS

Als we dieper in de cijfers duiken, zien we dat de stijging echt uitgesproken is in het buitengewoon onderwijs, zowel kleuter, basis als secundair. Figuur 21 toont dat waar de cijfers voor gewoon onderwijs relatief stabiel blijven (m.u.v. stijging BaO in 2020-2021), de cijfers in het buitengewoon onderwijs sinds 2016 zijn blijven toenemen. In '20-'21 kwam meer dan de helft van alle TOAH-aanvragen uit het buitengewoon onderwijs.

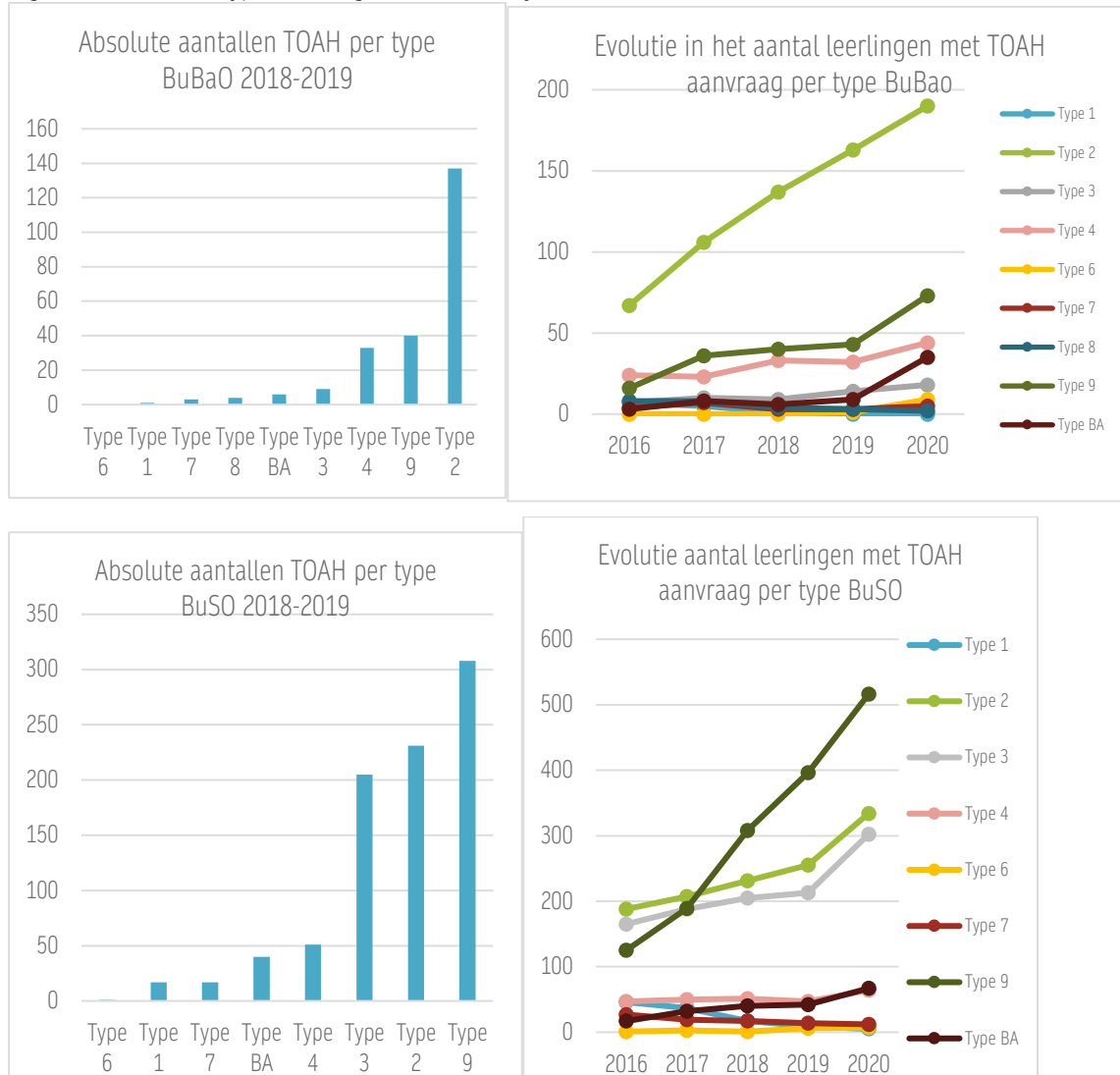
Figuur 23 toont de analyse per type buitengewoon onderwijs²⁷, in absolute aantallen. In het buitengewoon basisonderwijs wordt TOAH het meest aangevraagd in de types 2, 9 en 4. In type 2 is er een uitgesproken stijging

²⁷ De types buitengewoon onderwijs zijn:

(bijna x4) in de voorbije 5 jaar. Ook in type 9 en type 4 is er een toename, het meest uitgesproken voor type 9 in 2020. Ook type BA maakte dat jaar een opmerkelijke sprong.

In het buitengewoon secundair onderwijs wordt TOAH het meest aangevraagd in de types 9, 2 en 3. In type 9 is er een uitgesproken stijging (bijna x5) in de voorbije 5 jaar. Ook in de types 2 en 3 is er een stijgende trend (+ 50% ongeveer), met een sprong in 2020.

Figuur 23. TOAH en types buitengewoon onderwijs, in absolute aantallen



- ▶ Type BA: voor kinderen met specifieke onderwijsbehoeften voor wie het gemeenschappelijk curriculum met redelijke aanpassingen niet haalbaar is in een school voor gewoon onderwijs. Dit type vervangt sinds september 2015 geleidelijk de types 1 en 8.
- ▶ Type 1: voor kinderen met een lichte verstandelijke handicap (in afbouw)
- ▶ Type 2: voor kinderen met een verstandelijke beperking
- ▶ Type 3: voor kinderen met een emotionele of gedragsstoornis, maar zonder verstandelijke beperking
- ▶ Type 4: voor kinderen met een motorische beperking
- ▶ Type 5: voor kinderen in een ziekenhuis, een preventorium of een residentiële setting
- ▶ Type 6: voor kinderen met een visuele beperking
- ▶ Type 7: voor kinderen met een auditieve beperking of een spraak- of taalstoornis
- ▶ Type 8: voor kinderen met ernstige leerstoornissen (in afbouw)
- ▶ Type 9: voor kinderen met een autismespectrumstoornis, maar zonder verstandelijke beperking (sinds september 2015)



Het gaat dikwijls om TOAH-aanvragen voor een volledig schooljaar: dit blijkt een veel voorkomende praktijk in het buitengewoon onderwijs. Van de leerlingen in buitengewoon onderwijs waarvoor een TOAH-aanvraag werd ingediend in 2018-2019, blijkt dat meer dan de helft van de aanvragen voor een volledig schooljaar was. In het buitengewoon lager onderwijs ging dit om 58% van de leerlingen waarvoor TOAH aangevraagd werd en voor buitengewoon secundair onderwijs ging het om 51% van de aanvragen (volledig schooljaar = TOAH-aanvraag voor 300 t.e.m. 302 dagen). Ter referentie: slechts voor 5% van de leerlingen in het gewoon basisonderwijs werd een TOAH-aanvraag ingediend voor een volledig jaar en voor 9% van de leerlingen gewoon secundair onderwijs.

Uit ons kwalitatief onderzoek blijkt dat dit vaak gaat om leerlingen die op vraag van de school, niet of niet voltijds naar school gaan (en dus 'op vraag' 'ziek geschreven worden' door arts of psychiater):

“Wat je in het buitengewoon onderwijs merkt is dat sommige voorzieningen de facto **TOAH afdwingen bij ouders omdat scholen het niet aankunnen om ze voltijds op school te ontvangen.**” (internettensamenwerking CLB)

De redenen hiervoor zijn uiteenlopend, en hangen onderling samen:

- ▶ Leerlingen wiens gedrag de school voor uitdagingen stelt. TOAH wordt dan ingezet op de grens met of alternatief voor een tuchtprocedure of schorsing, en met gelijkaardige doelstellingen of samen met time-out. Dit lijkt het verhaal achter de stijgende cijfers in type 3 (gedragsproblemen en/of emotionele problemen) van het BuSO te zijn.

“Ofwel krijgen we via het CLB te horen bij een aanmelding dat een leerling al een hele historiek heeft. Dan is het heel duidelijk dat we voor hem TOAH-uren gaan opstarten. Dit vullen we dan soms aan met een **time-out procedure of aangepaste schoolse activiteiten**. Dit is de gemakkelijkste weg wanneer ook de ouders al mee zijn. De moeilijke gevallen zijn wanneer er effectief gevaar is op de school. Dan gaan we gesprekken met ouders aan. Je komt dan in een **soort tucht procedure** terecht. Soms komt er een psychiater bij ons op bezoek om de aanpak te bekijken.” (focusgroep leerlingenbegeleiders BuO)

“Recent enkele gevallen waar kind met een beperking en met attest type 3 (gedragsproblematiek), waar **ouders door school BuO gevraagd werden om voor de rest van het schooljaar, en voor volgend schooljaar een ziektebriefje te vragen aan de huisarts**. 'We gaan kind niet uitschrijven, maar we willen wel dat het voor hele schooljaar ziek is'. School zei: **'problematiek kind gaat draagkracht te boven'**.” (Kinderrechtencommissariaat)

Waarom dit specifiek zo is in het secundair onderwijs, kan eenvoudig verklaard worden door het feit dat de leerlingen fysiek groter, en dus potentieel gevaarlijker worden:

“Ik denk dat er nog een heel belangrijk verschil is tussen het lager en **secundair**: de grootte van de lichamen. Kinderen worden **fysiek veel groter en ook veel sterker**. Dat maakt dat **sommige leerlingen niet meer goed naar school** kunnen komen **omdat het gevaarlijker wordt**.” (focusgroep leerlingenbegeleiders BuO)

- ▶ Leerlingen wiens noden de school voor uitdagingen stelt. Leerlingen kunnen niet (voltijds) naar school omdat ze rust nodig hebben, hun gezondheid achteruitgaat, ... Dit lijkt het verhaal achter de cijfers van type 2 (matige of ernstige mentale achterstand) te zijn.

Leerlingenbegeleider van type 2 school lager en kleuter: “We hebben jongeren die vooral in het systeem van TOAH en POAH zitten omdat ze rust nodig hebben. Ze kunnen een volledige schoolweek niet aan. Een klasgroep van 8 is gewoon te groot. Het zijn kinderen met een ernstige of diepmentale beperking. Daarom vragen wij TOAH aan. We bekijken het week tot week samen met de mensen van de leefgroepen om te zien hoe we de rust kunnen inbouwen. We vragen TOAH meestal wel aan voor een volledig schooljaar. We bespreken dat met de ouders en met de arts. De ouders bepalen welke dokters hun begeleidt.” (focusgroep leerlingenbegeleiders BuO)



Ook hier verklaart een aspect van de ontwikkeling van het kind de hogere cijfers in het secundair onderwijs:

“Bij ons is dat zo een specifieke doelgroep dat we in onze lagere school nog wel zien groeien. Zowel lager als secundair is het bij ons type 2. Vaak is het ook **in de pubertijd** dat het zich verder uit naar **meer en meer rust** dat ze **nodig** hebben. ... De leerlingen keren meer in zichzelf.” (leerlingenbegeleider BuO)

- ▶ Leerlingen die omwille van een psychische problematiek/psychisch lijden niet naar school kunnen gaan, omdat ze moeilijk in een schoolse context, in groep kunnen functioneren. Bv. wegens autisme, angsten, neuroses, dwanghandelingen,... Dit zijn vaak leerlingen die wachten op opname in de psychiatrie of een residentiële voorziening. Dit lijkt ook het verhaal achter de hoge cijfers van type 9 te zijn, die ook hier opvallend hoger zijn in het secundair onderwijs.

“De laatste jaren veel in aanraking met TOAH geweest. In het BuSO zijn dat meestal leerlingen die **omwille van psychische problemen niet in staat zijn voltijdse praktijken in school te volgen.**” (CLB-medewerker)

“In het lager was dat vooral nodig **omdat ik door de drukte van de klas niet naar school wou**; omdat het teveel was. Ik ging dan altijd naar de logopediste die ook van school was, en ik had enkel meestal bepaalde dagen genomen tijdens de middagspeeltijd voor wat zaken in te halen zoals wiskunde. Dan merkte ik wel dat het **(TOAH) gemakkelijker** was, want **je zit thuis, hebt geen vervoer nodig ofzo.**” (leerling met autisme in type 9)

Meer onderzoek is nodig om deze dynamieken in de verschillende types van het buitengewoon onderwijs beter te begrijpen.

Scholen doen dit (buiten misschien enkele uitzonderingen) niet uit gemakzucht:

“In sommige situaties is het voor een school ook uit **gemakzucht** maar dit is **niet onze ervaring.**” (focusgroep CLB-medewerkers)

Er zijn contextfactoren die het buitengewoon onderwijs onder een druk zetten waar ze niet tegen lijken opgewassen. Ten eerste is er plaatstekort²⁸ in scholen voor buitengewoon onderwijs (vnl. OV4, type 9, type 3): leerlingen worden dan administratief ingeschreven, om de facto (enkel) TOAH te volgen. Voor het kleuteronderwijs zou er ook een samenhang kunnen zijn met de verlaging van de leerplichtleeftijd sinds schooljaar '20-21. De onderwijsinspectie stelt sindsdien immers een stijgend aantal POAH²⁹-aanvragen vast, het is plausibel dat dezelfde dynamiek ook de TOAH-aanvragen stuurt. Tot slot lijkt er ook een link te zijn met het M-decreet: dit is ingevoerd vanaf schooljaar 2015-2016³⁰ en scholen voor buitengewoon onderwijs hebben het gevoel dat ze sindsdien vooral te maken hebben met de leerlingen met de grootste zorgnoden.

“Sedert **M-decreet** signalen uit **BuO** dat zij **zwaarste gevallen** binnenkrijgen. Dit is uiteraard geen argument, maar bij kinderen met gedrags- en psychische problemen wordt de grens tussen het zorgbeleid en sanctiebeleid snel overschreden. In de case wou de school niet voor schorsing/sanctie kiezen, maar had dus een andere oplossing.” (Kinderrechtencommissariaat)

“Vroeger **voor het M-decreet** had je **meer verschillen in het type scholen**. Je had een type 2 school met 'kleinere problematieken' en een type 2 school dat zich toelagde op de 'zwaardere aandoeningen'. Je ziet dat de **scholen die zich vroeger op de cognitief sterkere kinderen focusten er nu mee worstelen om de kinderen met een zwaardere beperking de nodige ondersteuning te geven**. De scholen durven dan tegen de ouders te zeggen dat ze niet voor het kind kunnen zorgen en dat er best een medisch attest geregeld wordt op onderwijs aan huis te organiseren.” (onderwijsinspectie)

²⁸ Zie o.a. <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2022/05/05/gebrek-aan-plaatsen-in-het-buitengewoon-onderwijs/>

²⁹ Permanent Onderwijs aan Huis, zie verder.

³⁰ We hebben helaas geen cijfers van voor dat schooljaar, om kwantitatief te kunnen nagaan of er echt een breuk in de tijdsreeks is vast te stellen.



De bevroegde actoren beseffen dat op deze manier TOAH oneigenlijk wordt ingezet, op een manier waarop en voor een doelstelling waarvoor de maatregel niet bedacht was. Het is echter ingegeven door noden waarvoor ze geen andere oplossing zien.

“Tegelijkertijd heb ik het gevoel dat het gegeven TOAH, ik ga niet zeggen misbruikt wordt, **gebruikt wordt om aantal andere oplossingen te dekken**. Terwijl er mogelijk wel iets anders nodig voor is.” (TOAH-leerkracht)

“Ik heb niet het gevoel dat er een oneigenlijk gebruik van TOAH uren is in het buitengewoon onderwijs. We nemen gewoon de verantwoordelijkheid om creatief om te gaan met TOAH-uren. **Mochten er betere alternatieven** zijn zouden we hier **niet zo creatief mee moeten omgaan**.” (focusgroep leerlingenbegeleiders buitengewoon onderwijs)

ZELFDE DYNAMIEK SPEELT OOK IN HET GEWOON ONDERWIJS

Ook in het gewoon onderwijs zijn gedrag en psychische problematieken belangrijke elementen in het verhaal achter TOAH.

Niet zelden gaat het om leerlingen die ten gevolge van de wachtlijsten in de psychiatrie (deeltijds) thuis zitten in afwachting van een opname.

“Laatste jaren vallen jongeren meer langdurig uit wegens psychiatrische diagnoses: ASS, depressie,... Meldpunt registreert dit en probeert trajecten voor deze jongeren op te zetten. Ook TOAH, Type 5 en Bednet worden ingezet, samen met bv. NAFT of wat voorzieningen uit de bijzondere jeugdzorg kunnen voorzien. Bednet of **TOAH is vaak een start, voor jongeren die wachten op bv. opname**.” (Centraal meldpunt & jeugdzorg Antwerpen)

Er zijn ook leerlingen die geen school hebben die beroep doen op TOAH. In die gevallen gaat het om dezelfde doelgroep als die waar de netwerken ‘Samen tegen schooluitval’ zich op richten, m.n. jongeren die vaak ongewettigd afwezig zijn en spijbelen, definitieve uitgesloten worden en dreigen vroegtijdig en ongekwalificeerd de school te verlaten.

“Het gaat om leerlingen die **geen school** hebben op dit moment. Profiel van leerlingen: leerlingen die al 1-2-3 jaar nergens hebben gezeten. Wel ergens administratief ingeschreven, maar nooit op school zijn geraakt. Ik haal ze uit een zwart gat. In Antwerpen kennen ze me wel. Ze komen bij **centraal meldpunt**, die leggen dan de contacten.” (TOAH-leerkracht)

Tot slot zijn er nog leerlingen die een traject hebben in een veilig verblijf of andere context van jeugdhulp waarvoor TOAH de enige manier is om het leerrecht in te vullen: ook voor deze doelgroep wordt geregeld vanuit een voorziening TOAH aangevraagd op basis van een medisch attest van een psychiater en samen met een thuishoel in de buurt.

4.2. Organisatie van TOAH

In deze paragraaf bespreken we onze vaststellingen over de organisatie van TOAH. Ze worden eerst algemeen geformuleerd, over alle contexten en groepen van gebruikers heen. Tot slot gaan we in op enkele specifieke vaststellingen over TOAH in het buitengewoon onderwijs.

4.2.1 Aanvraag en opstart

De aanvraag voor TOAH gebeurt via een aanvraagformulier, waarvan deel 1 moet worden ingevuld door de school en deel 2 door de huisarts of specialist. Minstens één van de ouders gaat akkoord en doet de aanvraag. Ook een pleegouder of voogd mag tijdelijk onderwijs aan huis aanvragen. Het formulier moet worden bezorgd aan de school, die dit meldt aan Agodi. De school stelt de leerkracht aan en regelt ook de terugbetaling van de reiskosten.



75% van de ouders uit de survey die beroep deden op TOAH (n=56), vindt dat de administratie (aanvraag, registratie,...) m.b.t. TOAH vlot verliep.

86% van de scholen in onze survey geeft aan de te weten hoe TOAH aangevraagd of opgestart kan worden. Dit percentage ligt hoger in het BuO (91%) dan in het gewoon onderwijs (83%), en hoger in het secundair onderwijs (89%) dan in het BaO (79%). Dit is in lijn met de verschillen in gebruik, en dus ervaring. TOAH doet het beter in vergelijking met Bednet. Slechts 63% van de scholen geeft aan te weten hoe Bednet aan te vragen of op te starten.

66% van de scholen (n=71) screent vaak tot altijd afwezigheden van zieke leerlingen om na te gaan wie in aanmerking komt voor TOAH. Deze screening blijkt vaker plaats te vinden in het buitengewoon onderwijs dan in het gewoon onderwijs, en vaker in het secundair dan in het basisonderwijs.

“Buso zijn beter in opstarten en organiseren van TOAH dan gewone secundaire en lagere scholen. Ik heb nu uitzonderlijk (een gewone) lagere school leerling aangenomen, school in nood. Eigenlijk is die leerling ook voor school in zwarte gat gevallen... Als ik geen moeite doe om contact op te nemen met directie, wordt daar geen inspanning voor geleverd.” (TOAH-leerkracht)

Deze zelfverklaarde kennis en proactiviteit staat in contrast met de ervaringen van de ouders in onze survey: slechts 54% van de ouders die beroep deden op TOAH vindt dat de school hen voldoende informatie bezorgde over de werking van TOAH (n=56) (belangrijk hierbij te vermelden is dat 84% van deze groep in onze steekproef een kind heeft in het gewoon onderwijs, wat dus niet representatief is voor de groep van ouders die beroep doen op TOAH). Dit is in lijn met wat we in het vorig hoofdstuk vaststelden, dat het initiatief vnl. wordt genomen door ouders of andere actoren.

Uit onze data blijkt dat er voor leerlingen met lagere score op de SES-indicatoren, minder kans is dat TOAH wordt aangevraagd. Onze hypothese is dat gezien we (uit het vorige hoofdstuk) weten dat ouders een grote rol spelen in het opstarten van maatregelen voor hun ziek kind, kwetsbare ouders hun rechten minder goed kennen en kunnen laten gelden.

Tabel 20: TOAH-aanvragen volgens SES-indicator

	TOAH BaO Ziek	TOAH SO Ziek
Lage opleiding moeder	10% (vs. 33% gehele groep)	16% (vs. 36% gehele groep)
Thuis taal geen NL	6% (vs. 20% gehele groep)	6% (vs. 19% totale groep)
Schooltoelage	34% (vs. 46% gehele groep)	39% (vs. 48% totale groep)

Bron: Discimus datasets

4.2.2 Wachtperiode als drempel

Volgens de regelgeving start TOAH ‘zo spoedig mogelijk en uiterlijk vanaf de schoolweek die volgt op de week waarin de aanvraag ontvankelijk werd bevonden’. De aanvraag kan ingediend worden voor een langdurig ziek kind vanaf het moment dat het kind 21 dagen na elkaar afwezig is, en voor een chronisch ziek kind vanaf het moment dat het kind 9 halve dagen afwezig is geweest.

Op deze wachtperiode komt veel kritiek.

Zo ervaart men het onderscheid tussen langdurig en chronisch ziek als te rigide, iets dat de regelgeving – en de handhaving ervan - onnodig complex maakt.

Bovendien is deze wachtperiode een belangrijke drempel om zo snel mogelijk een gepast onderwijsaanbod op te starten. De afwezigheid moet eerst bewezen worden, terwijl men meestal al veel sneller dan na 21 dagen of 9



halve dagen weet dat ondersteuning via TOAH zinvol en nodig is. Het is ook een drempel of disincentive voor thuischolen om sneller te schakelen.

“Regelgeving rond TOAH is **ingewikkeld. 2 aanpakken** (chronisch en langdurig). Die regelgeving is verschillend. Ook geen logisch (je moet **eerst 3 weken wachten** alvorens ze les krijgen). Het zou ook makkelijker moeten zijn om sneller dingen georganiseerd te krijgen en dat **scholen** ook de **alertheid** hebben **om snel te schakelen**.
(focusgroep directeurs ziekenhuisscholen)

“3 weken aan één stuk thuis zijn! Als je weet dat kind maanden gaat ziek zijn dan kan je **toch al vroeger opstarten?**” (School & Ziekzijn)

In de praktijk wordt creatief met de regelgeving omgegaan om tegemoet te komen aan de noden van de leerling en/of de school:

- ▶ Een aanvraag doen voor of tijdens de zomervakantie (want: bij het in aanmerking nemen van de 21 opeenvolgende kalenderdagen worden de vakantieperiodes meegeteld).

“Gezien we meestal de niet-chronische TOAH aanvragen omdat dat naar organisatie veel handiger is. Je hebt 21 dagen afwezigheid en dan kan je ook iemand langdurig aanstellen. Het is ambetant dat we die 21 dagen altijd moeten wachten - zeker als het gaat om psychisch lijden. We zijn **creatief** door dit **voor de schoolvakanties aan te vragen**.” (leerlingenbegeleider buitengewoon onderwijs)

- ▶ Starten onder definitie chronisch ziek, en overgaan naar langdurig, of omgekeerd.

“Er wordt regelmatig creatief omgegaan met de definitie tussen chronisch en langdurig ziek zijn naargelang de nood van de leerling en/of school. Zo kan de verplichte wachttijd van drie weken voordat een TOAH-leerkracht toegewezen wordt voor langdurig zieke leerlingen omzeild worden. Er is de mogelijkheid dat een leerling **start onder de definitie van chronisch ziek** maar **gaandeweg** overgaat naar **langdurig ziek** – of omgekeerd. De arts is de persoon bij uitstek die bevoegd is dit onderscheid te maken.
“(TOAH-leerkracht)

De inhoud en de duurtijd van het medisch attest dat wordt uitgeschreven door de arts/psychiater bepaalt dus veel. Ten eerste of er een aanvraag voor TOAH kán gebeuren: is een leerling ‘ziek’ of niet? We zien dat andere actoren (scholen, ouders, voorzieningen, ondersteuners, ...) vragen naar een medisch attest om TOAH op te kunnen starten. Als TOAH gezien wordt als deel van de oplossing voor de leerling, gaan artsen daarin mee.

“Vaak **laat ik in augustus onze kinderpsychiater 21 dagen ziekte voorschrijven** om recht te hebben op TOAH”
(jeugdzorg)

En ten tweede bepaalt het medisch attest ook of een school de inschatting maakt of het de moeite loont om een aanvraag te doen:

“Een terugkerend probleem is dat er in eerste instantie een **ziekenbriefje** voor de **eerste vier weken** opgesteld wordt. Waardoor de school al rap geneigd is te denken **‘het is niet de moeite om voor deze korte periode TOAH-begeleiding te voorzien’**. Maar eens de vier weken voorbij zijn, komt er een tweede briefje voor een afwezigheid van nog eens vier weken.” (TOAH leerkracht)

4.2.3 Afstandsregel wordt als beperkend ervaren

De regelgeving legt beperkingen op inzake de afstand tussen de woning/het verblijf en de school. Dit mag maximum 10 km zijn voor het gewoon onderwijs en maximum 20 km voor het buitengewoon onderwijs. Indien de afstand groter is, is de school vrij om TOAH toe te staan of te weigeren.



Deze regel wordt door meerdere actoren spontaan als beperking aangehaald. Maar hij wordt blijkbaar door velen geïnterpreteerd als 'als de afstand groter is, *mag* het niet' of in de praktijk strikt toegepast door de meeste scholen, zo blijkt uit onderstaande quotes:

"Ik heb dit zelf aangevraagd en bij ons **ging** het ook **niet omdat we 5km te ver woonden**. Mocht ik Klara inschrijven bij mijn ouders op de gemeente dan lukte het wel." (focusgroep ouders)

"Het systeem TOAH an sich al complex is door het **feit dat een kind niet verder mag wonen dan 10km van de school**, dat is oké bij BaO, kinderen wonen vaak in de buurt, in het secundair is dat dikwijls wel verder." (School & Ziekzijn)

"Ik heb een jongen die in Sint-Niklaas woont en niet op school geraakt omwille van vervoersproblemen. Maar dat maakt ook dat daar **geen TOAH kan komen omdat die straal van twintig kilometer te ver is**." (focusgroep leerkrachten)

4.2.4 Te weinig TOAH-uren

TOAH kan vier lestijden per week worden aangeboden. Er is grote eensgezindheid bij alle actoren die we bevroegd hebben dat 4u/week te weinig is.

Slechts 12% van de scholen in onze survey vindt het beschikbaar aantal uren TOAH (4 lestijden per week) voldoende om het onderwijs voor zieke leerlingen te realiseren (n= 58).

Men vindt het te weinig vanuit het oogpunt van verschillende doelgroepen:

- ▶ Voor leerlingen in sterke theoretische richtingen in het gewoon onderwijs. Voor deze groep wordt vaak de combinatie met Bednet en/of School & Ziekzijn gemaakt om meer onderwijs te kunnen aanbieden (zie verder hoofdstuk 9);
- ▶ Voor leerlingen (voornamelijk uit het buitengewoon onderwijs) die niet of niet voltijds naar school gaan en waarvoor TOAH wordt ingezet om het 'leerrecht' te garanderen.

"...zit je heel **beperkt met 4 uren** als je ook nog een beetje de band wil behouden met school, het psychisch welzijn blijven houden met school en waar je dan een keuze moet maken 'welke vakken gaan we aanbieden en wie gaat daar op inzetten, hoe gaan we dat aanbieden...'. Dus ik vind de **kloof tussen de graad van afwezigheid en het kleine pakketje van vier uren een beetje groot**." (focusgroep ondersteuningsnetwerken)

Dit beperkt aantal uren doet de betrokken actoren geregeld de vraag stellen of de aanvraag wel zin heeft.

4.2.5 Tekort aan TOAH-leerkrachten zet systeem onder druk

De regelgeving rond TOAH bepaalt dat de TOAH-uren gegeven worden door een leerkracht van de thuischool, buiten de normale schooluren en niet tijdens de middagpauze, op basis van vrijwilligheid. Dit is het ideale scenario en ook het oorspronkelijk uitgangspunt van het model: de leerkracht van de eigen school komt TOAH geven, waardoor de band met de school wordt behouden.

Dit is echter niet evident. Een cruciaal probleem in de organisatie van TOAH is immers het tekort aan TOAH-leerkrachten.

Dit blijkt ook uit onze surveys. Slechts 39% van de scholen geeft aan over voldoende TOAH-leerkrachten te beschikken om TOAH aan zieke leerlingen te kunnen geven (% akkoord-helemaal akkoord, n=67). De ervaring van tekort aan leerkrachten is groter in het gewoon onderwijs dan in het buitengewoon onderwijs (43% van de scholen buitengewoon onderwijs ervaart voldoende leerkrachten TOAH t.o.v. 36% van de scholen gewoon onderwijs) en groter in het basisonderwijs en secundair onderwijs: slechts 19% van de scholen BaO ervaart een voldoende



aantal leerkrachten TOAH versus 48% van de scholen SO. 46% van de ouders geeft aan dat de school vlot TOAH-leerkrachten vond voor hun kind (% akkoord-helemaal n=56).

Dit probleem situeert zich in de context van algemeen lerarentekort, en bovendien in de context van de coronacrisis, waarin er al veel gevraagd wordt van leerkrachten, in die mate dat een vraag om TOAH te doen, ervaren wordt als 'de vraag te veel'.

“Een aspect dat niet onderschat mag worden is de druk op leerkrachten en of ze al dan niet nog aankunnen. We zijn zelfs zover dat ik het niet meer durf te vragen of leerkrachten TOAH willen doen. We gaan daarom altijd opzoek naar iemand extern.” (focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)

Een praktische hinderpaal blijkt ook te zijn dat TOAH-uren niet kunnen gepresteerd worden door leerkrachten die in een verlofstelsel zitten – zelfs als dat part-time is en ze bereid zijn om het te doen.

Dit tekort zet het systeem onder druk, waardoor het 'recht' van zieke leerlingen niet steeds gegarandeerd kan worden. Het kan scholen zelfs ervan weerhouden een aanvraag te doen: sommige scholen doen dit immers pas als de invulling kan gegarandeerd worden.

Er worden op meerdere manier oplossingen gezocht voor dit probleem:

- ▶ De leerlingenbegeleider of de directeur staat zelf in voor de TOAH-uren;
- ▶ Er wordt een vervanger gezocht om de klas over te nemen voor 4 uur, zodat de klasleerkracht naar de zieke leerling kan gaan;

Je kan als school een externe persoon aanvaarden om vier uur in de klas te staan zodat de echte leerkracht naar de zieke leerling kan gaan (TOAH leerkracht)

- ▶ School & Ziekzijn inschakelen om het tekort op te vangen;
- ▶ Indien TOAH wordt georganiseerd in of aansluitend op de ziekenhuisschool: leerkrachten uit ziekenhuisschool inschakelen en voor die uren inschrijven in de thuishooschool (wat eigenlijk volgens de regelgeving niet mag);
- ▶ De leerkrachtenpool die men in het kader van het project Klasziekaal van de provincie West-Vlaanderen zal oprichten, speelt ook in op dit probleem.

Dit laatste sluit ook aan bij een ander model dat in de praktijk ontstaan is, nl. de 'zelfstandige' TOAH-leerkrachten, die enkel TOAH geven aan leerlingen uit verschillende scholen. Zij hebben geen statuut, en administratief is het zeer complex (omdat zij kilometervergoedingen moeten indienen bij meerdere scholen), maar tegelijk spelen ze in op een reële nood en vraag.

“Het zijn de uren van de leerling en uren van de leerkracht. Dat zijn de enige uren in onderwijs die toegekend worden aan leerling, niet aan leerkracht. **Geen statuut, geen rechten.** ... Omdat het statuut van TOAH-leerkracht niet bestaat, komt een leerkracht ook op deze manier **niet in aanmerking voor vaste benoeming.** Daarnaast wordt er geen opdracht uitgeschreven, zijn ze niet aanwezig op klassenraden, ...” (TOAH-leerkracht)

“**Onnozele km vergoeding die je moet indienen bij al uw scholen.** Waar scholen al moeilijk beginnen doen van moment dat je af komt “moeten we dat ook nog beginnen doen”. Dan moet je zorgen dat scholen dat indienen. Ministerie betaalt het uit aan de scholen, moet je nog eens controleren of ze het betalen aan jou.”

“Ik heb een persoon die mijn administratie doet. Die neemt contact op met de school waar ik in dienst ga. ... In het begin is er veel misgelopen. Ik werk **30 uur per week op 7 verschillende scholen**, als ik daar allemaal tijd in zou moeten steken... Ben blij dat iemand dat opneemt, ...” (TOAH-leerkracht)

Deze TOAH-leerkrachten vinden elkaar vandaag spontaan al op Facebook, om ervaringen uit te wisselen en in contact te komen met scholen die TOAH-leerkrachten zoeken.



4.2.6 Uitvoering en opvolging complex voor scholen en Agodi

In de concrete uitvoering van TOAH in de scholen spelen leerlingenbegeleiders een grote rol. Doorgaans doen zij de organisatie en coördinatie: dit wordt als complex, veel werk en belastend ervaren (zeker ook als men het vergelijkt met School & Ziekzijn, zie verder).

“Ik heb zelf een tijd vervangend directie gedaan en ik heb dat toen moeten organiseren. Amai, wat was dat!

Planlast, bureaucratie, miserie, geen leerkrachten vinden, secretaresse mogen spelen, proberen mensen uitbetaald te krijgen, ... Ik heb daar zeer **slechte ervaringen** mee, ik ga daar heel eerlijk in zijn. Ik zie het in mijn persoonlijke omgeving ook. Ik heb in de familie iemand die heel ernstig ziek is en die krijgt tijdelijk onderwijs aan huis niet georganiseerd. Men heeft daar ook geen leerkrachten voor en ik heb toen ook S&Z aangeraden.

Dat is dan binnen de kortste keren opgestart met een zeer positief resultaat. Dus als we afwegen dan is het beter met de vzw dan met de overheid.” (zorgleerkracht case)

“Als leerlingbegeleider vind ik een traject TOAH-traject belastend om alles georganiseerd en gecoördineerd te krijgen.” “ (leerlingenbegeleider gewoon onderwijs)

“Ik heb ook het gevoel dat **scholen denken dat het enorm veel werk is** om TOAH te organiseren.” (focusgroep artsen)

Agodi staat in voor de administratie van TOAH. Daar geeft men aan dat er veel vragen komen, vnl. over het onderscheid langdurig – chronisch ziek. Bovendien ervaart men dat de regelgeving te complex is om goed te kunnen handhaven, zeker omdat het gaat over een kleine groep. In de praktijk controleert Agodi de voorwaarden bij de start, maar de inhoud van de medisch attesten, de aanwending van de middelen (i.e. het aantal uren, en hoe die worden opgebouwd op basis van langdurig versus chronisch zieke leerlingen), of TOAH al dan niet in een ziekenhuisschool wordt ingericht, ... wordt niet verder opgevolgd.

4.2.7 Competenties van de TOAH-leerkracht

Er mag niet van uitgegaan worden dat elke leerkracht de rol van TOAH-leerkracht kan opnemen. Het vraagt specifieke competenties, o.a.:

- ▶ Bemiddelen: een TOAH-leerkracht moet een goede bemiddelaar zijn, om het vertrouwen van de school en van het gezin te kunnen winnen, maar toch ook t.a.v. beide kanten grenzen te kunnen stellen.

“We hadden vorig jaar een jonge collega TOAH laten geven maar het liep na verloop van tijd uit de hand met **wat de ouder allemaal eisten**. Het is belangrijk dat de grenzen geweten zijn. Het is ook een belangrijk aandachtspunt voor de collega's die TOAH moeten aanbieden. De leerkracht die TOAH geeft is de **tussenpersoon tussen de vakleerkracht en de leerling** thuis. Meestal gaat de TOAH-leerkracht voornamelijk ondersteunen en begeleiden met wat hij aangeboden krijgt vanuit de vakleerkracht. Als TOAH-leerkracht zit je **soms tussen twee vuren** en dan is het belangrijk dat je goed kunt grenzen stellen.” (focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)

- ▶ Emotioneel kunnen omgaan met de problematiek van zieke leerlingen en de complexiteit van de verschillende thuissituaties.

“Hoe ga je om met **zieke kinderen**? Welk **toekomstperspectief** bied je hun? Waarschijnlijk zien niet alle leerkrachten dit zitten (je komt in aanraking met de **thuissituatie, slecht nieuws, huiselijk geweld**,...) ... Een TOAH-leerkracht is meer dan enkel een lesgever, je bouwt een **vertrouwensband** op met de leerling. Ook kom je in contact met andere zorgverleners binnen het gezin.” (TOAH-leerkracht)

- ▶ In sommige gevallen: kunnen omgaan met leerlingen die soms al jaren niet meer naar school gaan.

“Ik werk vaker samen met **leerlingen** die 2 – 3 jaar niet op de schoolbanken hebben gezeten. Die hebben soms wel normale begaafdheid, maar die zijn afgezakt naar busoschool OV3, BA. **Wat moeten ze er nog**



mee aanvangen? Ze komen op buso school terecht. Meestal, we proberen te werken naar integratie naar school, dat lukt niet altijd. Ik heb ook leerlingen die 5 jaar thuiszijn." (TOAH-leerkracht)

4.2.8 TOAH in het buitengewoon onderwijs

Uit paragraaf 4.1 bleek al dat TOAH in het buitengewoon onderwijs geregeld wordt ingezet op een manier waarop het eigenlijk niet bedoeld is. Hieronder bespreken we enkele observaties over hoe dit concreet gebeurt in de praktijk.

GRENS MET PERMANENT ONDERWIJS AAN HUIS (POAH)

Permanent onderwijs aan huis (POAH) is een systeem voor leerlingen die door een beperking niet naar school kunnen, maar wel onderwijsbegeleiding aankunnen. Het geldt enkel voor leerlingen met een verslag voor toegang tot het buitengewoon onderwijs. Het gaat net zoals TOAH om 4 lestijden/week.

De laatste jaren zien we een stijging in het aantal leerlingen in POAH (zowel in de totale populatie leerlingen als in de doelgroep zieke leerlingen).

Tabel 21. Aantallen leerlingen Permanent Onderwijs Aan Huis (POAH) per schooljaar in buitengewoon basis (BaO) en buitengewoon secundair onderwijs (SO) (zowel in de doelgroep zieke leerlingen als in de totale populatie leerlingen)

	BaO ziek	BaO	SO ziek	SO
2016	8	39	5	54
2017	22	69	23	80
2018	36	88	17	95
2019	40	103	35	131
2020	44	121	34	144

In 2019 rapporteerde de onderwijsinspectie over een doorlichting van POAH: *Een aantal bezochte scholen kan niet goed inschatten wanneer kinderen en jongeren in aanmerking komen voor POAH en wanneer voor TOAH. Daarnaast is voor sommige scholen het onderscheid tussen POAH en TOAH niet duidelijk. Sommige scholen vragen zich af of POAH net als TOAH kan gecombineerd worden met synchroon internetonderwijs.* (Onderwijs Spiegel 2019, p. 111)

In de praktijk wordt TOAH – hoewel 'tijdelijk' – vaak ingezet voor leerlingen die permanent in het systeem blijven. Dit gebeurt in overleg met de arts en met ouders.

De afwegingen die scholen maken in keuze voor POAH of TOAH zijn o.m.:

- ▶ Als POAH-uren gegroepeerd worden, dan genereren ze bijscholingsuren en klassenraaduren. Dit doen TOAH-uren niet.
- ▶ POAH genereert paramedische omkadering in het secundair onderwijs, niet in het basisonderwijs. De onderwijsinspectie stelt vast dat in het buitengewoon lager leerling meer in TOAH blijven en bij de overstap naar buitengewoon secundair de aanvraag naar POAH gebeurt.
- ▶ Het doorslaggevende argument lijkt te zijn dat TOAH als logischer en organisatorisch gemakkelijker wordt ervaren, en POAH als complexer en moeilijker. POAH vraagt immers goedkeuring door het Zorgpunt Onderwijsinspectie. Zorgpunt bewaakt het leerrecht van elke leerling; het toewijzen van POAH betekent immers het reduceren van de leertijd van het kind tot 4 uur. Ook bij POAH houdt de inspectie re-integratie in de thuishoofschool voor ogen. Bovendien wijst Zorgpunt de dienstverlenende school aan. De inspectie geeft aan dat ze de laatste jaren strenger zijn geworden. De strengere beoordeling blijkt een pervers neveneffect



te hebben: als Zorgpunt dossiers uitstelt of POAH afwijst, vallen de scholen terug op TOAH (en wordt de leertijd van de leerling alsnog gereduceerd...). De strengere beoordeling lijkt de afgelopen jaren niet geleid te hebben tot minder POAH aangezien het aantal leerlingen dat hier beroep op doet, toeneemt (zie Tabel 21).

ARTIFICIEEL HALFTIJDSE TRAJECTEN?

Er zijn indicaties dat de wens om TOAH in te zetten voor leerlingen die niet voltijds naar school kunnen of mogen komen, ertoe leidt dat die leerlingen halftijds thuisblijven, terwijl ze meer uren school aan zouden kunnen:

“Als we **TOAH** aanbieden dan mag de leerling **maar maximaal halftijds naar school** komen. De leerling kan dan vaak wel meer naar school komen maar dit is niet toegelaten. Een betere situatie zou zijn dat er geen limiet is en meer flexibiliteit. Dit komt voor wanneer leerlingen omwille van sociaal emotionele redenen niet voltijds naar school kunnen komen.” (focusgroep leerlingenbegeleiders BuO, maar ook gehoord in focusgroep ondersteuningsnetwerken)

Dit lijkt gebaseerd op een interpretatie van de bepaling uit de omzendbrief dat het recht op TOAH blijft zolang een kind minder dan halftijds naar school kan gaan: *Een kind dat - na een ononderbroken afwezigheid van 21 kalenderdagen - wegens ziekte of ongeval op weekbasis minder dan halftijds (minder dan 5 halve dagen) aanwezig kan zijn op school, blijft recht hebben op Tijdelijk Onderwijs aan Huis. In dit geval kunnen Tijdelijk Onderwijs aan Huis en onderwijs op school gecombineerd worden. We vermijden zo dat herstellende jongeren onmiddellijk het recht op onderwijs aan huis verliezen.*

'TOAH-KLASJES' IN EEN VOORZIENING

In het buitengewoon onderwijs genereert een school vaak zoveel TOAH-uren dat er meerdere leerkrachten zijn die enkel TOAH geven en er soms zelfs sprake is van een 'vakgroep TOAH':

“We hebben er echt voor gekozen om de **TOAH-leerkrachten samen** te brengen in een **vakgroep TOAH** waar een tweemaandelijks vergadering georganiseerd wordt. We hebben momenteel een 6-tal TOAH leerkrachten.” (focusgroep leerlingenbegeleiders buitengewoon onderwijs)

In veel gevallen wordt het onderwijs gegeven in een multifunctioneel centrum (MFC) op hetzelfde domein als de school. Zo bestaan in de realiteit 'POAH of TOAH' klasjes. Dan clustert de school de individuele 4 uren en geeft in kleine groepjes les in het MFC.

Een vergelijkbaar model zien we ontstaan in voorzieningen voor bijzondere jeugdzorg zonder onderwijsaanbod:

“Je zou kunnen zeggen dat dit een **creatieve toepassing** is van **TOAH**. Maar het zijn jongeren die anders gewoon in een **voorziening** zitten. Dus als je ze **samen clustert** kan je **schooluitval voorkomen** met beperkte middelen.” (coördinatoren jeugdhulp – samen tegen schooluitval)

4.3. Didactische praktijken

In deze paragraaf bespreken we onze vaststellingen over de didactische praktijken van TOAH.

Achtereenvolgens komen onderstaande thema's aan bod:

- ▶ Leerdoelen, leerstof en evaluatie
- ▶ Aanpak en werkvormen
- ▶ Communicatie met de thuischool
- ▶ TOAH en re-integratie
- ▶ Competenties van de TOAH-leerkracht



- ▶ Impact afstandsonderwijs

4.3.1 Leerdoelen, leerstof en evaluatie

Wat het onderwijsaanbod betreft, zegt de regelgeving dat TOAH wordt ingezet voor de vakken die belangrijk zijn voor het kind. De school beslist welke. In de praktijk wordt TOAH dus heel vaak gecombineerd met een geïndividualiseerd leertraject op basis van vrijstellingen (zie 3.3.1), en sommige vakken worden dan via TOAH onderwezen.

Qua leerstof gaat de TOAH-leerkracht voornamelijk ondersteunen en begeleiden met wat hij of zij aangeboden krijgt door de vakleerkrachten. Een uitdaging hierbij – zeker in het secundair onderwijs - zijn de verschillende eisen van verschillende leerkrachten, en daarbij zorgen dat het niet te veel wordt voor de leerling.

“Ik heb vroeger ook een leerling begeleid als TOAH-leerkracht. Daar botste ik vooral op de verschillende profielen van leerkrachten van wie je informatie moet ontvangen. Je stelt een algemene vraag van wat er essentieel is voor de leerkracht. Van de collega Frans krijg je dan bij wijze van spreken een heel boek terwijl de collega Nederlands zegt dat de student zich vorig jaar al voldoende bewezen heeft. Je botst op **verschillende eisen vanuit het team van leerkrachten in de klassenraad.**” (focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)

Ook het doorgeven van lesmateriaal blijkt al eens een probleem te zijn: bv. 57% van de ouders vindt dat de TOAH-leerkrachten vlot de lesmaterialen kregen van de school van hun kind (% akkoord-helemaal, n=56).

Op het vlak van evaluatie wordt de TOAH-leerkracht ook betrokken. Ze worden geregeld betrokken in de deliberatie en uitgenodigd op klassenraden. Soms moeten ze ook examens afnemen.

Naast werken met en verwerken van het materiaal van de school, spelen (vooral de zelfstandige) TOAH-leerkrachten vaak ook in op vragen en interesses leerling: het kan gaan om bv. notenleer, koken, contact met mensen, ... Nadeel hier is dat het materiaal hiervoor door de TOAH-leerkracht zelf moet aangekocht worden.

Op vlak van afspraken met de TOAH-leerkracht wordt TOAH positief beoordeeld door de ouders in de survey:

- ▶ 77% van de ouders vindt dat het uurrooster TOAH haalbaar was voor hun kind (% akkoord-helemaal, n=56).
- ▶ 73% van de ouders vindt dat de verwachtingen van de TOAH-leerkracht(en) steeds duidelijk waren voor hun kind (% akkoord-helemaal akkoord, n=56).

4.3.2 Aanpak en werkvormen

De werkvorm bij TOAH is 1-op-1 onderwijs (tenzij in de 'TOAH-klasjes' waarvan eerder sprake). TOAH-leerkrachten hebben veel vrijheid in de concrete aanpak die ze hanteren, en kunnen zo flexibel inspelen op de noden en vragen van leerlingen.

Er kan zo zeer efficiënt geleerd worden, vooral door cognitief sterke leerlingen. Voor leerlingen waar de achterstand groot is, wordt ook ingezet op welbevinden en op de basisvoorwaarden (vaardigheden/attitudes) om eventueel terug tot onderwijs te kunnen komen. Deze aanpak is sterk coachend.

“Het voordeel van TOAH doordat het **1-op-1 onderwijs** is dat je veel **efficiënter** kunt werken en het kind kunt opvolgen. Met TOAH kan je de uren zelf invullen **afhankelijk van de noden van het kind**. De vier uur kan zelf ingevuld worden door het kind en de TOAH-leerkracht.” (focusgroep artsen)

“In meeste gevallen krijg ik gewoon **carte blanche**. Dan moet je gaan **coachen**, mannen terug op de rails krijgen. Dan spreek je niet over weken, maanden, maar jaren. De bedoeling is om druk weg te nemen. Kinderen zitten zo onder de stress. Als ik druk geef, kunnen ze even goed naar school gestuurd worden, en hebben ze hetzelfde slechte gevoel. We proberen contact te houden met onderwijs.” (TOAH-leerkracht)



Vanuit die aanpak worden TOAH-leerkrachten vaak een vertrouwenspersoon voor de leerling en het gezin. Globaal genomen beoordelen de ouders in de survey hun ervaringen over de aanpak van de TOAH-leerkracht positief:

- ▶ 75% van de ouders vindt dat hun kind zich snel op zijn/haar gemak voelde bij de TOAH-leerkracht(en) (% akkoord-helemaal akkoord, n=56)
- ▶ 77% van de ouders vindt dat het contact met de TOAH-leerkrachten vlot verliep (% akkoord-helemaal, n=56).
- ▶ 79% van de ouders is tevreden over de kwaliteit van het onderwijs dat hun kind kreeg via TOAH (% akkoord-helemaal akkoord, n=56).

4.3.3 Communicatie met thuishoel

Communicatie tussen de TOAH-leerkracht en de thuishoel is een aandachtspunt. In onze survey vond 68% van de ouders dat er voldoende contact en afstemming was tussen de TOAH-leerkrachten en de school van hun kind (% akkoord-helemaal, n=56).

Deze communicatie is grotere uitdaging voor 'zelfstandige' TOAH-leerkrachten dan voor leerkrachten uit het team zelf. Ook bij leerlingen die in de praktijk al jaren niet naar school gaan, wordt de communicatie moeilijker. Soms is de relatie positief en wordt de (externe) TOAH-leerkracht gezien als deel van het schoolteam. In andere gevallen is de afstemming op en betrokkenheid bij de thuishoel een aandachtspunt.

"Ik heb soms het gevoel dat ofwel de TOAH-leerkracht niet gezien of erkend wordt. In mijn ervaring kom ik aan bod omdat ik mezelf aanbod laat brengen... Ik vond het zo eigenaardig dat ik vaststelde dat ik niet uitgenodigd werd op het overleg. Als ik degene ben die het meeste contact heb, vind ik het eigenaardig dat ik niet wordt uitgenodigd. Dat is nu wel aan het evolueren precies;" (TOAH-leerkracht)

Praktisch gebeurt de uitwisseling op uiteenlopende manieren. Doorgaans wordt lesmateriaal gedeeld via een online leerplatform (bv. Google Classrooms, Smartschool,...). Daarnaast is er ook veel rechtstreekse e-mailcommunicatie tussen de leerkracht(en) van de thuishoel en de TOAH-leerkracht, soms ook via Whatsapp,...: vooraf worden het lesmateriaal en/of de leerdoelen doorgegeven, achteraf koppelt de TOAH-leerkracht terug.

"Bij mij is het inderdaad ook zo dat ik met de TOAH-leerkracht echt wel afspreek wat er gegeven wordt op het moment dat er les gegeven wordt door hem. Ook met het ziekenhuis heb ik nauw contact. Dus de meester die daar lesgeeft weet ook perfect wat ik die week allemaal in de klas doe en die probeert dan ook zoveel mogelijk met de leerlingen te doen. Ik word daar ook van op de hoogte gehouden en dan op het einde van de week weet ik ook wat dat er inderdaad effectief ook gebeurd is qua lessen en welke niet." (focusgroep leerkrachten)

4.3.4 TOAH en re-integratie

TOAH is bedoeld als 'tijdelijk', re-integratie in de thuishoel moet dus steeds een aandachtspunt zijn. De regelgeving bevat volgende bepalingen over de einddatum:

- ▶ Langdurig zieke leerlingen: einddatum op ziekteattest. Recht blijft behouden wanneer kind opnieuw ziek wordt binnen 3 maanden na een periode van TOAH of bij verlenging van de ziekteperiode.
- ▶ Chronisch zieke leerlingen: per 9 halve dagen afwezigheid recht op 4 uur onderwijs aan huis.
- ▶ Moederschapsverlof: tot 3 weken na het moederschapsverlof en tot maximaal 9 weken na de bevalling.

De leerlingenbegeleiding, maar vooral het CLB waakt erover dat TOAH niet de 'default' optie wordt (soms tevergeefs, zie hoger), want hoe langer TOAH duurt hoe moeilijker de re-integratie naar school is.

"Ik denk dat we hier als CLB een grote rol te vervullen hebben. In eerste plaats kan je het inzetten als middel dat te verantwoorden valt maar na verloop van tijd moeten we dit wel evalueren. Ouders nestelen zich hier rap



in. Het mag niet de default optie worden want je neemt het kind uit normale schoolomgeving.” (focusgroep CLB-medewerkers)

In bovenstaand citaat wordt verwezen naar ouders die zich in de situatie nestelen, maar ook voor leerlingen blijkt die overstap van 1-op-1 onderwijs terug naar een klasomgeving niet evident:

“Ik vind dat soms, de structuur is wel heel anders in een klas dan thuis. Bij mij gaat het dus ook weer om die kleuter die nog nooit een klas structuur heeft meegemaakt. Hij is altijd thuis en is gewoon om heel veel aandacht te krijgen van zijn ouders, nu ook van mij één op één altijd... Dan denk ik oei als hij dan in de klas verband komt ja gaat hij de juf ook moeten delen met al die twintig andere kindjes en je ziet dat hij nog niet echt gewoon is. ... Maar dat zijn dan wel dingen dat ik denk dat dat **voor hem nog heel hard wennen** gaat zijn **wanneer dat hij terug naar het klasverband gaat komen.**” (focusgroep TOAH-leerkrachten)

Idealiter is TOAH ingebed in een traject, als deel van de oplossing. In dit verband zien we voorbeelden waarin TOAH als maatregel bewust wordt ingezet als instrument in het re-integratieproces met de TOAH-leerkracht in een verbindende rol:

“Mijn laatste ervaring was een meisje dat langdurig opgenomen was door psychose. Terugkeer naar school was niet meteen mogelijk. **Via TOAH** proberen we het **onderwijs stilletjes aan terug te starten.**” (focusgroep CLB-medewerkers)

“**TOAH-leerkracht** speelt een **verbindende rol** tussen de ouders en de school en het kind en de school. Door het feit dat er een TOAH-leerkracht is voelen ouders zich aan de school verbonden - ongeacht of de TOAH-leerkracht zelf verbonden is aan de school.” (TOAH-leerkracht)

4.3.5 Invloed veralgemeende digitalisering t.g.v. corona

Onder invloed van de veralgemeende digitalisering t.g.v. corona is ook TOAH gedigitaliseerd. Dit toont zich sterk in de communicatie tussen de TOAH-leerkracht en de thuischool: dit verloopt gemakkelijker online.

In enkele gevallen werden tijdens de corona-periode TOAH-lessen online gegeven, om hoogrisicocontact te vermijden of bij leerlingen wiens immuunsysteem verzwakt was. Hierbij blijkt het wel belangrijk te zijn dat de leerling en de leerkracht elkaar al kennen. Men is het erover eens dat online les geenszins de leerkracht aan huis vervangt.

Tot slot stelden we ook vast dat er sinds corona meer en meer didactisch materiaal online beschikbaar is. Dit maakt het gemakkelijker om materiaal te delen of om materiaal te vinden op maat van de leerling.

“Dan hebben ook heel veel **uitgeverijen** daarop gesprongen en heel veel **filmpjes** die ze **online** konden bekijken, via Bingel die dan **open** werd **gesteld** voor alles, op maat van de leerling gemakkelijker eigenlijk.” (focusgroep ondersteuningsnetwerken)

4.4. Contextfactoren

Het spreekt voor zich dat voor de organisatie van Tijdelijk Onderwijs aan Huis, de thuissituatie van de leerling de cruciale contextfactor is.

In onze survey vond 75% van de ouders dat ze tijdens de TOAH-lessen gemakkelijk een plek konden voorzien in de thuiscontext voor de TOAH-leerkracht(en) en hun kind om de les te laten plaatsvinden (% akkoord-helemaal akkoord, n=56).

We weten echter dat onze steekproef niet representatief is voor de totale groep van ouders wiens kind beroep doet op TOAH. In sommige gezinnen is een rustige, gezonde werkplek niet mogelijk. Dit is in eerste instantie



belangrijk voor het kind, maar bepaalt ook of leerkrachten het al dan niet zien zitten om bij een leerling langs te gaan.

“We hebben bijvoorbeeld ooit een leerling gehad waar thuis ook nog 4 kleuters rondliepen. Als er **thuis geen mogelijkheid is om in stilte TOAH te geven** dan is het soms beter om TOAH in school te organiseren. Langs de andere kant geeft de leerkracht soms aan dat hij/zij het niet zitten om bij de leerling thuis langs te gaan. De thuiscontext speelt een grote rol in de organisatie van TOAH.” (focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)

“Soms vragen leerkrachten ook om het op school te laten doorgaan omdat de **thuis situatie te rumoerig of ongezond (roken) is.**” (focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)

Daarnaast moeten ouders ervoor open staan om een leerkracht thuis te ontvangen. Gebrek aan openheid op dit vlak kan te maken hebben met o.a. thuistaal, een negatieve houding t.a.v. school/onderwijs, schaamte over de thuis situatie, ... De verwachtingen t.a.v. ouders i.k.v. TOAH zijn hoog: er wordt verwacht dat ze aanwezig zijn tijdens het lesmoment, ondersteuning bieden, ... en dit in een context waarin de ziekte van hun kind hen al sterk onder druk zet.

“Men rekent gewoon erop dat die ouders er staan, dat die meedoen, de verwachtingen zijn daar ook wel heel hoog. Ik ben zelf ook ouder, als het niet goed gaat met uw kind en men rekent 100% op u, dat is ook niet evident. Ik denk dat we dat perspectief absoluut ook niet mogen vergeten en dat dat dus er ook allemaal mee voor zorgt of dat iets slaagt of niet slaagt. De **verwachtingen van die school naar die ouders toe, kunnen die mensen dat wel waarmaken?** Ik denk dat ook voor dat TOAH die verschillende perspectieven daarin meenemen een zeer belangrijke is.” (focusgroep ondersteuningsnetwerk)

Dit zijn allemaal argumenten in het pleidooi dat we vaak gehoord hebben, om TOAH ook op school of in een voorziening te kunnen laten doorgaan. Volgens de huidige regelgeving kan dit enkel voor chronisch zieke leerlingen.

Ook praktijklessen kunnen uiteraard niet thuis worden georganiseerd. In onderstaand voorbeeld werd gebruik gemaakt van de mogelijkheid³¹ om de lessen na de uren op school te laten doorgaan:

“We hebben het ook toegepast voor leerlingen in het secundair, in een technische school waar we dan zeggen ‘eigenlijk, de leerling is volledig thuis, maar **voor 4 praktijken** laten we **die leerling naar school** komen’. We hebben dat toegepast voor leerlingen die na schooluren zelfs les hadden, een leerling met schoolfobie waar we dan gezegd hebben van ‘kijk, **om 15u30, kan je twee uren praktijk volgen**’, TOAH/individueel maar **in de school**. Zo hebben we het toegepast, omwille van het materiaal dat je niet thuis kan aanbieden.” (focusgroep ondersteuningsnetwerken)

4.5. Conclusie

Op basis van de inzichten uit dit hoofdstuk, kunnen we voor deze maatregel een antwoord formuleren op de volgende evaluatievragen:

Hoeveel leerlingen maken **gebruik van de verschillende maatregelen**, wat is hun **profiel**, en welke **patronen en evoluties** kunnen daarin worden vastgesteld: in welke mate worden bepaalde maatregelen ten aanzien van jongeren afwezig omwille van medische redenen meer/minder gebruikt? Welke **maatregelen** worden **goed benut** en welke maatregelen worden **onderbenut**? Wat zijn hiervoor verklaringen?

³¹ Volgens de regelgeving enkel voor chronisch zieke leerlingen



TOAH werd in schooljaar '20-'21 aangevraagd door in totaal een 3000-tal leerlingen. Dit is slechts een klein percentage (5-6%) van de groep zieke leerlingen die er potentieel beroep op zou kunnen doen. Het aantal TOAH-aanvragen ligt 3 tot 4 keer hoger in het secundair onderwijs dan in het basisonderwijs.

Meer dan de helft van de TOAH-aanvragen komt uit het buitengewoon onderwijs. In het buitengewoon basisonderwijs wordt TOAH het meest aangevraagd in de types 2, 9 en 4. In type 2 is er een uitgesproken stijging (bijna x4) in de voorbije 5 jaar. Ook in type 9 en type 4 is er een toename. In het buitengewoon secundair onderwijs wordt TOAH het meest aangevraagd in de types 9, 2 en 3. In type 9 is er een uitgesproken stijging (bijna x5) in de voorbije 5 jaar. Ook in de types 2 en 3 is er een stijgende trend (+ 50% ongeveer).

De aanvragen voor TOAH zijn in de voorbije 5 schooljaren toegenomen in alle onderwijsniveaus en -vormen, enkel in het gewoon secundair onderwijs bleef het niveau stabiel.

Voor het schooljaar 2020-2021 zou de toename deels aan corona toegeschreven kunnen worden: leerlingen die omwille van een verhoogde kwetsbaarheid voor het coronavirus bij zichzelf of iemand uit zijn of haar omgeving niet naar school konden gaan, konden tijdens dit schooljaar tijdelijk ook beroep doen op TOAH met reden 'risicogroep'. De beschikbare cijfers tonen echter dat dit om kleine aantallen gaat, die de toename niet kunnen verklaren. Voor alle onderwijsniveaus tonen de cijfers wel duidelijk een toename van 'chronisch ziek' als geregistreerde reden. Achter deze cijfers zitten (minstens) twee tendensen: de klassieke 'langdurige' ziekte als reden ruimt plaats voor psychische problematieken – dit volgens onze respondenten vooral in het secundair onderwijs – en chronische aandoeningen – dit volgens onze respondenten eerder in het kleuter- en .

Hoe organiseert de thuishoel zich om zo snel mogelijk een gepast onderwijsaanbod aan zieke leerlingen te garanderen, bijvoorbeeld inzake inzet van personeel, organisatie, ...? Hoe garanderen ze dat ze de organisatorische capaciteit en het personeel en de expertise hebben om onderwijs aan zieke leerlingen te voorzien?

We durven concluderen dat de meeste scholen wel weten hoe TOAH aangevraagd of opgestart moet worden. Scholen voor buitengewoon onderwijs en secundaire scholen zijn hier meer vertrouwd mee, in lijn met de verschillen in gebruik, en dus ervaring. Doorgaans doet de leerlingenbegeleider de organisatie en coördinatie in de thuishoel. Dit wordt als complex en belastend ervaren.

Een eerste knelpunt in de organisatie van TOAH is de wachtperiode. De aanvraag kan ingediend worden voor een langdurig ziek kind vanaf het moment dat het kind 21 dagen na elkaar afwezig is, en voor een chronisch ziek kind vanaf het moment dat het kind 9 halve dagen afwezig is geweest. Het feit dat de afwezigheid eerst bewezen moet worden voordat de aanvraag kan gebeuren, terwijl men vaak al sneller weet dat TOAH zinvol en nodig is, is een belangrijke drempel om zo snel mogelijk een gepast onderwijsaanbod op te starten. Het onderscheid tussen langdurig en chronisch ziek is daarbij rigide en overbodig. In de praktijk wordt creatief met de regelgeving omgegaan om tegemoet te komen aan de noden van de leerling en/of de school, bv. door te starten onder de definitie 'chronisch ziek', en over te gaan naar 'langdurig', of omgekeerd. De inhoud en de duurtijd van het medisch attest is cruciaal: het bepaalt of er gestart kan worden en of een school de inschatting maakt of het 'de moeite loont' om een aanvraag te doen.

Een tweede knelpunt is de afstandsregel (de afstand tussen de woning/het officiële verblijf en de school mag maximum 10 km zijn voor het gewoon onderwijs en maximum 20 km voor het buitengewoon onderwijs): deze wordt in de praktijk strikt toegepast en als beperkend ervaren.

Voorts is men het er algemeen over eens dat 4 lestijden/week te weinig zijn, zowel voor de doelgroep van leerlingen in sterke theoretische richtingen in het gewoon onderwijs, als voor de groep van leerlingen (voornamelijk uit het buitengewoon onderwijs) die niet of niet voltijds naar school gaan en waarvoor TOAH wordt ingezet om toch nog een minimaal onderwijsaanbod te voorzien en zo het 'leerrecht' te garanderen. Ook dit beperkt aantal uren doet de betrokken actoren geregeld de vraag stellen of de aanvraag wel zin heeft.



En dan tot slot het grootste struikelblok in het systeem, is het tekort aan TOAH-leerkrachten. Dit situeert zich in de context van algemeen lerarentekort, en bovendien in de context van de coronacrisis, waarin er al veel gevraagd werd van leerkrachten. Scholen slagen er vaak niet in het personeel te vinden om TOAH te organiseren, wat hen er soms van weerhoudt een aanvraag te doen. Opmerkelijk zijn de 'zelfstandige' TOAH-leerkrachten die hier en daar in Vlaanderen actief zijn: zij geven enkel TOAH aan leerlingen uit verschillende scholen, en spelen zo op een reële nood en vraag in. Echter: omdat zij werken in een systeem dat er eigenlijk niet voor ontworpen is, hebben ze geen statuut en is hun administratieve situatie niet optimaal.

Wat de nodige expertise betreft, is een belangrijk inzicht dat er specifieke competenties nodig zijn om de rol van TOAH-leerkracht goed te kunnen opnemen. De eerste is bemiddelen: tussen de eisen van de vakleerkrachten en de verwachtingen van de ouders, met de noden en mogelijkheden van de zieke leerling voor ogen. Vervolgens moet de leerkracht emotioneel kunnen omgaan met de problematiek van zieke leerlingen en de complexiteit van de verschillende thuissituaties, en in sommige gevallen moet men ook kunnen omgaan met leerlingen die soms al jaren niet meer naar school gaan.

Op welke wijze worden de maatregelen ten aanzien van zieke leerlingen onderwijskundig vormgegeven? Welke didactische praktijken zijn er (o.a. aard van het aanbod, inhoud, omvang, timing, werkvormen, enzovoort)? In welke mate en hoe wordt er ingezet op betrokkenheid van de zieke leerling?

Het vertrekpunt van TOAH op didactisch vlak is in de meeste gevallen het geïndividualiseerd leertraject op basis van vrijstellingen dat wordt voorgesteld in de thuischool. Sommige vakken worden dan via TOAH onderwezen. Qua leerstof werkt de TOAH-leerkracht met wat aangeboden wordt vanuit de vakleerkrachten. Een uitdaging hierbij – zeker in het secundair onderwijs – zijn de verschillende eisen van verschillende leerkrachten, en daarbij zorgen dat het niet te veel wordt voor de leerling. Op het vlak van evaluatie (bv. deliberatie, klassenraad) wordt de TOAH-leerkracht geregeld ook betrokken. Naast de 'verplichte' vakken vanuit de thuischool, spelen TOAH-leerkrachten vaak in op vragen en interesses leerling. Dit kan flexibel binnen de 1-op-1 werkvorm die eigen is aan TOAH. TOAH-leerkrachten worden zo vaak een vertrouwenspersoon voor de leerling en het gezin. Communicatie tussen de TOAH-leerkracht en de thuischool is een aandachtspunt, en blijkt een grotere uitdaging voor 'zelfstandige' TOAH-leerkrachten dan voor leerkrachten uit het team zelf. Ook bij leerlingen die in de praktijk al jaren niet naar school gaan, wordt de communicatie moeilijker. Gezien TOAH bedoeld is als 'tijdelijk', moet re-integratie steeds een aandachtspunt zijn. De leerlingenbegeleiding, maar vooral het CLB waakt hierover. Men merkt dat de stap terug naar de schoolse context, zowel voor ouders als leerlingen, soms moeilijk is. Idealiter is TOAH ingebed in een traject, als deel van de oplossing. In dit verband zien we voorbeelden waarin TOAH als maatregel bewust wordt ingezet als instrument in het re-integratieproces, met de TOAH-leerkracht in een verbindende rol.

Wat zijn de mogelijkheden en wat is de invloed van de meer veralgemeende introductie van afstandsonderwijs en blended leren in het (post-) coronatijdperk op de vormgeving van het onderwijs voor zieke leerlingen?

In welke mate hebben de maatregelen een meerwaarde ten opzichte van de in het (post)corona-onderwijs veralgemeend georganiseerde vormen van afstandsonderwijs en blended leren? Zo ja welke, voor wie en onder welke voorwaarden?

Onder invloed van de veralgemeende digitalisering t.g.v. corona is ook TOAH gedigitaliseerd. Dit toont zich sterk in de communicatie tussen de TOAH-leerkracht en de thuischool: dit verloopt gemakkelijker online. In enkele gevallen werden tijdens de corona-periode TOAH-lessen online gegeven. Men is het erover eens dat online les geenszins de leerkracht aan huis vervangt, maar enkel aanvullend kan zijn in situaties waarin de leerling en de leerkracht elkaar al kennen en fysiek contact om medische redenen tijdelijk niet mogelijk is. Tot slot stelden we ook vast dat er sinds corona meer en meer didactisch materiaal online beschikbaar is, wat het gemakkelijker maakt om onderwijs op maat te voorzien.



Wat zijn belemmerende en bevorderende context- of omgevingsfactoren op microniveau (in het bijzonder het gezin van de leerling) en hoe wordt hier door de uitvoerende organisaties en uitvoerders rekening mee gehouden?

Voor TOAH is de thuissituatie van de leerling de cruciale contextfactor op microniveau. De verwachtingen t.a.v. ouders i.k.v. TOAH zijn hoog: er wordt verwacht dat ze aanwezig zijn tijdens het lesmoment, ondersteuning bieden, ... In sommige gezinnen is een rustige, gezonde werkplek niet mogelijk. Bovendien moet het gezin ervoor open staan om een leerkracht thuis te ontvangen, wat niet voor elke ouder evident is, omwille van thuistaal, een negatieve houding t.a.v. school/onderwijs, schaamte over de thuissituatie, ... Dit wordt door de thuischolen en andere betrokken actoren aangehaald als knelpunt – leerkrachten zien het in die gevallen soms niet zitten – maar er wordt niet echt rekening mee gehouden. De oplossing die wordt aangedragen (en hier en daar ook al wordt toegepast) is de vraag om TOAH ook op school of in een voorziening te kunnen laten doorgaan.

Wat zijn belemmerende en bevorderende context- of omgevingsfactoren op macroniveau (in het bijzonder de regelgeving) en hoe wordt hier door de uitvoerende organisaties en uitvoerders rekening mee gehouden?

De belangrijkste knelpunten in de regelgeving rond TOAH werden hierboven al besproken. De regelgeving is complex: ook Agodi, dat instaat voor de administratie van TOAH, geeft aan dat er veel vragen komen (vnl. over het onderscheid langdurig – chronisch ziek) en dat handhaving moeilijk is. In de praktijk controleert men de voorwaarden bij de start, maar de implementatie (bv. aanwending van de middelen) wordt niet verder opgevolgd. Samen met het groeiende lerarentekort bieden deze drempels vanuit de regelgeving een plausibele verklaring voor de relatieve onderbenutting van deze maatregel.

Daarnaast kwamen doorheen dit hoofdstuk ook contextfactoren naar voor die het onrechtmatig gebruik verklaren. Deze benoemen we hieronder.

Wordt er onrechtmatig gebruik gemaakt van de maatregelen en indien ja, op welke manier? Wat zijn hiervoor verklaringen? Welke niet ingevulde onderliggende nood ligt aan de basis?

De uitgesproken stijging van TOAH-aanvragen in het buitengewoon onderwijs in de types 2, 9, 4 (in het BuBaO) en 3 (in het BuSO) zou kunnen beschouwd worden als onrechtmatig gebruik. Het gaat vaak om leerlingen die op vraag van de school, niet of niet voltijds naar school gaan (en dus 'op vraag' 'ziek geschreven worden' door arts of psychiater).

De redenen hiervoor zijn uiteenlopend, en kunnen onderling samenhangen. Het kan gaan om leerlingen wiens gedrag de school voor uitdagingen stelt: TOAH wordt dan ingezet op de grens met of alternatief voor een tuchtprocedure of schorsing, en met gelijkaardige doelstellingen of samen met time-out. Verder zijn er ook leerlingen wiens noden de school voor uitdagingen stellen: leerlingen kunnen niet (voltijds) naar school omdat ze rust nodig hebben, hun gezondheid achteruitgaat, ... Tot slot zien we leerlingen die omwille van een psychische problematiek/psychisch lijden niet naar school kunnen gaan, omdat ze moeilijk in een schoolse context, in groep kunnen functioneren. Dit zijn vaak leerlingen die wachten op opname in de psychiatrie of een residentiële voorziening. Meer onderzoek is nodig om deze dynamieken in de verschillende types van het buitengewoon onderwijs beter te begrijpen.

Ook in het gewoon onderwijs wordt TOAH niet zelden aangevraagd voor leerlingen die thuis zitten in afwachting van een opname, of wegens schorsing of definitieve uitsluiting.

In het buitengewoon onderwijs blijken TOAH-aanvragen voor een volledig schooljaar een veel voorkomende praktijk. Hiermee begeeft men zich op de grens met POAH (Permanent Onderwijs aan Huis): voor POAH is goedkeuring van het Zorgpunt Onderwijsinspectie nodig, terwijl op TOAH geen controle is. TOAH is dus gemakkelijker te organiseren dan POAH (maar ook de cijfers voor POAH stijgen).

Op deze manier genereren sommige scholen in het buitengewoon onderwijs zoveel TOAH-uren, dat er meerdere leerkrachten zijn die enkel TOAH geven. In veel gevallen wordt het onderwijs gegeven in een multifunctioneel centrum (MFC) op hetzelfde domein als de school, waar dan 'POAH of TOAH' klasjes ontstaan. Een vergelijkbaar



model zien we ontstaan in voorzieningen voor bijzondere jeugdzorg zonder onderwijsaanbod. Voor leerlingen die een traject hebben in een veilig verblijf of andere context van jeugdhulp kan TOAH de enige manier is om het leerrecht in te vullen: ook voor deze doelgroep wordt geregeld vanuit een voorziening TOAH aangevraagd op basis van een medisch attest van een psychiater en samen met een thuishoel in de buurt.

De verklaring voor dit onrechtmatig gebruik van TOAH ligt deels ook bij contextfactoren die scholen onder een druk zetten waar ze niet tegen lijken opgewassen: het plaatstekort in scholen voor buitengewoon onderwijs, en in residentiële zorgvoorzieningen voor jongeren in het algemeen, de wachtlijsten in de kinder- en jeugdpsychiatrie, het aanvoelen dat zorgnoden zich concentreren in buitengewoon onderwijs sinds de invoering van het M-decreet, en – specifiek voor het kleuteronderwijs sinds het schooljaar '20-'21 – de verlaging van de leerplichtleeftijd.

Is een uitbreiding en/of gewijzigde afbakening van de doelgroep wenselijk en mogelijk voor bepaalde maatregelen, in het bijzonder naar leerlingen die om andere dan medische redenen langdurig of veelvuldig afwezig zijn? Wat zijn hierbij bepalende factoren?

Uit bovenstaande blijkt dat de (al bij al kleine) doelgroep van TOAH vandaag de facto in grote mate – naar schatting al voor minstens de helft³² – bestaat uit kinderen en jongeren die niet 'ziek' zijn in de enge, medische betekenis van het woord.

Gezien de drempels in de organisatie, zouden we durven concluderen dat TOAH als maatregel voor 'zieke' leerlingen (hier wel in de enge, medische betekenis van het woord), niet optimaal functioneert.

Tegelijk blijken er heel wat leerlingen te zijn die om uiteenlopende redenen nood kunnen hebben aan of baat kunnen hebben bij (tijdelijk) 1-op-1 onderwijs aan huis of in een voorziening, en daarom beroep doen op TOAH.

³² Gerekend aan: de leerlingen uit buitengewoon onderwijs, en de leerlingen uit gewoon onderwijs die o.a. wachten op opname in de psychiatrie, geschorst zijn,...



5 / Bednet

Leerlingen die langdurig of voor korte opeenvolgende periodes van school afwezig blijven wegens ziekte, een ongeval, een psychische kwetsbaarheid of moederschapscrust, kunnen onderwijs volgen via Synchron Internetonderwijs (SIO). Leerlingen volgen op afstand, via de computer, synchroon de les die plaatsvindt in de klas. SIO is gratis voor zowel de leerling als de school. Het is gericht op het ondersteunen van het leerproces, het beperken van de leerachterstand en het behouden van de band met de school, leraren en medeleerlingen. De regelgeving voor SIO wordt verduidelijkt in de omzendbrief Synchron Internetonderwijs NO/2015/01³³. Bednet is aangesteld als centrale organisator voor SIO. De subsidiëring en de voorwaarden tot subsidiëring zijn in een kaderovereenkomst met Bednet vastgelegd. De huidige overeenkomst ging van start in januari 2021 en loopt tot eind 2023.

SIO kan aangevraagd worden door zowel de school, als de leerling/ouders of andere betrokken actoren (CLB, andere organisaties, ...). Deze aanvraag wordt vervolgens opgevolgd door één van de Bednet-consulenten die ervoor zorgt dat de nodige administratie gebeurt en ondersteuning geboden wordt om het traject op te starten zowel in de klas, als bij de leerling (in de thuiscontext, residentie van een revalidatiecentrum, ...). Een traject loopt volgens de regelgeving af wanneer niet meer aan de formele of inhoudelijke criteria voldaan wordt.

In dit hoofdstuk bespreken we achtereenvolgens:

- ▶ De omvang van Bednet en het profiel van de leerlingen die Bednet aanvragen
- ▶ De organisatie van Bednet
- ▶ Didactische praktijken
- ▶ Relevante contextfactoren in de organisatie van Bednet

Op basis van deze analyse beantwoorden we in de conclusie enkele evaluatievragen die van toepassing zijn op SIO/Bednet.

5.1. Omvang en profiel



Data Bednet

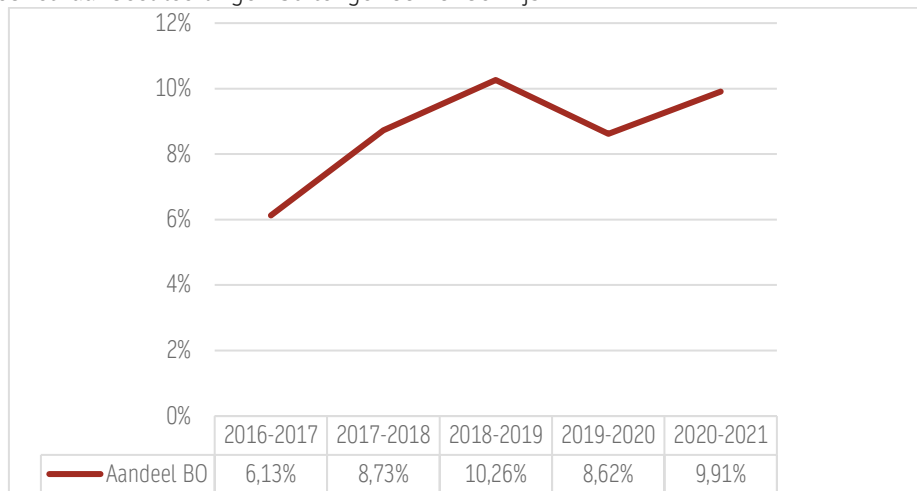
Data van Bednet wordt door Bednet zelf geregistreerd. Voor deze opdracht hebben we de gegevens rechtstreeks van Bednet ontvangen.

In het referentieschooljaar 2018-2019 volgde 0.07% van de totale leerlingenpopulatie een Bednettraject, wat neerkomt op 799 leerlingen in absolute aantallen. T.o.v. de afgebakende populatie van 'zieke' leerlingen gaat het om 2%. Het aantal leerlingen dat een traject volgde, nam in de voorbije 5 schooljaren toe van 506 in 2016-2017 tot 1161 in 2020-2021, met een kleine terugval in 2019-2020. Deze terugval kan mogelijk gerelateerd worden aan de coronaperiode waar alle leerlingen tijdens bepaalde periodes via digitaal afstandsonderwijs les volgden en geen fysieke lessen doorgingen op de scholen.

³³ Omzendbrief, zie <https://data-onderwijs.vlaanderen.be/edulex/document.aspx?docid=14883>, met als wettelijke basis de codex Secundair Onderwijs (artikel 117) en het decreet van 25 februari 1997 (artikel 36)

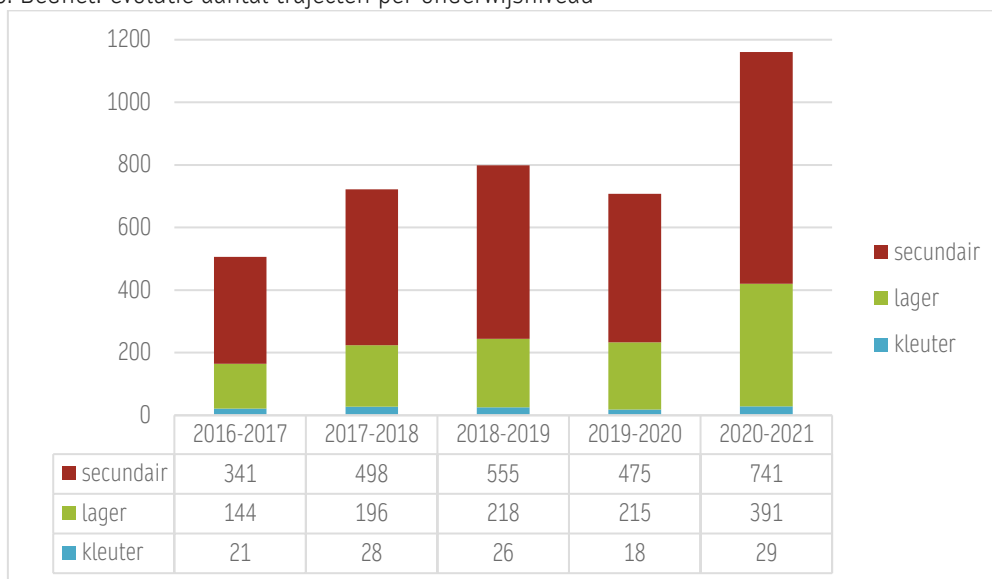
90% van alle trajecten vinden plaats in het gewoon onderwijs en 10% trajecten in het buitengewoon onderwijs. Het aandeel trajecten in het buitengewoon onderwijs kende de afgelopen schooljaren wel een toename, met een kleine terugval tijdens het schooljaar 2019-2020 (zie Figuur 24).

Figuur 24. Bednet: aandeel leerlingen buitengewoon onderwijs



De meeste Bednettrajecten situeren zich in het secundair onderwijs, gevolgd door het lager en een heel klein aandeel in het kleuteronderwijs (zie Figuur 25).

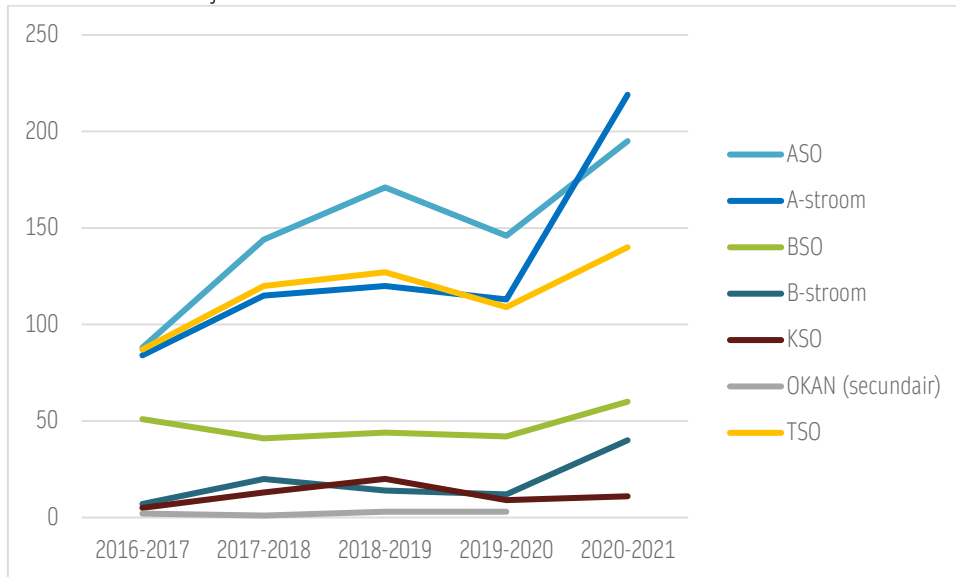
Figuur 25. Bednet: evolutie aantal trajecten per onderwijsniveau



Binnen het secundair onderwijs situeren de trajecten zich (in absolute aantallen, op basis van de cijfers van schooljaar 2018-2019) het meest in het ASO (171), gevolgd door het TSO (127) en het BSO (44) en in mindere mate in het KSO (20). Er situeren zich bovendien ook meer trajecten in de A-stroom (120) dan in de B-stroom (56).

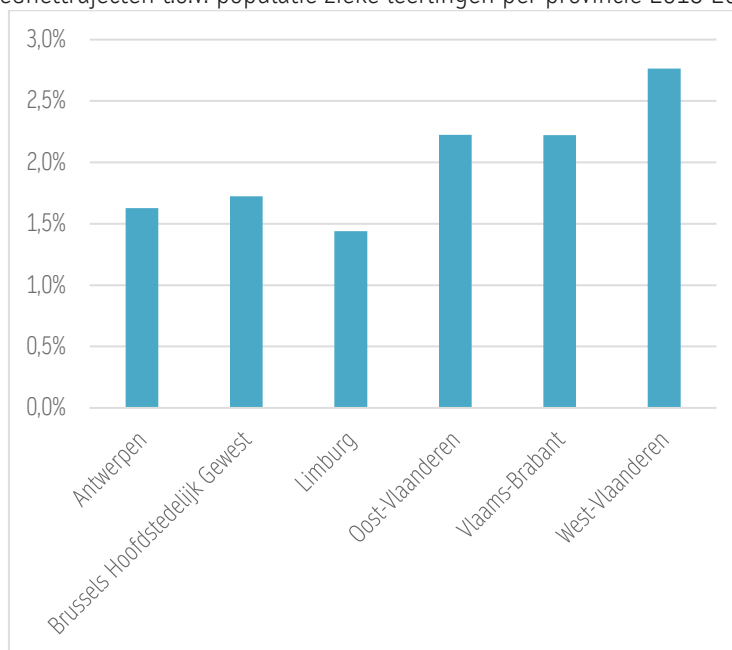


Figuur 26. Bednet: evolutie trajecten in het SO



Wat betreft de geografische spreiding van de trajecten zien we dat relatief de meeste trajecten opgestart worden in West-Vlaanderen, gevolgd door Oost-Vlaanderen en Vlaams-Brabant (zie Figuur 27).

Figuur 27. Aandeel Bednettrajecten t.o.v. populatie zieke leerlingen per provincie 2018-2019

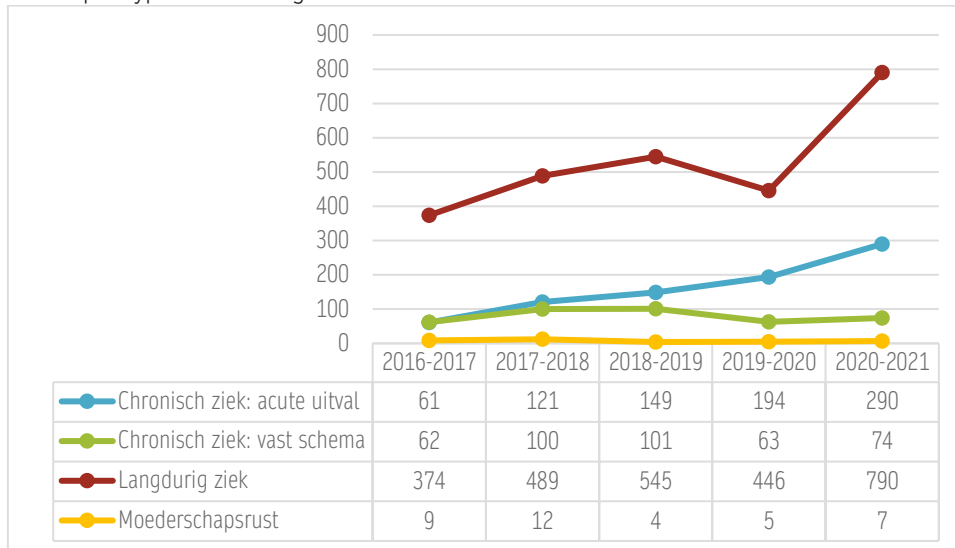


Bednet werd de afgelopen 5 schooljaren het meest ingezet voor leerlingen die Bednet registreerde als *langdurig ziek*. In tweede instantie richten de trajecten zich op *chronisch* zieke leerlingen. Leerlingen op *moederschapsrust* betreft een kleine minderheid van de trajecten (zie Figuur 28). Volgens de consulenten van Bednet is deze minderheid te wijten aan het feit dat deze leerlingen in veel gevallen schakelen naar het deeltijds beroepssecundair onderwijs (dbso) waar ze geen beroep meer mogen doen op Bednet:

“Dit is een groep die **nooit** echt heel **groot** geweest is maar we merken wel dat veel van deze meisjes **schakelen naar deeltijds beroepssecundair onderwijs**. Dit is een niveau waar Bednet moeilijk inzetbaar is, aangezien het meer praktisch en minder theoretische vaardigheden vereist.” (focusgroep consulenten Bednet)



Figuur 28. Bednet per type aandoening



De consulenten hebben doorheen de tijd een evolutie waargenomen in de doelgroepen die ze bereiken. Waar in het begin voornamelijk leerlingen met oncologische aandoeningen gebruik maakten van hun aanbod, evolueerde dit naar leerlingen met chronische ziektes, waarna ook leerlingen met de diagnose van ASS of een depressie, en leerlingen met een schoolfobie toenamen. Deze evoluties zijn volgens de consulenten gelinkt aan de ambities en expertise van de organisatie, en de regelgeving en financiering die mee doorheen de tijd evolueerden:

“We wilden onze doelgroep ook niet **te hard laten groeien** omdat we niet op alle vragen konden beantwoorden en ergens ook **onwetend** waren of de psychische doelgroepen effectief geholpen konden worden met Bednet. Hoe **meer we middelen** kregen later en **stabiel** werden in onze **werking** zijn we onze **doelgroepen ook gaan uitbreiden**.”
(focusgroep consulenten Bednet)

De laatste jaren nemen de consulenten vooral een stijging waar in het aantal leerlingen met een psychische kwetsbaarheid:

“We gaan het niet onder stoelen of banken steken dat de **psychisch kwetsbare doelgroep** de laatste jaren sterk **gestegen** is.” (focusgroep consulenten Bednet)

De consulenten koppelen deze stijging niet zozeer aan een toegenomen aantal leerlingen in de samenleving met een psychische kwetsbaarheid, maar wel aan het feit dat Bednet zich opengesteld en meer afgestemd heeft op deze doelgroep, en hier veelvuldig over gecommuniceerd heeft. Daarenboven is ook de maatschappelijke drempel voor het inzetten van hulp(verlening) voor leerlingen met een psychische kwetsbaarheid verlaagd volgens de consulenten:

“Deze **psychisch kwetsbare jongeren** zijn **erbij** gekomen omdat we ze **nu kunnen helpen**.”
(focusgroep consulenten Bednet)

“[Het gaat om] het feit dat er ingezet is op de **bekendmaking** dat **het mogelijk is om Bednet hiervoor te gebruiken**. De taboeonderwerpen worden bespreekbaar gemaakt. De **maatschappelijke drempel** wordt **verlaagd**, mede door het netwerken van Bednet.”
(focusgroep consulenten Bednet)

Een doelgroep die volgens Bednet vandaag nog onvoldoende bereikt wordt, zijn leerlingen met een kwetsbare thuiscontext:

“Veel **kwetsbare doelgroepen (kansarmen)** bereiken we nog **onvoldoende**. [...] Zelfredzame ouders komen altijd bij ons, zij zijn niet het probleem. Maar net de gezinnen die zelf het initiatief niet nemen zijn afhankelijk van de scholen en CLB's.” (Focusgroep consulenten Bednet)

Daarnaast zijn er ook enkele doelgroepen die geen beroep kunnen doen op Bednet vandaag, maar waarbij de consulenten dit wel een meerwaarde zouden vinden: jongeren uit de bijzondere jeugdzorg, jongeren in het dbso, jongeren die via tweedekansonderwijs of via de examencommissie hun diploma proberen te behalen, vrij ingeschreven leerlingen. Zeker wat betreft de leerlingen in het dbso hebben de consulenten hun bedenkingen:

“Jongeren uit het **deeltijds beroeps secundair onderwijs** worden ook uitgesloten. [...] Terwijl dat sommige **beroepsopleidingen** binnen het **gewoon onderwijs** ook al veel aan **duaal leren** doen en maar enkele dagen onderwijs hebben. Deze groep **mogen we dan wel bedienen**.” (Focusgroep consulenten Bednet)

5.2. Organisatie van Bednet

In de omzendbrief SIO wordt omschreven welke taken Bednet moet realiseren. Naast het verzamelen en beoordelen van aanvragen, heeft Bednet de taak om consulenten ter beschikking te stellen voor het opstarten, opvolgen, begeleiden en faciliteren van trajecten. Vervolgens is Bednet ook verantwoordelijk voor het ter beschikking stellen van het materiaal waarmee 700 gelijktijdige trajecten mogelijk zijn en moeten ze een helpdesk en technische ondersteuning aanbieden.

In deze paragraaf bespreken we op basis van de analyse onze vaststellingen over de wijze waarop Bednet deze taken realiseert en hoe ze zich daarbij organiseert. We bespreken achtereenvolgens de volgende onderwerpen:

- ▶ Bekendmaking van het aanbod van Bednet
- ▶ (Transitie in) het ondersteuningsmodel
- ▶ De rol van de consulent
- ▶ Opstart van een Bednettraject
- ▶ Bednet-apparatuur
- ▶ Communicatie en dienstverlening

5.2.1 Bekendmaking aanbod Bednet

Bednet zet sterk in op de bekendmaking van het aanbod via brede campagnes via diverse media (bijv. via televisie, sociale media, de Nationale Pyjamadag, ...) en een eigen website. Volgens Bednet verbeterde de eigen dienstverlening sterk na optimalisatie van de informatie op de website. Er werd ingezet op duidelijke informatie over de eigen werking én op doorverwijzingen naar andere relevante maatregelen/organisaties. Uit de survey konden we afleiden dat het grote merendeel van de ouders (96%, % akkoord-helemaal akkoord, n=54) tevreden is over de mate waarin Bednet informatie voorziet over de werking. Daarnaast konden we uit het veldwerk afleiden dat ouders effectief via Bednet de weg naar andere ondersteuning vinden.

“Dus dat is iets waar wij bij Bednet nog verder op proberen in te zetten hoe we onze **gebruikers nog beter kunnen informeren** en nog makkelijker leiden naar **die pagina's**. bv. door daar **filmpjes** te zetten of toch iets **visueler**.” (consulent Bednet – case Staartmees)



“Bednet geraakte niet opgestart en er stond ook **informatie op de site van Bednet over School & Ziekzijn**. Dan heb ik daarover gelezen en opgezocht. Daarna heb ik **een mail gestuurd naar School & Ziekzijn**.” (ouder - case Staartmees)

Bednet geeft daarbij aan dat men vandaag veelvuldig de rol opneemt van ‘centraal infopunt’ voor ouders, scholen, het CLB, ... waarbij ze informatie voorzien over Bednet en andere maatregelen, vragen beantwoorden en indien nodig correct doorverwijzen. Idealiter wordt deze functie volgens Bednet opgenomen door de overheid. Er zou een centraal infopunt moeten zijn waarbij overzichtelijk de diverse opties voor zieke leerlingen weergegeven worden opdat scholen en ouders via deze neutrale weg bij de juiste ondersteuning terecht komen.

“Het feit dat Bednet in beeld komt zorgt er ook vaak voor dat **andere zaken in beweging** komen. Scholen krijgen een totaalbeeld over **de verschillende mogelijkheden** die er zijn.” (focusgroep consulenten Bednet)

“Ik dat het voor scholen en gezinnen ook niet altijd duidelijk is wat er allemaal al bestaat. Zij zijn dan vaak afhankelijk van de kennis van scholen. Liefst zou er **een centraal platform** zijn waar alles op terug te vinden is en naar elkaar verwezen kan worden.” (focusgroep consulenten Bednet)

Hoewel op basis van de data-analyse ouders tevreden lijken over de website van Bednet, haalde één van de ouders toch een aandachtspunt aan. Op de website wordt een zeer positief beeld weergegeven van de Bednettrajecten. De gedeelde filmpjes geven daardoor hoop aan zieke leerlingen. Het blijkt echter dat Bednet niet voor elke situatie, voor elke leerling een goede oplossing is (zie 9.1 Indicaties en tegenindicaties per maatregel). De ouder benadrukt daarom het belang van een genuanceerde weergave waarbij het duidelijk is voor welke leerling en situaties het traject waardevol kan zijn en welke verwachtingen ze kunnen hebben van een traject. Op die manier helpt het ouders en scholen om realistisch in te schatten of een Bednettraject een passende oplossing is voor de zieke leerling.

“Ik lees dus al die goede interviews en video's en ga er dan vanuit dat **het altijd goed is**, maar dat was het **bij ons dus niet**. Zoals **een video** van een meisje ook met autisme die vertelde dat dat voor haar het redmiddel was geweest [...]. Dat is zeker iets dat **Staatmees getriggerd heeft om ook daarvoor te kiezen**. [...]. Ik had dat filmpje ook gezien en was echt enthousiast. Met zoveel **hoop** zijn we dan aan dat traject willen beginnen.” (ouder - case Staartmees)

5.2.2 (Transitie in) ondersteuningsmodel

De komst van nieuwe – plug-and-play – apparatuur in combinatie met de coronapandemie voedde een transitie in het ondersteuningsmodel van Bednet. Met de aanwezigheid van meer gebruiksvriendelijke apparaten daalde de nood aan individuele (veelal technische) ondersteuning die Bednet aan leerlingen, ouders, scholen en leerkrachten moest bieden. Daarnaast stegen ook de digitale competenties van veel leerlingen, ouders en leerkrachten dankzij de coronapandemie (zie 5.3.7 voor meer toelichting) waardoor de hoeveelheid individuele ondersteuning afnam die de consulenten moesten bieden. Door deze ontwikkelingen kon Bednet evolueren naar een ondersteuningsmodel waarbij:

- ▶ de focus verlegd werd van eerstelijns- naar tweedelijns-ondersteuning;
- ▶ meer ingespeeld kan worden op individuele noden.



Van eerstelijns- naar tweedelijnsondersteuning

Bednet evolueerde van eerstelijns- naar eerder tweedelijnsondersteuning. Vroeger focuste men op de ondersteuning van individuele trajecten van zieke leerlingen waarbij consultants zelf (grotendeels) de ondersteuning van leerling (en ouder) op zich namen. Deze focus verschoof naar het ondersteunen van de context. Door de competenties van scholen en leerkrachten te versterken, kunnen scholen en leerkrachten de ondersteuning van de leerling/ouder terug meer op zich nemen. Ze zijn bovendien beter voorbereid wanneer in de toekomst nogmaals een zieke leerling binnen de school gebruik zou moeten maken van Bednet. Men kan dus autonomer handelen als school en is minder afhankelijk van een consultant. De aandacht gaat vandaag dus meer naar het voorzien van de nodige kennis en vaardigheden bij professionals (bijv. scholen, leraren,...) die de zieke leerling opvolgen en begeleiden.

“Bednet zit volop in een transformatie: [het was een] organisatie die altijd gericht was op ondersteuning van **individuele trajecten**. Nu zijn we meer aan het groeien naar een **mindset van tweede lijn**. We ondersteunen de context. Je merkt dat het zorgbeleid op school in grote ontwikkeling is met nog veel verschillen tussen scholen. Wij proberen ons **open te stellen voor alle scholen**.” (focusgroep consultants Bednet)

“Vroeger hielden we de **handjes vast**, nu hebben we mede door de naamsbekendheid het **vertrouwen van de verschillende actoren**.” (focusgroep consultants Bednet)

“De strategie die we vroeger hadden was: er komt een **individueel traject** bij ons toe en we wijzen die toe aan een individuele consultant en gaat kijken wat er nodig is om te helpen. De strategie vandaag is: er zijn **partijen die zich aanmelden** bij ons. We zorgen ervoor dat die geholpen worden **ongeacht wat hun nood is of in welke fase zij zitten**.” (interview Bednet)

“Vroeger waren we de **pioniers** die vanuit onze rol het idee kenbaar wilde maken. Deze fase zijn we voorbij. Nu is het eerder bijvoorbeeld de manier hoe onze website is opgebouwd, hoe gaan we kinderen en scholen op **een professionele manier ondersteunen**, zorgen dat we uniforme professionaliteit in alle kanalen uitstralen.” (focusgroep consultants Bednet)

Door te focussen op deze context tracht Bednet de bereidheid om met Bednet te werken en de nodige competenties om met Bednet aan de slag te kunnen gaan, te versterken bij scholen en leerkrachten. Deze professionalisering is belangrijk, gezien uit het veldwerk blijkt dat nog niet elke leerkracht openstaat voor Bednet.

Niet elke leerkracht staat open voor Bednet, want ouders kunnen meekijken op telefoon.
(focusgroep consultants Bednet)

Daarnaast blijkt uit de survey dat er ook nog te weinig kennis is: slechts 63% van de scholen geeft aan te weten hoe ze Bednet moeten aanvragen of opstarten (% akkoord-helemaal akkoord, n= 71) (zie ook 5.2.4).

Bovendien kunnen de consultants bij de professionalisering van leraren vandaag meer dan vroeger focussen op pedagogisch-didactische ondersteuning, gezien technische ondersteuning minder nodig is door de toegenomen digitale basiscompetenties van scholen en leerkrachten (zie 5.3.7).

“Pre corona ging ook veel aandacht naar leerkrachten, dit is door de online tools wel een beetje verschoven. Op **pedagogisch vlak** kunnen we nu veel **meer gaan betekenen**.”
(focusgroep consultants Bednet)



Via deze tweedelijnsondersteuning tracht Bednet duurzamer impact te realiseren in alle scholen en tracht ze alle scholen meer proactief voor te bereiden op het moment dat voor een zieke leerling een gepast onderwijsaanbod gerealiseerd moet worden.

“Bednet heeft een evolutie doorgemaakt van een meer individuele begeleidingsrol naar hoe kunnen we die **context op een meer hoger niveau zoveel mogelijk ondersteunen** om een **duurzame impact** te realiseren.” (focusgroep consulenten Bednet)

Ondersteuning op basis van noden

Voor de transitie werd na levering van de apparatuur in de school en het gezin automatisch een afspraak vastgelegd om alles toe te lichten. Bednet evolueerde naar een dienstverlening waarbij men ondersteunt op basis van de noden van leerlingen, ouders, scholen. Zo wordt de mogelijkheid voor een afspraak bij de opstart geboden, maar is deze niet meer verplicht.

“Vroeger maakten we onszelf nodig **nu leggen we de nood bij hen, wat is er nodig?**”
(focusgroep consulenten bednet)

Dit houdt echter niet in dat leerlingen/ouders/leerkrachten minder beroep kunnen doen op ondersteuning. Daar waar het nodig is, zullen de consulenten nog steeds vragen en problemen helpen oplossen. Daarnaast kunnen zij Bednet steeds bereiken via een helpdesk. Wanneer er vragen zijn of problemen optreden tijdens het gebruik van de apparatuur, tracht Bednet deze via de helpdesk zo vlot mogelijk op te lossen.

“We laten onze gebruikers natuurlijk **niet** helemaal aan hun **lot** over er is **altijd** een **helpdesk** beschikbaar. We reiken ze **handvaten** aan om met de ICT aan de slag te gaan.”
(focusgroep consulenten Bednet)

“We hebben ook een **hulpknop** waarmee de leerling live kan chatten met ons – helpdesk- zodat eventuele problemen rap opgelost kunnen worden en het kind de lessen terug kan volgen. Die helpdesk is een **permanentie**.” (interview Bednet)

Doordat meer scholen of leerlingen autonomer aan de slag kunnen dan vroeger, kunnen de consulenten vandaag meer focussen op het bieden van extra of voldoende ondersteuning aan kwetsbare gezinnen. Bij gezinnen waar er taalbarrières zijn, kansarmoede aanwezig is, of andere sociaaleconomische drempels spelen, kan Bednet nog sterker dan vroeger inzetten op ondersteuning.

“Onze techniek is ook veranderd. Vroeger was een heel groot systeem nu is het veel eenvoudiger om ermee te werken: “Plug and play”. Wanneer ik wel **verder** ga in **uitleg geven** is als er **ook nog andere factoren meespelen** (taalbarrière, kans armoede, ...)”
(focusgroep consulenten Bednet)

5.2.3 De rol van de consulent

In de omzendbrief wordt omschreven welke taken de consulenten van Bednet dienen te vervullen: het verlenen van informatie aan scholen en ouders/leerlingen over de doelstelling en werking van SIO; gebruikers voorbereiden op het gebruik van de Bednetopstelling (bediening, functies, verbinding maken); informeren over de mogelijkheden en kanalen voor technische ondersteuning; het opvolgen van het Bednet gebruik; en tot slot fungeren als aanspreekpunt voor gebruikers en betrokkenen bij eventuele vragen en problemen tijdens een Bednettraject. Samengevat gelden de consulenten als aanspreekpunt voor alle betrokkenen i.v.m. SIO en begeleiden ze actief de voorbereiding, opstart en afronden van een traject, zowel inhoudelijk als organisatorisch.



Tijdens het veldwerk werden al deze taken benoemd door de consultants. Bovenop deze taken werden nog enkele andere taken aangehaald of concreter benoemd. Zo verlenen de consultants vaak niet alleen informatie over SIO, maar verwijzen ze ook door naar andere nuttige organisaties of info. Daarnaast starten ze vaak ook de communicatie tussen actoren op: zo nemen ze soms bijvoorbeeld ook contact met organisaties van andere maatregelen. Daarnaast wordt ook de ondersteuning die ze aan scholen en leerkrachten bieden sterker benadrukt. Dit past bij de transitie naar het tweedelijns-ondersteuningsmodel waarbij men inzet op het versterken van de competenties van scholen en leerkrachten om meer autonoom met Bednet aan de slag te kunnen.

De consultants zelf vatten hun rol samen onder de noemer van 'brugfunctie': ze treden veelal op als schakel tussen verschillende actoren.

"We zijn een **brug** tussen de verschillende actoren" (focusgroep consultants Bednet)

"Eigenlijk gaat het **om zaadjes planten**. Dat is onze rol als consultant. Wij blijven de **contactpersoon** voor de school." (focusgroep consultants Bednet)

Hoewel ze deze rol opnemen, geven de consultants aan dat idealiter de scholen de rol van brugfunctie of centraal aanspreekpunt invullen (zie Hoofdstuk 3). Dit volgt op de regelgeving die omschrijft dat "de school verantwoordelijk blijft voor het onderwijstraject van de leerling". Volgens de consultants creëer je met een school als coördinator meer gelijke toegang tot de verschillende ondersteuningsmaatregelen voor leerlingen en wordt de continuïteit van de begeleiding voor leerling (en ouder) sterker gewaarborgd. Deze stopt dan niet nadat het Bednettraject wordt stopgezet. Dit zou de terugkeer naar school na afloop van een Bednettraject kunnen verbeteren, gezien deze nog niet altijd optimaal verloopt (zie 5.2.5). Daarnaast geven de consultants aan dat via een brugfunctie vanuit de school nog sterker op de noden van leerlingen kan ingespeeld worden bij het samenstellen van het onderwijsaanbod. Volgens de consultants is daarvoor coördinatie nodig.

"Nu nemen we de **rol van doorverwijzer** soms op maar we zijn hier **niet de juiste persoon** voor, want als het traject met Bednet stopt dan stopt heel het verhaal. Dit maakt ons beperkt." (focusgroep consultants Bednet)

"Ik denk dat er al heel veel bestaat. Wat er nog ontbreekt is te durven kijken naar andere organisaties. Soms spreek ik tegen mijn eigen winkel maar het is belangrijk dat de ideale oplossing gevonden kan worden. Het is de leerling die centraal staat. We **missen coördinatie** in alle maatregelen. Heel vaak wordt er gekeken naar het CLB maar zij zijn al zo overbevraagd zodat ze niet de nodige aandacht binnen hun mogelijkheden eraan kunnen geven." (focusgroep consultants Bednet)

Door de transitie in het ondersteuningsmodel van Bednet is ook het profiel voor de functie van consultant gewijzigd. Waar vroeger voornamelijk IT-profielen gezocht werden om vooral technische ondersteuning te kunnen bieden, is het vandaag essentieel om over pedagogisch-didactische vaardigheden te beschikken. Enkel op die manier is een kwaliteitsvolle dienstverlening naar leerlingen en leerkrachten mogelijk.

"Tot voor kort waren dat **IT profielen** maar we zijn daar ook in geëvolueerd. Omdat we merken dat de vragen die gesteld worden vaak verder gaan dan puur de netwerkverbinding of technische mankementen. Je hebt ook **inzicht nodig in de klascontext**. Je moet heel rap kunnen schakelen daarom hebben we ervoor gekozen **profielen te gebruiken die ook effectief het werkveld kennen**." (interview Bednet)



Tot slot geven de consultants aan dat voor hen professionalisering in het pedagogisch-didactische belangrijk is, gezien de focus de afgelopen jaren sterker op het technische heeft gelegen. Ze benadrukken daarom het belang om ook als consultant voldoende opleiding te kunnen volgen.

“Bij ons in de organisatie is er de laatste jaren veel aandacht gegaan naar de techniek, zowel intern als de gebruikers. Er zijn heel **veel vernieuwingen** geweest op korte termijn. Corona heeft ook voor een andere mind set gezorgd die nodige aandacht vergde. Ik denk dat het **nu wel een doel is om ons heel hard op de inhoud te focussen.**” (focusgroep consultants Bednet)

“Ik denk dat **training en opleiding voor ons allemaal wel welkom** is. Het is niet dat dat wanhopig zitten te wachten maar het kan **altijd interessant** zijn. Of ook gewoon **over het muurtje** kijken hoe het ergens anders loopt.” (focusgroep consultants Bednet)

5.2.4 Opstart van een Bednettraject

Van aanvraag tot opstart

In de omzendbrief wordt omschreven dat SIO door alle betrokkenen bij de begeleiding van een leerling aangevraagd kan worden via de website. Volgens de consultants maakt het op zich niet uit wie het aanvraagformulier invult, maar ze benadrukken bij de aanvraag het belang van communicatie tussen de school en de ouder. Idealiter hebben zij op voorhand reeds overlegd over de opties voor de zieke leerling en dient daarna de school of ouder een aanvraag in. Dit ligt in lijn met de oproep van de consultants om de school als coördinator of centraal aanspreekpunt te laten fungeren (zie 5.2.3 Rol van de consultant).

“Ik vind dat dat **persoonlijk niet veel uitmaakt**. Maar gelijk gisteren had ik een aanvraag van een gezin en bij het opbellen van de school wisten ze van niets. Het is makkelijk dat de **betrokken partijen onderling** wel al **overleg** hebben gehad maar de **effectieve aanvraag maakt niet zoveel uit** wie het doet. **Zolang het maar tot ons komt.**” (focusgroep consultants Bednet)

Na het ontvangen van een aanvraag zal een consultant nagaan of het zinvol en haalbaar is om een traject op te zetten. Volgens de omzendbrief moeten ze daarbij twee overwegingen meenemen: is de leerling in staat synchroon de les te volgen in de klas en zal de leerling genoeg gebruik maken van de toestellen? De consultants moeten na een binnengekomen aanvraag eerst nagaan of de in de omzendbrief omschreven formele criteria vervuld zijn. De omzendbrief omschrijft vier formele criteria: (1) de leerling moet een regelmatige leerling zijn in het gefinancierd of gesubsidieerd basis- of secundair gewoon en buitengewoon onderwijs. Ook kleuters vanaf 5 jaar en/of in de 3^{de} kleuterklas komen in aanmerking. SIO is daarentegen niet mogelijk voor leerlingen in het dbso, een voorbereidend leerjaar op het hoger onderwijs, Se-n-Se, of een alternerende beroepsopleiding in het buitengewoon onderwijs; (2) een traject kan niet gecombineerd worden met POAH; (3) de leerling moet over een geldig afwezigheidsattest beschikken voorgeschreven door een arts; (4) SIO moet verenigbaar zijn met de medische behandeling van de leerling.

Daarna toetsen ze ook de inhoudelijke criteria af om te kunnen inschatten of een traject zinvol en haalbaar is en op welke wijze een traject zou kunnen vormgegeven worden. De omzendbrief formuleert drie inhoudelijke criteria: de ondersteuningsbehoefte (Speelt SIO in op de ondersteuningsnood van de leerling en vormt het geen permanent alternatief voor de school?), voldoende gebruik (Zal SIO minimaal voor 4 weken (bij langdurige afwezigheid) of 36 halve dagen (bij veelvuldige afwezigheid) gebruikt worden?), positief engagement (Is de leerling gemotiveerd om via SIO les te volgen? Willen ouders en CLB zich engageren?).



Tijdens het veldwerk verwezen de consulenten enerzijds naar de formele criteria die bij de opstart afgetoetst worden. Een geldig afwezigheidsattest en het advies van de arts blijken voor de consulenten een sturende en belangrijke positie in te nemen. Men tracht bij de arts of andere externe personen na te gaan of het opstarten van een Bednettraject medisch voor de leerling haalbaar is. Om deze informatie te vergaren zal Bednet eerst trachten de school of het CLB te activeren. Indien nodig nemen ze zelf contact op met de externen.

“We werken met **formele criteria** en **als aan deze voorwaarden voldaan** is nemen we de **aanvraag ook op**. De facto is de aanvraag ontvankelijk als de arts de leerling thuis schrijft.”
(focusgroep consulenten Bednet)

“We werken met **formele en informele criteria**. Dat zijn mijn kapstokjes **waaraan ik toets**. Het gaat nooit over de inhoud van de ziekte. Het **advies van de behandelende arts** is heel belangrijk in onder andere de gesprekken met het gezin en de school. **Eens dat het afwezigheidsattest er is gaat het alleen maar om de leerling.**” (focusgroep consulenten Bednet)

In sommige situaties proberen we ook **externe te betrekken in de intake**. Als er steunfiguren zijn, multiculturele bemiddelaars, artsen, ... We proberen **eerst de school, het CLB, ... te activeren om advies te vragen bij de arts** over de situatie en of Bednet een goede oplossing is voor het kind. Maar als we vaststellen dat er nog geen contact geweest is gaan we als het nodig is wel de externe personen contacteren. (focusgroep consulenten Bednet)

De consulenten verwijzen daarnaast ook naar de inhoudelijke criteria die in de omzendbrief omschreven zijn. Waar ze in het veldwerk geregeld verwezen naar het voldoende gebruik van de toestellen en het positief engagement, wordt de ondersteuningsbehoefte als criterium minder expliciet aangehaald. Wel wordt het belang van digitale geletterdheid binnen de afweging van de inhoudelijke criteria extra benadrukt. De consulenten benadrukken dat de inhoudelijke criteria in één geheel afgewogen worden: wanneer een uitspraak over het ene criterium niet mogelijk is, zal men sterker naar de andere criteria kijken.

“Het zijn **randvoorwaarden** zoals het engagement. We kunnen wel trekken aan de kar maar als de leerling het niet ziet zitten om met Bednet te werken dan zijn er eerst andere onderliggende zaken die bekeken moeten worden. Naast engagement is **ICT-geletterdheid** ook een belangrijke factor waarnaar gekeken moet worden. (Focusgroep consulenten Bednet)

“ Het zijn allemaal voorwaarden die meespelen in het verder verloop van het proces. Het houdt niet zozeer tegen maar benoemt wel een valkuil. **ICT-geletterdheid** maakt het moeilijker maar we kunnen er wel mee aan de slag. Een ander voorbeeld van een informeel criteria is of dat ze **voldoende gebruik hebben**. Normaal gezien zouden er 4 weken Bednet gebruik in de toekomst moeten kunnen voorspellen. Maar soms is dit heel moeilijk, zeker bij chronisch zieke leerlingen. We hebben geen glazen bol en moeten dan naar de andere context voorwaarden gaan kijken of het nuttig is om Bednet uit te rollen. (focusgroep consulenten Bednet)

In het criterium van de ondersteuningsbehoefte wordt in de omzendbrief ook de betrokkenheid van het CLB aangehaald om zich op een positieve manier te engageren voor het Bednettraject van een zieke leerling. In de praktijk blijken de consulenten hier pragmatisch mee om te gaan. Men tracht het CLB te betrekken, maar deze hebben in de praktijk geen essentiële rol in de beoordeling.



“We vragen ook in **hoeverre het CLB betrokken** is in het onderwijstraject. Dat is geen absolute noodzaak maar de overheid weet dit graag. Maar de betrokkenheid van het CLB zal **niet bepalend zijn of een traject opgestart wordt.**” (focusgroep consulenten Bednet)

Snelle opstart

De opstart van Bednet kan snel gebeuren. Volgens de organisatie kan dit binnen een week. Dit ligt mooi in lijn met hoe in de omzendbrief aangegeven wordt dat na ontvangst van een aanvraag, er binnen de vijf werkdagen contact zal opgenomen worden door een consulent. Om een snelle opstart te realiseren is het volgens de consulenten wel cruciaal dat er een vlotte en constructieve uitwisseling is tussen leerling/ouder(s), de school en de consulenten. Zo niet, dan neemt de opstart meer tijd in beslag (zie ook 3.1.3). Het belang van deze vlotte uitwisseling wordt ook door ouders aangegeven. We geven een negatieve en positieve ervaring mee:

“Na dat uur wist ik nog steeds niet wanneer we zouden kunnen opstarten, want die pedagogisch directeur **viel ook uit de lucht** toen hij hoorde dat Bednet nog niet was opgestart.” (ouder - case Staartmees).

“Bednet is ons ook aangeboden door de school. We zijn **opgebeld** door Bednet en **goed begeleid** geweest. Er was ook **contact** tussen de zorgcoördinator en de begeleider van Bednet.” (focusgroep ouders)

Op basis van het veldwerk konden we afleiden dat deze uitwisseling wel moeilijker verloopt tijdens vakantieperiodes, zeker wanneer een leerling ziek wordt tijdens een vakantie en de opstart van Bednet zou moeten gebeuren net na de vakantie. De zomerperiode is daarbij een extra uitdagende periode. Voor de scholen blijkt het niet altijd evident om bovenop de drukke periode van een opstart van een schooljaar, de organisatie van een Bednettraject erbij te nemen. De impact voor de zieke leerling is daarentegen groot wanneer deze van bij de start enkele lesweken mist.

“Ja, die **eerste dag** [Bednet]. Dat was dan **dinsdag 21 september** eigenlijk **na een aanvraag van midden augustus.**” (ouder - case Staartmees)

Bednet benadrukt zelf het belang van snel te kunnen opstarten omdat zo de effectiviteit van een traject het grootst is. De zieke leerling pikt in op de lessen in de klas. Hoe minder lessen de zieke leerling gemist heeft, hoe gemakkelijker de leerling kan inpikken op de lessen die hij of zij via Bednet volgt.

“Ook op **microniveau** is het belangrijk het traject **vroeg op te starten. Hoe langer dat je wacht, hoe moeilijker** het wordt.” (interview Bednet)

Om een snelle opstart te garanderen is het belangrijk dat scholen voldoende kennis hebben over hoe ze een Bednettraject kunnen opstarten. Dit blijkt op basis van de survey nog onvoldoende (zie ook 5.2.2). Slechts 63% van de scholen geeft aan te weten hoe ze Bednet kunnen aanvragen of opstarten (% akkoord-helemaal akkoord, n=71), in vergelijking met TOAH waar we zien dat 86% van de scholen aangaf te weten hoe men moet opstarten. Voor de bevroegde scholen uit het basisonderwijs gaat het zelf om 50%, in vergelijking met 70% van de scholen voor het secundair onderwijs. Daarnaast zien we dat bij de bevroegde scholen uit het buitengewoon onderwijs slechts 30% aangeeft te weten hoe men Bednet moet opstarten, tegenover 79% van de scholen in het gewoon onderwijs. Deze resultaten zijn opmerkelijk gezien in de omzendbrief omschreven wordt dat “scholen verplicht zijn om de regelgeving van SIO in het schoolreglement op te nemen en ouders individueel op de hoogte te



brengen van het bestaan en de mogelijkheden van SIO, van zodra duidelijk is dat de leerling hiervoor in aanmerking komt".³⁴

Op basis van de survey konden we wel bij de ouders vaststellen dat zij in grote mate tevreden zijn over het verloop van de administratie (aanvraag, registratie,...): 94% van de ouders vindt dat dit vlot verloopt (% akkoord – helemaal akkoord, n=54).

5.2.5 Bednet-apparatuur

Nodige IT-apparatuur en ondersteuning

Lessen via Bednet realiseren, vraagt om specifieke apparatuur. Bednet voorziet en levert de nodige toestellen op de scholen en bij de leerlingen. Eens in de school is het belangrijk dat de toestellen op een goed netwerk aangesloten kunnen worden en dat er voldoende ondersteuning is om de apparaten vlot te installeren en in gebruik te kunnen nemen. Op basis van de survey kunnen we echter afleiden dat nog niet alle scholen aangeven vlot Bednet in gebruik te kunnen nemen binnen de bestaande IT van de school: slechts 51% van de scholen geeft aan over voldoende IT-apparatuur en mankracht te beschikken om Bednet te kunnen organiseren voor zieke leerlingen (% akkoord-helemaal akkoord, n=71). Na een vergelijking tussen gewoon en buitengewoon onderwijs, zien we dat slechts 22% van de scholen buitengewoon onderwijs aangeeft over voldoende apparatuur en mankracht te beschikken in vergelijking met 65% van de scholen in het gewoon onderwijs (% akkoord-helemaal akkoord, n = 71). Ook tussen het basis- en secundair onderwijs treedt een verschil op: slechts 38% van de scholen basisonderwijs beschikken over voldoende apparatuur en mankracht in vergelijking met 57% van de scholen in het secundair onderwijs (% akkoord-helemaal akkoord, n = 71).

In de klassen zelf is het belangrijk dat zowel de camera én de microfoon goed gepositioneerd worden opdat de leerling thuis de les vlot (zonder storingen in geluid, verbinding, ...) kan volgen.

"Het contact met de leerkrachten was er niet met Bednet. Die stonden aan de andere kant van de klas, ik kon daar **geen vraag** aan stellen want **die hoorden dat niet** of die probeerden dan zo uit te leggen, maar dan **hoorde ik het niet**, omdat de klas lawaai maakte." (leerling - case Staartmees)

Een vlotte ondersteuning om storingen op te lossen is belangrijk. De consultants verwijzen zowel de leerlingen/ouders als leerkrachten bij de opstart van een traject door naar de website waar ze uitgebreide informatie en tips over het gebruik van de toestellen kunnen vinden (bijv. positioneren van de micro dicht bij de leraar). Toch geeft een consultant ook aan dat deze website bij de opstart overweldigend kan zijn. Directe hulp van een consultant blijft mogelijk en ook nodig in sommige gevallen:

"We plaatsen ook **alles op onze website**. Maar we snappen dat die **voor sommige mensen** ook een **overvloed** aan info is. Dus we maken zeker de **tijd aan de telefoon** en als er vragen gesteld worden om die te beantwoorden." (consulent Bednet – case Staartmees)

De gebruikers ervaren daarentegen nog niet in alle situaties een vlotte ondersteuning. De chat van de helpdesk blijkt niet voor alle leerlingen een goede oplossing:

"Er zijn soms ook **technische storingen** via Bednet en dan is het **vervelend** dat de **communicatie** altijd **via chat** moest verlopen. Als mijn dochter dan in de les zat duurde dit **te lang**." (Focusgroep ouders)

³⁴ Omzendbrief, zie <https://data-onderwijs.vlaanderen.be/edulex/document.aspx?docid=14883>, met als wettelijke basis de codex Secundair Onderwijs (artikel 117) en het decreet van 25 februari 1997 (artikel 36)



Toch kunnen we op basis van de survey vaststellen dat 87% van de ouders aangeeft dat hun kind vlot gebruik kon maken van de apparatuur en dat volgens 74% van de ouders bij technische problemen vlot een oplossing werd gevonden (% akkoord-helemaal, n=54).

Mobiele units

Zoals eerder aangegeven (zie 5.2.2) schakelde Bednet over op nieuwe toestellen, met name 'mobiele units'. Hierdoor zouden de toestellen binnen de scholen gemakkelijker van leslokaal te verplaatsen zijn. De units werden door meerdere bevroegde actoren positief onthaald gezien het om een verbetering blijkt te gaan zowel in vergelijking met de vorige toestellen als in vergelijking met eigen systemen ontwikkeld door de school (op bijv. laptops):

“De mobiele unit van Bednet is wel beter werkbaar. Bednet is onmisbaar voor ons.”

(focusgroep leerkrachten)

“Draagbare systemen van Bednet hebben toch wel meer voordelen dan laptop”

(focusgroep directies gewoon onderwijs)

Anderzijds zijn niet alle scholen tevreden over de mobiele unit. Sommige zijn daarom overgeschakeld op een eigen systeem van laptops en aangekochte microfoons. Andere scholen blijven Bednet gebruiken, maar volgens hen moet ook de mobiele unit idealiter zo weinig mogelijk van leslokaal veranderen. Sommige scholen passen daarom hun lessenroosters aan zodat het toestel zo lang mogelijk in hetzelfde lokaal kan blijven staan. Het maken van een goede planning vooraf blijkt voornamelijk belangrijk om een les via Bednet optimaal te kunnen realiseren:

“ In het secundair is Bednet niet altijd eenvoudig omdat je vaak van klas moet veranderen.

We hebben het een aantal keer geprobeerd maar we merken dat het moeilijk haalbaar is.

Zelfs als het een draagbaar apparaat is dan blijft het zwaar om van klas tot klas te dragen.

Sinds corona doen we het daarom gewoon via een laptop en kan de leerling van thuis uit

meevolgen. We hebben speciale microfoons gekocht om de lessen via de laptops

kwaleitsvoller te maken.” (focusgroep directies gewoon onderwijs)

“ Wij proberen de lessenroosters zo aan te passen dat er in blokken van 4-6uur gebruik

gemaakt kan worden van hetzelfde lokaal. Op deze manier is het gebruik van Bednet

logistiek eenvoudiger.” (focusgroep directies gewoon onderwijs)

“Wij passen de klasroosters aan zodat de klas steeds op dezelfde plaats zit indien

mogelijk, loopt meestal erg vlot.” (focusgroep directies gewoon onderwijs)

Daarnaast formuleren de consultants de uitdaging om de scholen die afhaakten na een negatieve ervaring met de vorige – minder gebruiksvriendelijke – toestellen opnieuw te overtuigen van de meerwaarde van Bednet.

“Sommige scholen verkiezen Teams of andere platformen omdat ze in het verleden geen

goede ervaringen met Bednet gehad hebben, maar ondertussen zijn de mogelijkheden

sterk verbeterd voor Bednet.” (focusgroep consultants Bednet)

Specifieke modaliteiten

Bednet zelf benadrukt voornamelijk de meerwaarde van enkele specifieke modaliteiten van de toestellen voor de zieke leerling en de leerkracht in de klas. Zo biedt de beweegbare camera en de documentendeler opportuniteiten die minder gemakkelijk via andere digitale lesalternatieven (bijv. Teams, Smartschool Live,...) te realiseren zijn. Via deze modaliteiten tracht Bednet de leerling zo authentiek mogelijk bij de les te betrekken:



“De meeste [zieke leerlingen] vinden die **beweegbare camera** heel **handig** om dat ze zelf kunnen kiezen wat ze zien. We proberen veel modaliteiten zo in te richten dat ze op een **onopvallende manier toch opvallend** kunnen zijn.” (interview Bednet)

Toch benadrukt Bednet de vrijheid die elke school en leerkracht heeft om die modaliteiten te gebruiken die nodig zijn om in te spelen op de behoeften van de zieke leerling of die aanvullend zijn op de eigen mogelijkheden van de school.

“Ook niet alle functionaliteiten moeten gebruikt worden als **scholen andere manieren** hebben om bijvoorbeeld documenten te delen dan is dit ook **prima** natuurlijk.” (interview Bednet)

Anderzijds geven de consultants aan dat wanneer scholen eigen systemen ontwikkelen het niet altijd evident is om Bednet daarop af te stemmen:

“Ik vind het soms moeilijk als een school **een eigen systeem** ontwikkelt. Dit is **niet** altijd **eenvoudig** voor ons om **Bednet erop af te stemmen**.” (focusgroep consultants Bednet)

5.2.6 Communicatie en dienstverlening

Op basis van de analyse van de survey en het veldwerk kunnen we vaststellen dat de gebruiker (leerlingen, leerkrachten, scholen en ouders) voor het merendeel tevreden is over de ondersteuning of dienstverlening die door Bednet geboden wordt.

“We zijn **opgebeld** door Bednet en **goed begeleid** geweest.” (focusgroep ouders)

Op basis van de survey blijkt dat 71% van de scholen tevreden is over de dienstverlening en opvolging die Bednet voorziet (percentage akkoord-helemaal akkoord, n=45). 78% van de scholen is tevreden over de communicatie die het met Bednet heeft (percentage akkoord-helemaal akkoord, n=46), en ook 74% van de bevroegde ouders vindt dat er voldoende contact en afstemming plaatsvindt tussen Bednet en de thuishoel (% akkoord-helemaal, n=54). Daarnaast vindt 94% van de ouders dat het contact met Bednet vlot verliep (% akkoord-helemaal, n=54).

De eerder positieve waardering voor de dienstverlening van Bednet werd ook door andere actoren aangehaald, waaronder de ziekenhuisscholen en het CLB:

“De **ondersteuning** van Bednet is heel **goed**” (focusgroep Ziekenhuisscholen)

“De **uitrol** van Bednet is **evenredig verdeeld** en vormt **weinig extra werk** voor **scholen**.” (focusgroep CLB)

5.3. Didactische praktijken

In deze paragraaf gaan we dieper in op onze vaststellingen over de didactische praktijken van Bednet. We bespreken de volgende thema's:

- ▶ Lessenpakket via Bednet
- ▶ Aanpak en werkvormen
- ▶ Communicatie tussen leerlingen en thuishoel/leerkracht(en)
- ▶ Uitwisseling van lesmaterialen
- ▶ Contact tussen zieke leerlingen en medeleerlingen



- ▶ Impact van Bednet op leerkrachten
- ▶ Invloed veralgemeende digitalisering t.g.v. corona
- ▶ Terugkeer en nazorg

Alvorens elk van bovenstaande thema's uit te diepen geven we mee dat op basis van de survey 74% van de bevraagde ouders tevreden blijkt over de kwaliteit van de lessen die hun kind volgde via Bednet (% akkoord-helemaal akkoord, n=54).

5.3.1 Lessenpakket via Bednet

Na het nemen van de beslissing dat Bednet een gepaste onderwijsoplossing inhoudt voor een zieke leerling, dient men te bepalen welke lesmomenten of vakken de leerling via Bednet zal volgen. Het aantal lesuren wordt in overleg en op maat vastgelegd, en kan (of moet) indien nodig flexibel bijgestuurd worden. Bednet tracht hier de verantwoordelijkheid bij het samenstellen van het lessenpakket zoveel mogelijk bij de school en de ouder te leggen. Wel geven ze de scholen en ouders advies op voorhand of ondersteunen ze als het maken van een keuze niet vlot loopt. De consulenten benadrukken wel dat de samenstelling van een pakket kan groeien. Door te experimenteren met wat lukt voor de leerling, kan men de keuze van vakken/lessen bijsturen. Bednet laat de scholen en leerling/ouders hier vrij in en hoeft hierbij niet te worden betrokken.

“Dat is iets **op maat en afhankelijk van de situatie**. In het lager sturen de meeste scholen een weekplanning door van de volgende week en duidt aan welke momenten het belangrijk is dat de leerling via Bednet mee volgt. Het gezin heeft dan het weekend de tijd om de planning te overlopen en aan te geven welke lessen het kind gaat meevolgen. Daarna zijn **last minute wijzigingen** natuurlijk wel nog steeds nodig.” (focusgroep consulenten Bednet)

“We vragen om ons daarbij [het bepalen van welke vakken via Bednet] **niet te betrekken**. We geven wel altijd het **advies van op voorhand af te spreken welke vakken wel en welke vakken niet**. Hoeveel uren wel en dat heel duidelijk af te bakenen” (consulente Bednet – case Staartmees)

“We zeggen ook altijd dat dat iets is waar mee begonnen moet worden en dat iets is dat **mag groeien**. Als je na een week vaststelt dat het teveel of te weinig is dan kan je in het jaar **evolueren**. Het is **niet nodig van ons op de hoogte te houden** omdat dat momentopnames zijn.” (consulente Bednet – case Staartmees)

Bednet volgt wel het gebruik op via monitoring van de apparatuur. Wanneer men vaststelt dat het toestel niet ingezet wordt, zal men anticiperen. Men polst bij de leerling/ouders/school naar de situatie en bieden indien nodig extra ondersteuning of zoeken mee naar een oplossing indien van toepassing. Wordt de apparatuur onvoldoende gebruikt, dan zal het traject stopgezet worden en kan men het apparaat voor een andere zieke leerling inzetten.

“We zijn via de helpdesk en monitoring altijd bereikbaar. De monitoring gebeurt op basis van het **gebruik dat geregistreerd** wordt. Als we zien dat er **geen gebruik** is dan gaan we kijken wat er **aan de hand is**.” (focusgroep consulenten Bednet)

Op basis van het veldwerk blijkt het essentieel om een doordacht afgewogen en haalbaar pakket van lesmomenten samen te stellen. Het volgen van lessen via Bednet blijkt namelijk vermoeiend en intens voor leerlingen.



“Bednet is **vermoeiend** en je leert minder in een uur, maar het was echt een grote meerwaarde.” (leerling - case mus)

“**Te veel vakken via Bednet volgen is heel vermoeiend**. Het is eerder een sociale./psychologische steun dan een pedagogische steun.” (focusgroep ouders)

“Bednet zorgt ook wel voor **veel extra prikkels** voor leerlingen.” (focusgroep directies buitengewoon onderwijs)

“Ik denk dat ik de eerste week heb geprobeerd om **al mijn vakken** te doen, maar na een week was dan **duidelijk dat dat niet lukte**. Dan ben ik overgestapt naar enkel de hoofdvakken en dan op het einde van Bednet ben ik zelfs alleen maar gedagwetenschappen en cultuurwetenschappen beginnen doen.” (leerling - case Staartmees)

“Ja bij ons, bij [leerling X] dan in dit geval, merken wij ook wel op dat dat op den duur zo voor haar eigenlijk **heel zwaar** wordt dat constant thuis **les volgen op haar kamertje alleen**.” (focusgroep leerkrachten)

Voor ouders is het daarom belangrijk dat de school voldoende ondersteunt en meedenkt bij het samenstellen van het lessenpakket:

“Er werd ook gezegd niet alle vakken via Bednet te volgen. Ik mistte een **duidelijk afbakening** van de **school** welke vakken ze wel mee moest volgen. Voor iemand met autisme is dit heel zwaar.” (ouder – case Staartmees)

Uit de survey kunnen we afleiden dat 72% van de ouders vindt dat er voldoende overleg plaatsvond tussen alle betrokken partijen om het lesprogramma samen te stellen (Bednet, thuischool, CLB, ouders,...) (% akkoord-helemaal, n=54). Daarnaast vindt 78% van de ouders dat het uurrooster van de lessen die hun kind via Bednet volgde haalbaar was (% akkoord-helemaal, n=54). Ouders zijn hier dus niet uitgesproken ontevreden over, maar de tevredenheid ligt wel een stuk lager dan bijvoorbeeld de 94% ouders die tevreden waren over de communicatie met Bednet (% akkoord-helemaal, n=54).

Uit het veldwerk konden we een zestal factoren afleiden die invloed hebben op de selectie van lesmomenten:

- ▶ Doelstelling waarmee Bednet ingezet wordt: de selectie van lesmomenten verschilt naargelang de focus meer of minder ligt op het wegwerken van leerachterstand of de sociale dimensie (en het positief beïnvloeden van het welbevinden van de leerling). Vakken waarvoor een leerling een te grote leerachterstand heeft opgebouwd en de leerling niet vlot meer kan inpikken in de les blijken niet aangewezen. Hiervoor blijkt 1-op-1 begeleiding meer aangewezen.

“Het zijn niet alleen maar ‘moetjes’. Ligt de **focus op de slaagkansen** dan is de invulling natuurlijk anders dan wanneer de **focus** ligt op de **sociale interactie**. Het is belangrijk ook een leuk vak in het pakket te steken zodat het kind iets heeft om naar uit te kijken.”
(focusgroep consulenten Bednet)

- ▶ Afstemming met andere maatregelen of therapie/behandeling van de leerling: de selectie van lesmomenten verschilt naargelang Bednet gecombineerd wordt met andere maatregelen en is afhankelijk van de planning van de therapie/behandeling (bijv. in revalidatiecentra,...). Indien Bednet gecombineerd wordt met andere maatregelen, wordt gekeken voor welke lesmomenten Bednet aanvullend meerwaarde biedt:



“Waarom die vakken dan? S: Omdat ik voor mijn andere vakken, dus voor Nederlands, Frans, Engels en Wiskunde, had ik dan **leerkrachten die dan thuis kwamen**. Dus dan was **eigenlijk rap de keuze gemaakt** om dan, als we het moeten verminderen, gedrags- en cultuurwetenschappen nog te volgen. Dat was vrij theoretisch en dat lukte wel via Bednet. De andere vakken lukten niet dus daarmee dat we alleen die vakken hebben gekozen om nog verder te doen.” (leerling – case Staartmees)

- ▶ Noden van de leerling: de selectie van lesmomenten verschilt naargelang de noden van de leerling: voor welke lesmomenten heeft zij/hij het meeste motivatie/interesse?

“Een school gaat eerst kijken naar de hoofdvakken maar het sociale mag niet verwaarloosd worden. Er moet ook geluisterd worden naar de **noden van de leerling** – welke vakken en leerkrachten vindt hij/zij fijn en wilt hij volgen?” (focusgroep consulenten Bednet)

“Ik had Bednet nooit willen gebruiken tijdens de speeltijden om te praten.”
(leerling - case Mus)

- ▶ Onderwijsniveau: de selectie van lesmomenten verschilt naargelang het onderwijsniveau. Andere lesmomenten worden geselecteerd in het secundair versus basisonderwijs. De selectie van lesmomenten in het secundair onderwijs wordt veelal mee gestuurd door de lokaalwissels die in vele scholen per lesuur plaatsvinden.

“In secundaire scholen heb je lokaalwissels en situatieafhankelijk.” (focusgroep consulenten Bednet)

“In het lager sturen de meeste scholen een weekplanning door van de volgende week en duidt aan welke momenten het belangrijk is dat de leerling via Bednet mee volgt.”
(focusgroep consulenten Bednet)

- ▶ Type vakken: de selectie van lesmomenten verschilt naargelang het type vakken in de opleiding van de leerling. Het inzetten van Bednet voor praktische vakken blijkt minder evident. Daarnaast blijkt het ook niet altijd evident voor leerkrachten om Bednet in te zetten bij vakken in het buitengewoon onderwijs waar met veel en wisselende materialen/lesinhouden wordt gewerkt.

“Een ander knelpunt dat ik zie is dat Bednet een **onmogelijke** opdracht is voor de **praktijklessen**. “ (focusgroep directies buitengewoon onderwijs)

De **grote uitdaging** is om na het theoretisch stukje dat wel via Bednet kan het **praktisch stukje** te organiseren.” (focusgroep directies gewoon onderwijs)

“Uiteraard hebben we dat eerst besproken van, want het is niet zo evident bij ons omdat de leerlingen ook **heel veel praktijk** krijgen. Dus hebben we daar even over nagedacht, samen met leerlingenbegeleiding, ja hoe gaan we dat aanpakken. En nu volgt zij eigenlijk de theoretische vakken allemaal via Bednet dan en [...] wanneer dat ze een praktijkvak heeft, wordt er **eigenlijk een opdracht doorgemailed**. En dan stuurt zij haar dingen terug door wat ze heeft gemaakt of werkjes, foto's van en zo,... eigenlijk proberen we die achterstand niet te groot te maken.” (focusgroep leerkrachten gewoon onderwijs)



“Dan was dat een of twee lestijden per week, maar in **basisaanbod** wordt er heel veel met **materiaal gewerkt of met wekelijkse of tweewekelijkse thema's** en is het moeilijk om als leerling daarop in te pikken.” (focusgroep leerkrachten buitengewoon onderwijs)

- ▶ Pedagogisch-didactische keuzes van school/leerkracht(en): de selectie van lesmomenten verschilt naargelang enkele pedagogisch-didactische keuzes of kenmerken van de school en/of de leerkracht(en).

“Voor de ene school is het heel belangrijk dat de evaluatiemomenten aan bod komen, terwijl andere scholen die op een andere manier organiseren.” (focusgroep consulenten Bednet).

5.3.2 Aanpak en werkvormen

Leerlingen volgen synchroon de les in de klas mee. Via een beweegbare camera die zij kunnen bedienen, kunnen ze zelf bepalen naar waar de camera richt en in welke mate deze in- of uitgezoomd is. Daarnaast kan de leerling het gesprek in de klas meevolgen via een micro.

De wijze waarop Bednet didactisch ingezet wordt of kan worden, blijkt gerelateerd aan de gehanteerde onderwijsmethodes, leerkrachtenstijl en werkvormen:

De **aanpak van onderwijsmethodes, de leerkrachtenstijl, werkvormen** die wel of niet gebruikt worden zijn doorslaggevend. Dit bepaalt de **didactische mogelijkheden** (focusgroep consulenten Bednet)

“Het heeft niet alleen met het niveau van het onderwijs te maken maar ook met de noden en **manier van omgaan met het lesgeven**. De **filosofie van de school** is een belangrijkere factor.” (focusgroep consulenten Bednet)

Bij frontale lessen, waarbij er minder verplaatsingen en minder geluiden in de klas zelf zijn, zou het gebruik het gemakkelijkste zijn: er zijn het minst storingen (bijv. storende achtergrondgeluiden, niet alle leerlingen kunnen zien,...). Bij meer activerende of praktijkgerichte werkvormen daarentegen blijkt het inzetten van Bednet vaak moeilijker: leerlingen verplaatsen zich meer, er zijn meer materialen nodig,... De consulenten spelen hierin echter een belangrijke rol. Via gepaste ondersteuning kunnen zij samen met de leerkracht zoeken naar hoe een werkvorm toch ook voor de zieke leerling thuis gerealiseerd kan worden. Op die manier trachten ze voor alle leerlingen, ongeacht de context, zoveel als mogelijk Bednet te realiseren.

“Het hangt er maar vanaf wat het doel is. Als het doel is om echt leerachterstand te beperken dan gaat Bednet makkelijker ingezet worden in de **klassikale les vormen**. In **praktijkvakken** is het **moeilijker** maar het kan ook, **wij gaan hierbij actief helpen denken naar wat de best mogelijk manier zou kunnen zijn**.” (focusgroep consulenten Bednet).

“We kijken niet naar de beperkingen maar naar de **mogelijkheden**, zowel voor de **leerkrachten** als van het **stelsel**. Ik weet uit ervaring dat de moeilijkste situaties de alternatieve schoolsystemen zijn. Zoals het kunstonderwijs waar minder structuur is. Als we dit als consulent op voorhand weten dan kunnen we wel al enkele aandachtspunten meegeven. Als de juiste mensen op de juiste plek staan dan zijn de beperkingen snel weggewerkt.” (focusgroep consulenten Bednet).

“Als consulent gaan we de **context** van de school in kaart brengen en **kijken hoe Bednet** hierin een **waardevolle rol** in kan opnemen.” (focusgroep consulenten Bednet).



5.3.3 Communicatie tussen leerling/ouders en thuishoof/school/leerkracht(en)

Om de Bednetlessen vlot te laten verlopen is niet alleen goede ondersteuning vanuit Bednet belangrijk (bijv. via de helpdesk, zie 5.2.2), maar speelt ook de ondersteuning van de thuishoof en de leerkracht(en) van de zieke leerling een belangrijke rol. Opnieuw blijkt een vlotte communicatie en uitwisseling tussen de betrokken partijen hiervoor cruciaal.

“Ik wilde vooral nog even zeggen dat wat ik vooral op dat moment heel erg gemist heb. Wij hebben **heel veel moeten vragen** ‘Hoe zit dat met taken en toetsen’ ‘Hoe gebeurt dat?’ daar hebben we **nooit een duidelijk antwoord** op gekregen. De consultant heeft een hele e-mail doorgestuurd en daarin stond wat leerkrachten allemaal konden proberen voor het geluid voor die jabra. Hoe ze taken en toetsen moeten afnemen blijkbaar staat dat allemaal heel duidelijk op Bednet beschreven en zijn daar wel opties voor. Maar daar blijft het dan ook bij. Wat ik dan mis dat is iemand die **alle betrokken partijen eens samenroept** ook die van Bednet.” (ouder - case Staartmees)

Ten eerste blijkt een goede communicatie over de aanwezigheid tijdens de Bednetlessen belangrijk. Enerzijds willen leerlingen op de hoogte gebracht worden wanneer leerkrachten niet aanwezig zullen zijn:

“Of als de **leerkracht eens niet** kwam, werd ik **niet gewaarschuwd** waardoor ik dan al een halfuur thuis zat te wachten en dan stuurde ik een bericht naar mijn klas en bleek dat de leerkracht er niet was. Er was ook een leerkracht die altijd te laat kwam, maar na 40 minuten wachten, wacht je daar ook niet meer op, op den duur. Dus ik heb eigenlijk **heel moeilijk les kunnen volgen** met Bednet.” (leerling – Case Mus)

“De leerkrachten **vergaten** soms ook Staartmees te **verwittigen** bij veranderingen of vergaten Bednet **op te zetten**.” (ouder – Case Staartmees)

Anderzijds blijkt het voor de leerkracht evenzeer belangrijk dat de leerling vlot met hem/haar communiceert:

“Maar daar buiten, was het elke keer dat je in de les zelf Bednet opstartte en was het een **stuk afwachten wanneer de leerling zou inbellen?** Als ze zich goed voelde, dan wist je wel van oké ze komt vandaag vroeg. Maar als ze zich minder goed voelde, of de dokter moest nog op bezoek komen of zo van die dingen, dan was dat altijd even afwachten.” (focusgroep leerkrachten gewoon onderwijs)

Uit het veldwerk konden we afleiden dat dit een stuk vlotter loopt wanneer de ouder van de zieke leerling kan ondersteunen bij de communicatie met de leerkrachten:

“Bednet [is] toch wel **soms lastig als je een leerling hebt die er niet altijd kan bij zijn**. Ook niet altijd op de momenten die afgesproken zijn. Maar ik heb ook daar heel nauw contact eigenlijk met **mama en papa** waarbij dat we via **Whatsapp** de hele dag door soms sturen van nu gaat het wel lukken nu niet. Maar dat maakt soms wel een beetje lastig ook, want dan probeer je daar zo veel mogelijk uw lessen aan aan te passen en zo. Maar op zich lukt het wel.” (focusgroep leerkrachten gewoon onderwijs)

“De **mama** stuurde mij een **berichtje**. Dus ik had wel altijd mijn telefoon op luid staan die periode en dan stuurden de mama met een berichtje en dan wist ik dat we klaar moesten gaan zitten.” (focusgroep leerkrachten gewoon onderwijs)



Daarnaast vinden 65% van de bevroegde ouders dat de verwachtingen van de leerkracht(en) niet altijd duidelijk waren voor hun kind tijdens de Bednetlessen die hun kind volgde (% akkoord-helemaal, n=54).

De afstand tussen leerling en leerkracht, omwille van het digitale aspect, blijkt soms de communicatie tussen de leerling en de leerkracht te bemoeilijken.

“Met Bednet, moest je alles zo nog zelf regelen: ik moest nog **voor alles mails** sturen, maar **als je niet in de klas zit**, dan zijn dat veel mails, want elke vraag dat je hebt, dat is **moeilijk om te stellen via Bednet.**” (leerling - case Mus)

“Ook het **contact met de leerkrachten is niet altijd evident**, wat met **TOAH beter is.**”
(focusgroep directies buitengewoon onderwijs)

5.3.4 Uitwisseling lesmaterialen

Gezien zieke leerlingen bij Bednet de lessen uit hun eigen klas volgen, is een goede uitwisseling van de lesmaterialen tussen de thuischolen en leerling ook belangrijk. In de praktijk blijken verschillende methoden gebruikt te worden: lesmaterialen worden (1) via Smartschool gedeeld, (2) worden klaargelegd in een bakje aan het secretariaat en opgepikt door een ouder/broer of zus, (3) door de leerkracht tot bij de leerling thuis gebracht.

“Ik moest wel altijd zorgen dat ze al het materiaal had. Dat ging dan meestal wel naar de ouders, of als dat kleine papieren waren, dan werd dat gewoon **doorgestuurd.**”
(focusgroep leerkrachten gewoon onderwijs)

“Ik **bracht dat** dan. Maar ik werk in de gemeente waar ik woon. Dus voor mij is dat nu nog wel te doen. En dan vond ik dat niet zo erg om dat te brengen. Ik probeerde zo gewoon elke week **een zakje te maken met alle spulletjes** in, en dan bracht ik dat ook. Ik probeerde ook zo de dingen die we tijdens de muzische lessen te doen ook wel mee te geven zodat ze toch ook daar zoveel mogelijk aansluiting bij had.” (focusgroep leerkrachten gewoon onderwijs)

“Ik heb bij mijn leerling een beetje het geluk dat zijn **jongere broertje hier ook op school zit**. Dus bij mij wordt er heel vaak materiaal uitgewisseld via de broer eigenlijk. Maar ik heb ook wel al een aantal keren gehad dat ik plots nog aan iets dacht, of bijvoorbeeld in een vakantie zelf iets **ook naar huis ging gaan brengen**. Maar ook ik werk in dezelfde gemeente van waar ik woon, dus ook voor mij was dat niet echt een probleem.”
(focusgroep leerkrachten gewoon onderwijs)

Het blijkt op basis van het veldwerk vooral belangrijk om hierover goede afspraken te maken tussen de leerling/ouder en thuischool, waarbij het belangrijk is een haalbaar systeem te kunnen realiseren voor beide partijen (leerkracht én leerling). Nog niet in alle gevallen loopt de uitwisseling van lesmaterialen namelijk vlot:

“Ze moest ook aan info geraken. Er waren ook heel veel leerkrachten die het boek niet volgde en dan bv. kopieën uitdeelden in de klas. We moesten dan **uitzoeken hoe we daaraan geraakten**. We hadden dan het idee om een **bak** te zetten aan het **onthaal** waar alle leerkrachten hun documenten konden insteken en dat de **zus** dat dan kon meenemen. Maar dat hebben we **ook weer zelf bedacht**. Ze zeiden dan die cursus kan je uitprinten. Maar ik zeg dat kan toch niet de bedoeling zijn dat we een cursus van meer dan 100 bladzijden hier op onze printer uitprinten en dat we ondertussen ook moeten betalen voor kopieën. Dus dan hebben we dat uiteindelijk zo geregeld voor een aantal weken.



Soms lagen die blaadjes daar niet. Dat was voor Staartmees dus ook **superstresserend**. Ik denk dat Staartmees ook veel lessen overgeslagen heeft omdat het niet ging." (ouder - case Staartmees)

5.3.5 Contact tussen zieke leerling en medeleerlingen

Naast het beperken van leerachterstand, streeft Bednet ook een sociale dimensie na waarbij de zieke leerling in contact kan blijven met medeleerlingen. Deze sociale dimensie krijgt op diverse wijze vorm in de praktijk: de leerling belt in tijdens klasgesprekken, de camera wordt naar de klas gedraaid zodat de leerling thuis de medeleerlingen ziet, de leerling belt in tijdens de speeltijd om met enkele medeleerlingen te babbelen, men zet in op groepsopdrachten zodat de zieke leerling sterker betrokken wordt in het gesprek via Bednet,

"Dan wordt zij ook altijd mee betrokken in het **klasgesprek**. Ik draai die ook soms naar de klas als ze niet op het bord moet zien. Dan **draai ik die echt mee in de richting van de klas**, dat ze eigenlijk de klas ziet en de klas ook haar zien. Zodat ze echt wel het gevoel heeft dat ze er wat bij hoort." (focusgroep leerkrachten gewoon onderwijs)

"Dat we bijvoorbeeld de afspraak hebben dat we telkens **tijdens de speeltijd** een aantal kinderen in de klas laten bij Bednet. En die mogen dan eigenlijk een beetje babbelen of een spelletje spelen tijdens de speelplaats en die mama laat me ook wel echt dikwijls weten dat dat voor de leerlingen echt wel deugd doet om zijn vriendjes op die manier te kunnen zien." (focusgroep leerkrachten gewoon onderwijs)

"Op den duur zo voor haar eigenlijk heel zwaar wordt dat constant thuis les volgen op haar kamertje alleen. En dan merkte ik dat al een aantal keer op en, oké ze wordt wel mee betrokken bij de klas. Ik probeer die mee te laten doen met **groepsopdrachten**. Dan zet ik in die in Bednet gewoon mee in het groepje waar dat zij meewerkt." (focusgroep leerkrachten gewoon onderwijs)

Leerkrachten geven aan dat deze sociale dimensie niet alleen belangrijk is voor de zieke leerling zelf, maar ook waardevol is om de medeleerlingen op de leerling betrokken te houden.

"Soms stellen ze ook een keer een vragenlijstje op voor hem zodanig dat **ze hem ook een beetje beter leren kennen**. Op die manier proberen we het sociale contact toch een beetje te behouden." (focusgroep leerkrachten gewoon onderwijs)

Daarnaast organiseren sommigen scholen ook contactmomenten tussen de leerling en de leerlingenbegeleiding om zo het welbevinden van de leerling positief te beïnvloeden:

"Die kwam heel graag naar het school dus die vindt dat heel erg dat ze thuis zit. Dus nu doet de **leerlingenbegeleiding** en de **verpleegster** ook wekelijks een contact momentje online. Het is eigenlijk een heel flink meisje en die probeert haar altijd heel sterk en goed te houden. En dan kan ze eigenlijk ook haar hart eens echt luchten." (focusgroep leerkrachten buitengewoon onderwijs)

Hoewel we uit het veldwerk konden afleiden dat vaak pogingen ondernomen worden om contact tussen de zieke leerling en de medeleerlingen mogelijk te maken, blijkt dit niet altijd in de praktijk mogelijk of vlot te verlopen:

"Bednet werd dan uiteindelijk opgestart om de band terug met school aan te gaan, maar ondertussen was die **klassamenstelling veranderd** en was dat niet zo evident." (focusgroep leerkrachten buitengewoon onderwijs)



“Het **doel** ging ook **een beetje verloren van een band te creëren met andere kinderen**. Zo werd er ook een kringgesprek gedaan met de vraag van wat heb jij gedaan in het weekend om die band aan te gaan, maar dat is **niet zo evident in het buitengewoon onderwijs** via Bednet omdat dat **echt met thema's is.**” (focusgroep leerkrachten buitengewoon onderwijs)

5.3.6 Impact van Bednet op leerkrachten

Het kunnen bieden van de nodige ondersteuning aan zieke leerlingen, heeft impact op leerkrachten. Het vraagt, afhankelijk van de situatie of leerling, meer of minder tijd om de leerling op te volgen, alsook vormt de ondersteuning een belasting bovenop hun ander takenpakket.

“Ik had het voordeel dat de leerling die thuis was heel slim was en dat ze ook heel snel mee was met de leerstof. Dus dat zorgde er wel voor dat de last iets minder groot was voor mij, maar het is toch wel **hard werken.**” (focusgroep leerkrachten gewoon onderwijs)

“Bednet zet **grote druk op de draagkracht van de leerkrachten.**” (focusgroep directies buitengewoon onderwijs)

Anderzijds vraagt het ook om enkele specifieke competenties waarover leerkrachten moeten beschikken. Naast de nodige digitale competenties om met Bednet te werken, moeten leerkrachten ook over een flexibel aanpassingsvermogen beschikken. Geplande situaties durven regelmatig last minute te veranderen, waardoor leerkrachten hier flexibel mee moeten kunnen omspringen.

“Nu natuurlijk met Bednet werken, was wel **niet altijd gemakkelijk als leerkracht**. Een zieke leerling sluit aan wanneer dat die zich goed voelt en vaak heb je dan uw opstart gedaan, heb je al uw uitleg gegeven en dat zorgt er wel voor **dat ge heel vaak moet schipperen**, terug opnieuw moet beginnen en dat ge daar zo wel **een beetje een weg moet in zoeken**. [...] Dus dat zijn wel dingen waar dat je als leerkracht moet bij stilstaan dat dat op die manier werkt. En dat je niet **alles dat je in uw hoofd hebt**, dat dat **niet allemaal gaat afgeraken.**” (focusgroep leerkrachten gewoon onderwijs)

Het begeleiden van leerlingen met specifieke noden (bijv. leerlingen met ASS) van op afstand is bovendien extra uitdagend voor leerkrachten en vraagt om bijkomende expertise om deze leerlingen op een goede manier te kunnen begeleiden:

“Ja, op dit gebied heb ik een leerling via Bednet met ASS. Soms heb je **gewoon in een klas meer tools om die leerling te helpen** en om die op weg te zetten. En dat is een leerling **als het niet direct duidelijk is, blokkeert hij** [...] dan kunt ge nog overgaan tot chatten of dingen zeggen, maar die sluit u dan volledig buiten. Dus geblokkeerd is geblokkeerd en **in de klas kun je dingen doen, maar dan niet meer** en dan stopt het en moet je hem zo achterlaten en **dat vind ik moeilijk.**” (focusgroep leerkrachten gewoon onderwijs)

Bovendien geven leerkrachten aan dat waakzaamheid belangrijk is om de zieke leerling niet uit het oog te verliezen tijdens de lessen en het bewustzijn te behouden dat een leerling via Bednet begeleiden anders is dan als deze in de klas zou zitten:

“Als leerkracht is het zien dat we ze **niet vergeten**. Dus je moet er **altijd goed aan denken.**” (focusgroep leerkrachten gewoon onderwijs)



“Je moet er aandachtig voor blijven, dus een vorm van erkenning dat die **aanwezigheid via de apparatuur** dan of de infrastructuur toch nog wel **anders is dan als iemand daar fysiek zou zitten.**” (focusgroep leerkrachten gewoon onderwijs)

5.3.7 Invloed veralgemeende digitalisering t.g.v. corona

Volgens Bednet heeft de coronapandemie een positieve invloed gehad op hun werking. De digitale competenties van scholen/leerkrachten verbeterden doorheen de pandemie, waardoor de consultants vandaag minder technische ondersteuning moeten bieden aan scholen:

“Corona heeft hier ook bij meegespeeld. Waar dat we vroeger van A tot Z Bednet en synchroon internetonderwijs moesten uitleggen kunnen we nu al makkelijker de vergelijking met een Teams maken. **Corona** heeft onze **uitleg ingekort** en de **kennis bij de scholen vergroot.**” (focusgroep consultants Bednet)

“De ondersteuning naar het uitproberen is een stuk verbeterd doordat de informatie op de website verbeterd is maar ook doordat **veel digitale vaardigheden** verder **geëvolueerd** zijn door de coronapandemie.” (focusgroep consultants Bednet)

“Het heeft ook **leerkrachten vertrouwer** gemaakt met hoe het is **om als kind online** les te volgen.” (focusgroep consultants Bednet)

Daarnaast werd tijdens het veldwerk door enkele scholen aangehaald dat Bednet een meerwaarde biedt bovenop de mogelijkheden van andere bestaande alternatieven voor digitaal afstandsonderwijs. Zo gaf een school aan dat het tijdens de pandemie expliciet onderscheid maakte tussen langdurig zieke leerlingen en leerlingen die thuis waren omwille van Corona. Ondanks het gebruik van andere tools om digitaal afstandsonderwijs te realiseren, bleef het voor de langdurig zieke leerlingen Bednet aanvragen. Op die manier wou het verzekeren dat het aanbod van Bednet voortgezet zou worden in de toekomst:

“We proberen wel een **onderscheid** te maken met jongeren die **langdurig thuis zijn zonder corona**. Hierbij vragen we wel **de facto Bednet** aan omdat we schrik hebben dat de aantallen bij Bednet verdoezeld gaan geraken en waardoor het kan **lijken dat door alles zelf te organiseren Bednet overbodig is**. Dit is echter absoluut niet het geval. Dus als een leerling langdurig afwezig is gaan we wel Bednet installeren. Bednet voegt enerzijds een **toegevoegde waarde** toe en anderzijds als we het **zelf organiseren komt het allemaal op de schouders van onze ICT's terecht**. Het is **goed om een externe partner** te hebben die het nauw opvolgt.” (focusgroep directies gewoon onderwijs)

De toegevoegde waarde van Bednet die aangehaald werd tijdens het veldwerk, is:

- ▶ de ondersteuning van Bednet bij de organisatie, installatie/levering en tijdens het gebruik,...

“Je hebt ook consultants bij Bednet die voor de nodige ondersteuning zorgen.”
(coördinator jeugdhulp)

- ▶ de specifieke modaliteiten van de toestellen: de totaliteit om de klas te horen, de bewegbare camera, meer mogelijkheden om vragen te stellen, mogelijkheid om toetsen/taken door te sturen (de documentendeler), meer interactie mogelijk.

“De infrastructuur dat Bednet gebruikt kunnen we gedeeltelijk nabootsen maar vooral die **totaliteit om in de klas te horen, de interactie en ondersteuning gaan verloren wanneer**



we alternatieven van Bednet gebruiken. [...] Ik pleit er echt voor om Bednet meer te installeren in plaats van minder omwille van alles dat er rondhangt.” (focusgroep directies gewoon onderwijs)

“Bij ons is het onmisbaar omdat de mogelijkheden om de **camera te bestuderen** en **vragen te stellen veel uitgebreider** zijn met Bednet. Het feit dat zij een pakket **voor thuis leveren** is voor ons echt een aanvulling. Ideaal zou in elk klaslokaal in Vlaanderen een systeem van Bednet gereed staan voor als het nodig is.” (focusgroep directies gewoon onderwijs)

“Ik denk dat Bednet toch wel **meer voordelen** heeft. Omdat we daar ook **toetsen en taken** mee kunnen **doorsturen** [...]. Ik denk dat dat moeilijker gaat via Smartschool Live. Dan moet je ook al zicht hebben op heel de ruimte, en moet je apart die toetsen of taken doorsturen. Dat gaat makkelijker via BedNet vind ik. Als je nu bv. zoals Staartmees geen toetsen kan meemaken, gaat dat in principe ook via Smartschool live. Alleen moet er dan wel voor elke les een live aangemaakt worden, dan moet je iedere keer de leerlingen uitnodigen voor dit uur. Terwijl Bednet gewoon opstarten is en klaar. Het heeft praktische voordelen, zeker als het over een langere periode gaat.” (leerlingenbegeleiding - case Staartmees)

Hierdoor biedt Bednet volgens de scholen naast de praktische voordelen, ook meer pedagogische-didactische ondersteuning dan andere digitale alternatieven.

Daarnaast had de coronapandemie ook impact op de zieke leerlingen zelf die les volgden via Bednet. Gezien alle leerlingen kennismaakten met digitaal afstandsonderwijs en vaak de volledige klasgroep van thuis uit les volgde, voelden de Bednet-leerlingen zich minder anders dan voorheen. Volgens de consultants had dit op veel Bednet-leerlingen, zeker bij leerlingen met een psychische kwetsbaarheid, een positief effect:

“Vooral met **jongeren** met een **psychische kwetsbaarheid** heb ik gemerkt dat wanneer er online lesgegeven werd, er heel veel jongeren die al **Bednetter** waren het als een **makkelijkere periode** ervaarden. Ze **waren niet de enige** die online les moesten volgen. Het programma werd er vaak op afgestemd.” (focusgroep consultants Bednet)

“Er heerste een **rust** bij **Bednetters** dat **iedereen op hetzelfde niveau** mee volgt via het onlineonderwijs. Het aspect van rust is iets om mee te nemen naar de toekomst.” (focusgroep consultants Bednet)

5.3.8 Terugkeer en nazorg

Formeel loopt een traject bij Bednet af in overleg met alle betrokkenen van zodra de vooropgestelde formele en inhoudelijke criteria niet meer vervuld worden. In de praktijk zoeken de consultants veelal flexibel naar hoe het Bednettraject afgebouwd kan worden om de terugkeer naar de thuishoofschool vlot te laten verlopen. Daarvoor wordt bij de opstart van de terugkeer van een leerling naar de thuishoofschool vaak een overgangperiode mogelijk gemaakt door Bednet waarbij de leerling nog deeltijds de toestellen gebruikt en het gebruik ervan afbouwt. Tijdens deze periode kan de leerling de toestellen toch nog gebruiken, bijvoorbeeld gedeeltelijk, voor die lessen/vakken dat het nog nodig zou zijn.

“De re-integratie wil je het **stapsgewijs** aanpakken, het is niet altijd van de één dag op de andere dat een kind volledig terug naar school kan gaan. Dit willen we als consultant bespreekbaar maken. **Bednet** valt zeker te **combineren** met **(deeltijds)** naar **school** gaan.” (focusgroep consultants Bednet)



Die tussenperiode biedt volgens de consulenten geruststelling aan de leerling en zijn/haar ouders.

“Meestal zorgen we er ook voor dat het **materiaal nog een tijdje** blijft staan. Dit zorgt voor een **geruststelling** als stok achter de deur.” (focusgroep consulenten Bednet)

“Voor de ouders is het ook een geruststelling dat de **re-integratie** naar school **gecombineerd kan worden met Bednet**. We hebben de flexibiliteit om de **afbouw stapsgewijs** te doen.” (focusgroep consulenten Bednet)

Bij welke trajecten wel of niet een tussenperiode mogelijk kan gemaakt worden, is een thema dat volgens de consulenten nog verder geconcretiseerd moet worden:

“We hebben ook een fase binnen onze trajectwerking dat we een **traject in passief** kunnen zetten zodat we het even on hold kunnen zetten. Maar hier moeten we **intern nog exacte afspraken** maken welke trajecten we on hold kunnen zetten.” (focusgroep consulenten Bednet)

Volgens Bednet kan de terugkeer naar de thuishoofschool of de nazorg na afloop van een Bednettraject nog verbeteren. Eens een traject bij Bednet stopt, heeft Bednet geen zicht meer op de re-integratie op de school. Men weet niet of de leerling in kwestie binnen de school verder opgevolgd wordt.

“Dat is iets heel gevoelig. Er wordt een bevraging uitgestuurd naar alle partijen maar dit is **iets waar we merken dat er nog werk aan is**. De leerling komt terug naar school en iedereen denkt dat alles nu in orde is. Dit is ook het punt waar wij uit the picture vallen. We weten **niet zeker of er dan nog iemand is die de navolging opneemt**. De vraag is of dit iets voor ons is aangezien het traject afgerond is.” (focusgroep consulenten Bednet)

“We hebben ook aanbevelingen voor scholen waar rekening mee gehouden moet worden **als de leerling terug naar school gaat**. Maar in heel veel gevallen gaat dit ook aan ons voorbij. Het is **soms jammer dat we niet betrokken zijn** in het overleg tot stopzetting van Bednet. Op het einde van het schooljaar polsen we dan wel eens hoe de Bednetter het gedaan heeft. In deze fase is er wel wat onduidelijkheid in onze rol als consulent.” (focusgroep consulenten Bednet)

Volgens de consulenten is het oog voor en de kwaliteit van de nazorg bovendien afhankelijk van de diagnose van de zieke leerling:

“Heel dikwijls heeft het ook **te maken met de pathologie van het kind**. Leerlingen met oncologie hebben vaak nog heel goede ondersteuning en de terugkeer naar school wordt verder besproken, ook als wij wegvallen. Bij de rondetafelgesprekken met de verschillende actoren wordt er vaak ook een stappenplan uitgeschreven voor de terugkeer naar school.” (focusgroep consulenten Bednet)

Wel geven de consulenten aan dat een Bednettraject op zichzelf vaak ook een strategie is om de re-integratie in de thuishoofschool te vergemakkelijken:

“Maar ik denk **ook dankzij Bednet dat dat zo vlot is kunnen verlopen**. Omdat de kinderen eigenlijk nooit zijn weggeweest of altijd in contact zijn gebleven ook met dat meisje. Ik denk dat ze daardoor ook een enorm voordeel had dat ze heel snel terug zoals een oude klasgenoot erbij kwam.” (focusgroep leerkrachten)



Volgens het merendeel van de bevroegde ouders uit de survey mag Bednet zelf ook sterker inzetten op deze terugkeer en nazorg: slechts 40% van hen vindt dat Bednet voldoende informatie heeft geboden over hoe de terugkeer van hun kind naar de thuishoofschool zou verlopen (% akkoord-helemaal akkoord, n=32).

5.4. Contextfactoren

Zowel op micro- als macroniveau zijn er enkele factoren die impact hebben op de realisatie van Bednettrajecten. Op microniveau kwam de thuiscontext als een eerste belangrijke factor aangehaald tijdens het veldwerk. Zo vinden ouders van leerlingen met een kwetsbare thuiscontext moeilijker de weg naar. Vandaar dat de school een belangrijke partner is. Zij kunnen deze ouders naar Bednet toeleiden.

“Veel kwetsbare doelgroepen (kansarmen) bereiken we nog onvoldoende. In mijn regio in Brussel zien we een gestage toename maar ik denk dat er nog steeds veel scholen zijn die Bednet niet inschakelen omdat ze denken dat Bednet niet geschikt voor hun school is. Zelfredzame ouders komen altijd bij ons, zij zijn niet het probleem. Maar net de gezinnen die zelf het initiatief niet nemen zijn afhankelijk van de scholen en CLB's.” (focusgroep consulenten Bednet)

Eens een aanvraag binnen is bij Bednet speelt de thuiscontext ook een rol. Bij het opzetten van een Bednettraject heeft de thuistaal, toegang tot internet en de digitale geletterdheid van de ouders impact:

“Onze techniek is ook veranderd. Vroeger was een heel groot systeem nu is het veel eenvoudiger om ermee te werken: “Plug and play”. Wanneer ik wel verder ga in uitleg geven is als er ook nog andere factoren meespelen (taalbarrière, kans armoede, ...).” (focusgroep consulenten Bednet)

Om meer leerlingen te kunnen bereiken met een kwetsbare thuiscontext vindt Bednet het belangrijk dat scholen vaker de initiatiefnemer voor een traject zouden moeten zijn of ouders beter en vaker zouden moeten helpen bij de toeleiding naar Bednet. Daarnaast tracht Bednet zelf sterker in te zetten op deze doelgroep door extra tijd te investeren in het ondersteunen van deze gezinnen tijdens de opstart en het traject (bijv. toegang tot internet wordt voorzien indien nodig, extra ondersteuning om de apparaten te leren gebruiken). Dankzij de transitie naar een tweedelijns-ondersteuning is hiervoor meer ruimte gekomen voor de consulenten.

Uit de data konden we afleiden dat zowel de digitale competenties van een leerling, als zijn/haar motivatie, zelfstandigheid en gezondheidstoestand mee bepalen of en hoe een Bednettraject gerealiseerd kan worden (zie ook 9.1).

Op schoolniveau hebben de digitale competenties van de leerkrachten invloed op de mate waarin Bednet vlot verloopt. Deze competenties verbeterden bij veel leraren doorheen de pandemie (meer basisvaardigheden, minder vrees om voor een camera les te geven,...). Hierdoor moeten de consulenten vandaag minder technische vragen beantwoorden en kunnen ze sterker op het pedagogisch-didactisch ondersteunen van leraren focussen. Ook de infrastructuur speelt een belangrijke rol (bijv. performante toegang tot internet/goede connectie, klaslokalen waar de toestellen vlot opgesteld kunnen worden). Dankzij de coronapandemie blijkt deze infrastructuur in vele scholen verbeterd en levert dit minder drempels of moeilijkheden dan vroeger. Scholen zijn er dankzij de pandemie beter op voorbereid om in klaslokalen een hybride opstelling op te zetten.

Naast microfactoren konden we uit het onderzoek ook twee macrofactoren afleiden die impact hebben op Bednet. De begeleiding van een Bednettraject is afhankelijk van de toestellen. Uit de data leerden we dat de komst van plug-and-play apparatuur de werking getransformeerd en geoptimaliseerd heeft. Verdere technologische



voortgang en nieuwe innovaties kunnen potentieel de werking van Bednet (de toestellen, de modaliteiten,...) verder verbeteren. Daarnaast bleek de gehanteerde didactiek van scholen en/of leerkrachten impact te hebben op of en hoe Bednet te realiseren is voor een leerling. Voor praktijkgerichte of artistieke vakken blijkt Bednet moeilijker te realiseren. Voor meer activerende of minder frontale werkvormen is men ook nog steeds zoekende hoe Bednet hier optimaal voor leerling en leerkracht kan ingezet worden. Onderwijskundige evoluties waardoor bepaalde werkvormen meer of minder ingezet worden door leerkrachten, hebben dus impact op de werking van Bednet. Dankzij de transitie naar een model van tweedelijnsondersteuning is voor de consultants meer tijd vrijgekomen om scholen en leerkrachten pedagogisch-didactisch te ondersteunen bij het optimaal inzetten van Bednet in een leeromgeving.

Wat betreft de regelgeving werd éénmalig naar een belemmerende factor verwezen door de consultants. De regelgeving sluit enkele doelgroepen uit. De uitsluiting van het dbso wordt sterk in vraag gesteld, gezien duale trajecten uit het gewoon onderwijs wel toegelaten zijn voor een Bednettraject. Door deze uitsluiting bereikt Bednet mogelijks minder tienermoeders. Daarbuiten werd de regelgeving voornamelijk aangehaald door de consultants als richtinggevend. Zo werd meermaals naar de formele en inhoudelijke criteria verwezen die afgetoetst worden bij de opstart van Bednettrajecten.

5.5. Conclusie

Op basis van de inzichten uit dit hoofdstuk, kunnen we voor deze maatregel een antwoord formuleren op de volgende evaluatievragen:

Hoeveel leerlingen maken gebruik van de verschillende maatregelen, wat is hun profiel, en welke patronen en evoluties kunnen daarin worden vastgesteld: in welke mate worden bepaalde maatregelen ten aanzien van jongeren afwezig omwille van medische redenen meer/minder gebruikt? Welke maatregelen worden goed benut en welke maatregelen worden onderbenut? Wat zijn hiervoor verklaringen?

In het referentieschooljaar 2018-2019 volgde 0,07% van de totale leerlingenpopulatie een Bednettraject wat neerkomt op 799 leerlingen in absolute aantallen. T.a.v. de afgebakende totale populatie van 'zieke' leerlingen gaat het om 2%. Dit gaat slechts om een klein percentage van de groep zieke leerlingen die er potentieel beroep op zou kunnen doen.

Het aantal leerlingen dat een traject volgde, nam in de voorbije 5 schooljaren toe. Bednet komt hiermee tegemoet aan de afspraken met de overheid. De meeste trajecten bevinden zich in het gewoon onderwijs, met slechts 10% van de trajecten in het buitengewoon onderwijs. Daarnaast bevinden de meeste trajecten zich in het secundair onderwijs, voornamelijk in het ASO en de A-stroom. De trajecten zijn daarnaast relatief gezien voornamelijk gelokaliseerd in West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen en Vlaams-Brabant. Bednet werd de afgelopen 5 schooljaren het meest ingezet voor langdurig zieke leerlingen en in tweede instantie voor chronisch zieke leerlingen. De afgelopen jaren stelde Bednet voornamelijk een toename vast in het aantal leerlingen met een psychische kwetsbaarheid.

Een verklaring voor het eerder beperkte gebruik dat uit het veldwerk kan afgeleid worden, ligt mogelijks in de verschillende drempels verbonden aan Bednet die doorheen de interviews en focusgroepen aangehaald werden. Zo blijkt het niet voor alle leerlingen en in alle situaties een goede oplossing. De maatregel blijkt minder ideaal voor zieke leerlingen voor wie het volgen van online lessen medisch te vermoeiend is. Ook bij leerlingen waarbij de leerachterstand te groot is en zij niet meer vlot kunnen inpikken op de les in de klas, is Bednet een minder geschikte oplossing. Een combinatie met het therapieschema moet tevens haalbaar zijn. Daarnaast moet de leerling ook voldoende gemotiveerd zijn, contact willen maken met medeleerlingen, over voldoende digitale competenties en zelfstandigheid beschikken om vlot Bednet te kunnen gebruiken. Factoren die niet bij alle zieke leerlingen zomaar aanwezig zijn: zeker voor leerlingen met psychische problemen werden deze drempels tijdens



het veldwerk extra benadrukt. Daarnaast kan de onderbenutting ook gerelateerd worden aan de doelgroep van leerlingen met een kwetsbare thuissituatie die nog onvoldoende door Bednet bereikt worden (zie verder bij de evaluatievraag m.b.t. de contextfactoren op microniveau).

Hoe **organiseert Bednet** zich om zo snel mogelijk een gepast onderwijsaanbod aan zieke leerlingen te garanderen, bijvoorbeeld inzake inzet van personeel, organisatie, ...? Hoe **garandeert men** dat men de organisatorische **capaciteit** en het personeel en de expertise hebben om onderwijs aan zieke leerlingen te voorzien?

Anders dan de andere maatregelen, zet Bednet in op brede bekendmaking van zijn werking via campagnes in populaire media (bijv. televisie, sociale media,...) en een eigen website waarop het ook doorverwijst naar andere organisaties/maatregelen. Het kon hiermee een brede bekendheid bij het publiek opbouwen. De organisatie geeft aan hierdoor vaak een rol van centraal infopunt op te nemen. Idealiter neemt volgens hen de overheid deze rol op zodat op maat van de noden van elke zieke leerling een organisatie of maatregel kan geselecteerd worden.

Ter optimalisatie van de dienstverlening en in navolging op de afspraken die Bednet met de overheid vastlegde, transformeerde de organisatie van een eerstelijns naar een tweedelijns ondersteuningsmodel. Eerder dan het begeleiden van een individueel traject van elke leerling, focust Bednet zich vandaag op het ondersteunen van de context. De consultants ondersteunen niet meer automatisch iedereen, maar wel daar waar het nodig is. De ondersteuning wordt meer dan vroeger afgestemd op de noden van zowel de leerling/ouder, als die van de school. Wel gaat Bednet conform de afspraken met de overheid bij elke aanmelding de formele (regelmatige leerling, geen combinatie met POAH, geldig afwezigheidsattest, verenigbaar met medische behandeling van de leerling) en inhoudelijke (ondersteuningsbehoefte, voldoende gebruik, positief engagement) criteria na. Op die manier maken de consultants een inschatting of de opstart van een Bednettraject zinvol en haalbaar is voor de zieke leerling.

De komst van nieuwe 'plug and play' toestellen en de coronapandemie droegen bij aan de transitie naar een tweedelijns ondersteuning. Dankzij de meer gebruiksvriendelijke en intuïtieve toestellen en de door de pandemie toegenomen digitale basiscompetenties van leraren en leerlingen/ouders daalde het aantal technische vragen voor de consultants. Hierdoor kon hun takenpakket schuiven in de richting van meer pedagogisch-didactische ondersteuning. De aandacht vandaag kan sterker gaan naar hoe leraren optimaal de toestellen kunnen inzetten in hun lessen. Doordat meer scholen en ouders vandaag zelfstandig aan de slag kunnen, en er minder technische vragen zijn, kunnen de consultants meer aandacht geven aan gezinnen met een kwetsbare thuissituatie, een doelgroep die Bednet nog onvoldoende bereikt.

Het takenpakket van consultants is divers, maar evolueerde mee met de transitie. Waar vroeger de focus meer op technische aspecten lag, ligt de focus vandaag meer op het pedagogisch-didactisch ondersteunen. Dit vraagt enerzijds om meer profielen die de combinatie van technische én pedagogisch-didactische competenties bezitten. Anderzijds is opleiding ook belangrijk om ervoor te zorgen dat de consultants op technisch én pedagogisch-didactisch vlak over actuele kennis bezitten. De consultants vatten hun rol samen als 'brugfunctie' waarbij ze de verschillende betrokken actoren bij de opstart van een traject met elkaar in contact brengen waar nodig. Idealiter wordt deze coördinerende rol volgens Bednet opgenomen door de school zelf. Enkel zo wordt aan alle leerlingen volgens Bednet gelijke kansen geboden en wordt continuïteit van de ondersteuning voor een leerling gewaarborgd, ook na afloop van een maatregel.

Een Bednettraject vraagt om specifieke apparatuur en infrastructuur in de scholen. Op basis van de survey kunnen we echter afleiden dat nog niet alle scholen aangeven vlot Bednet in gebruik te kunnen nemen binnen de bestaande IT van de school. Dit blijkt problematischer in zowel het buitengewoon- als het basisonderwijs. Een goede ondersteuning bij het gebruik van de toestellen en in geval van problemen blijkt daarnaast belangrijk. Via informatie op de website, de helpdesk en ondersteuning van de consultant indien nodig, probeert Bednet zo goed mogelijk vragen op te vangen. Recent schakelde Bednet over naar nieuwe 'mobiele' toestellen. De meeste actoren



onthalen deze evolutie positief. Er blijft wel een groep van scholen die gebruik maakt van een eigen systeem of die na een eerdere negatieve ervaring moeilijker te overtuigen valt om opnieuw Bednet te gebruiken.

Op basis van de analyse van de survey en het veldwerk kunnen we vaststellen dat de gebruiker (leerlingen, leerkrachten, scholen en ouders) voor het merendeel tevreden is over de ondersteuning of dienstverlening die door Bednet geboden wordt.

Op welke wijze worden de maatregelen ten aanzien van zieke kinderen onderwijskundig vormgegeven? Welke didactische praktijken zijn er (o.a. aard van het aanbod, inhoud, omvang, timing, werkvormen, enzovoort)? In welke mate en hoe wordt er ingezet op betrokkenheid van de zieke leerling?

Het maken van een doordachte en haalbare samenstelling van het lessenspakket dat leerlingen via Bednet zullen volgen, blijkt cruciaal voor een succesvol traject. Dit is niet steeds evident. Een te groot aantal lessen volgen, is veelal te zwaar voor leerlingen. Het samenstellen van het pakket is echter niet altijd evident (moeilijker inzetbaar voor praktijkgerichte- of artistieke vakken of meer activerende werkvormen, afstemming met therapie/behandeling is nodig, achterstand mag nog niet te groot zijn, ...). Voldoende overleg tussen de school, ouders en andere betrokken partijen blijkt belangrijk. Bednet legt de verantwoordelijkheid hiervoor bij de scholen, ze ondersteunt wel met tips of bij problemen. Ze monitoren daarnaast het gebruik van de toestellen. Mocht ze geen gebruik vaststellen, dan wordt actie ondernomen om te bekijken of er bijgestuurd moet worden.

Om vervolgens vlot Bednetlessen te realiseren, blijkt ook goede en vlotte communicatie tussen leerling/ouders en de thuishoofschool/leerkrachten belangrijk (bijv. over aan/afwezigheden, afspraken over de uitwisseling van lesmaterialen,...). Dit blijkt in de praktijk nog niet in alle gevallen vlot te verlopen. Communicatie blijkt vlotter te verlopen in casussen waar de ouder sterk ondersteunt bij de communicatie tussen leerling en leraar.

Naast het beperken van leerachterstand, zet Bednet in op een sociale dimensie. Via de digitale lessen kunnen zieke leerlingen en medeleerlingen contact houden. Het realiseren van deze dimensie vraagt de nodige didactische aandacht van leraren, deze wordt niet automatisch gerealiseerd.

Het opvolgen van leerlingen in een Bednettraject brengt extra taken mee voor de leraar (bijv. contact met zieke leerling, uitwisseling lesmaterialen, het inpassen van de toestellen in de les in de klas,...). Deze extra taken zijn niet altijd evident voor leraren bovenop hun reguliere takenpakket. Daarnaast vraagt het vlot kunnen begeleiden van een Bednettraject de nodige competenties van leraren: digitale basis- en didactische competenties, een flexibel aanpassingsvermogen, het begeleiden van leerlingen met extra noden op afstand (bijv. ASS).

Volgens Bednet kan de fase van terugkeer en nazorg van een traject nog verbeteren. Eens het traject bij Bednet stopt, heeft men geen zicht op hoe de re-integratie vorm krijgt of hoe de leerling verder opgevolgd wordt. In sommige gevallen vindt er wel een geleidelijke afbouw van Bednet plaats waarbij leerlingen al deels in de thuishoofschool les volgen en nog deels via Bednet. Daarnaast is een Bednettraject zelf soms deel van een re-integratieproces om het contact met de klas terug op te starten.

Wat zijn de mogelijkheden en wat is de invloed van de meer veralgemeende introductie van afstandsonderwijs en blended leren in het (post-) coronatijdperk op de vormgeving van het onderwijs voor zieke leerlingen?

In welke mate hebben de maatregelen een meerwaarde ten opzichte van de in het (post)corona-onderwijs veralgemeend georganiseerde vormen van afstandsonderwijs en blended leren? Zo ja welke, voor wie en onder welke voorwaarden?

De veralgemeende digitalisering t.g.v. corona heeft invloed gehad op de werking van Bednet. Door de toegenomen digitale basiscompetenties van scholen, leraren, leerlingen en ouders moeten consulenten tijdens de trajecten minder focussen op technische vragen of problemen. Hierdoor is meer tijd vrijgekomen voor pedagogisch-didactische ondersteuning van scholen en leraren en het extra ondersteunen van kwetsbare gezinnen.



Tijdens de pandemie maakten veel scholen kennis met digitaal afstandsonderwijs via diverse tools (Smartschool live, Google, Teams,...). Toch gaven de meeste scholen tijdens het onderzoek aan dat een Bednettraject voor zieke leerlingen meer toegevoegde waarde biedt dan andere alternatieven voor digitaal afstandsonderwijs. Leerlingen zouden meer autonomie en authenticiteit ervaren dan bij andere tools voor digitaal afstandsonderwijs. Voor leraren biedt de ondersteuning van Bednet/ de consultants dan weer een grote meerwaarde t.o.v. andere tools voor digitaal afstandsonderwijs.

Wat zijn belemmerende en bevorderende context- of omgevingsfactoren op microniveau (in het bijzonder het gezin van de leerling) en hoe wordt hier door de uitvoerende organisaties en uitvoerders rekening mee gehouden?

Op microniveau is de thuiscontext van leerlingen een belangrijke contextfactor. Ouders van leerlingen met een kwetsbare thuissituatie ervaren meer drempels om Bednet te gebruiken. Zo vinden deze ouders het bijvoorbeeld niet altijd evident dat via de camera de thuisomgeving in beeld komt. Daarnaast blijkt dat het traject vlotter verloopt bij leerlingen waar de ouder kan ondersteunen bij de communicatie met de thuishoofschool. Voor ouders in kwetsbare thuissituaties is het vaak moeilijker om deze taak op zich te nemen. Bednet slaagt er op dit moment nog onvoldoende in om leerlingen uit deze kwetsbare contexten te bereiken. Voor Bednet is de school hier een belangrijke partner. De school weet welke leerlingen ziek zijn en kan ouders naar Bednet toeleiden. Dat de scholen daarom voldoende kennis hebben over Bednet (de werking, de aanvraag,...) is cruciaal. Dit blijkt nog niet altijd het geval vandaag. Dankzij de transitie naar een tweedelijns-ondersteuning kunnen de consultants nu ook meer focussen op deze doelgroep van leerlingen met een kwetsbare thuissituatie en kunnen ze extra tijd nemen om deze trajecten goed te ondersteunen.

Naast de thuiscontext heeft op microniveau ook nog de motivatie van de leerling en zijn/haar gezondheidstoestand impact. Daarnaast zien we tot slot dat op schoolniveau ook de mate van digitale competenties van leraren en de beschikbare infrastructuur een invloed heeft op een vlotte uitrol van Bednet.

Wat zijn belemmerende en bevorderende context- of omgevingsfactoren op macroniveau (in het bijzonder de regelgeving) en hoe wordt hier door de uitvoerende organisaties en uitvoerders rekening mee gehouden?

Op macroniveau konden we uit het onderzoek twee omgevingsfactoren afleiden die impact hebben op de werking van Bednet. De overstap naar nieuwe meer gebruiksvriendelijke en intuïtieve toestellen en nieuwe modaliteiten optimaliseerde de werking van Bednet en de effectiviteit van een traject voor een leerling. Verdere technologische vooruitgang en de komst van innovatieve IT-mogelijkheden zullen in de toekomst mogelijks nieuwe mogelijkheden bieden voor Bednet. Daarnaast hebben ook onderwijskundige evoluties impact op de werking. De wijze waarop een Bednettoestel ingebed kan worden in een les is afhankelijk van de werkvorm. Nieuwe werkvormen brengen een nieuwe afstemming met de Bednettoestellen met zich mee. Hier kunnen de consultants leraren pedagogisch-didactisch bij ondersteunen.

Wat betreft de regelgeving konden we uit het veldwerk afleiden dat de formele en inhoudelijke criteria door Bednet gebruikt worden om af te toetsen of en hoe een traject opgestart kan worden. Wel werd expliciet verwezen naar de uitsluiting van het dbso als knelpunt (zie hieronder).

Is een uitbreiding en/of gewijzigde afbakening van de doelgroep wenselijk en mogelijk voor bepaalde maatregelen, in het bijzonder naar leerlingen die om andere dan medische redenen langdurig of veelvuldig afwezig zijn? Wat zijn hierbij bepalende factoren?

Leerlingen uit het dbso kunnen geen beroep doen op Bednet. Hierbij heeft Bednet zijn bedenkingen gezien leerlingen in duale trajecten in het gewoon onderwijs wel beroep kunnen doen op Bednet. Mogelijks bereikt Bednet hierdoor minder tienermoeders die ook tot hun doelgroep behoren, gezien zij vaker ingeschreven zouden zijn in het dbso volgens de consultants. We merken op dat vanaf het schooljaar 2025-2026 het dbso zal inkantelen in duaal leren. Dit biedt Bednet de opportuniteit om in de toekomst meer tienermoeders te bereiken.



Enkele doelgroepen die geen beroep kunnen doen op Bednet vandaag, waarbij Bednet dit wel een meerwaarde zou vinden: jongeren uit de bijzondere jeugdzorg, jongeren in het dbso, jongeren die via tweedekansonderwijs of via de examencommissie hun diploma proberen te behalen, vrij ingeschreven leerlingen.

Wordt er **onrechtmatig gebruik** gemaakt van de maatregelen en indien ja, op welke manier? Wat zijn hiervoor verklaringen? Welke niet ingevulde onderliggende nood ligt aan de basis?

Doorheen de survey en het veldwerk werd geen onrechtmatig gebruik vastgesteld voor Bednet. De consultants geven aan bij de opstart van een traject steeds de formele en inhoudelijke criteria (cfr. omzendbrief NO/2015/01) af te toetsen.



6 / Ziekenhuisonderwijs

Ziekenhuisonderwijs wordt georganiseerd door scholen erkend als buitengewoon onderwijs type 5 die één of meerdere vestigingen van zorginstellingen bedienen. In regel gaat het om een gewoon of universitair ziekenhuis, psychiatrie of revalidatiecentrum. De Vlaamse ziekenhuisscholen zijn georganiseerd op de niveaus kleuter-, lager en secundair onderwijs en zijn gesubsidieerd door het Ministerie van Onderwijs.³⁵ Er bestaan momenteel 7 ziekenhuisscholen (zie onderstaande tabel). De meeste scholen bedienen meerdere vestigingsplaatsen (zie onderstaande tabel voor meer details). Voor de meeste scholen blijven de leerlingen in de thuishoofschool ingeschreven en is deze laatste verantwoordelijk voor het attesteren (m.u.v. leerlingen OV4 ingeschreven in Zeepreventorium De Haan). Ook wordt er dan verwacht dat de thuishoofschool de ziekenhuisschool bijstaan met de organisatie van een zinvol onderwijsaanbod (bv. door het aanleveren van informatie, materialen ...).

De belangrijkste actoren die rechtstreeks instaan voor de uitvoering van het ziekenhuisonderwijs zijn de directie van de school, de leerkrachten, eventuele ondersteunende functies en soms ook vrijwilligers.

Een leerling wordt ingeschreven in de ziekenhuisschool vanaf geweten is dat zij een periode in de zorginstelling zal verblijven. In regel heeft een leerling recht op 1 lesuur per dag, in de praktijk organiseert men zich zo dat er soms meer uren mogelijk worden.

De berekening van de financiering van ziekenhuisscholen gebeurt op basis van het gemiddeld leerlingenaantal tijdens de looptijd van één jaar (vanaf 1 februari) of tijdens de maand september voor een nieuwe school.³⁶

Tabel 22: Overzicht ziekenhuisscholen

			Aantal vestigingsplaatsen					
			(Univ.) ziekenhuis pediatrie en psychiatrie	(Univ.) ziekenhuis uitsluitend psychiatrie	(Univ.) ziekenhuis uitsluitend pediatrie	Psychiatrisch ziekenhuis	Revalidatie -centrum	Voorziening jongeren met een drugs- verslaving
De Haan*	Basisschool aan zee	BuBaO	<i>Geen info ontvangen</i>					
	Zeelyceum De Haan	BuSO					1	
	Twoape	BuBaO	<i>Geen info ontvangen</i>					
	Twoape	BuSO	3		2			
Pulderbos*	RVA Pulderbos	BuBaO				1	1	
	RVA Pulderbos	BuSO				1	1	
Tienen	De Radar	BuSO				3		
Vlezenbeek *	Inkendaal	BuBaO			1		1	
	Cardijnschool	BuSO			1		1	
Leuven	UZ Leuven	BuBaO	1	2	1			
	Ziekenhuissc hool Gasthuisberg	BuSO	1		1			

³⁵ Niet alle ziekenhuisscholen zijn verbonden aan een net of koepel.

³⁶ De programmatie kan met ingang van 1 september als de gemiddelde aanwezigheid van de zgn. regelmatige leerlingen gedurende de maand september van het oprichtingsjaar voldoet aan de programmienorm. Om verder gefinancierd te worden moet ook voor het tweede en derde bestaansjaar de gemiddelde aanwezigheid van de regelmatige leerlingen gedurende de maand september eveneens een vastgelegde norm halen



Gent	Ziekenhuisschool Stad Gent	BuBaO	1 **	1	1 ***	1		
	Ziekenhuisschool Stad Gent	BuSO	1 **	1		2		1
Antwerpen	De Leerexpert	BuBO		2	2			
	De Leerexpert	BuSO		1	2		1	

Noot: * Data beschikbaar in Discimus; ** Met een revalidatie-afdeling; *** Volledig gefinancierd door stad Gent

Mede door verschillen tussen de zorginstellingen: m.n. variatie in duurtijd van de opnames en in de aandoeningen van de leerlingen, is er heel wat variatie in de werking van de verschillende ziekenhuisscholen en vestigingen. Het gaat om verschillen in manieren waarop les wordt gegeven, wat de rol van onderwijs is in het behandelingstraject, de praktische organisatie, rol van de thuischool ... Bij het lezen van dit hoofdstuk is het belangrijk deze diversiteit steeds in het achterhoofd mee te nemen.

6.1. Omvang en profiel

De doelgroep van ziekenhuisonderwijs bestaat uit alle kinderen en jongeren die opgenomen worden in een ziekenhuis, psychiatrie of een revalidatiecentrum³⁷ waaraan een ziekenhuisschool verbonden is, of die er een ambulante traject doorlopen.



Data ziekenhuisscholen: geen volledig centraal overzicht

Slechts een deel van de ziekenhuisscholen rapporteert leerlingencijfers aan AGODI. De cijfers die we gebruikten voor onderstaande analyses bestaan bijgevolg uit cijfers vanuit Discimus voor een deel van de scholen (zie voorgaande tabel), aangevuld met zelf gerapporteerde gegevens door de resterende ziekenhuisscholen opgevraagd voor deze opdracht. Hierbij dienen we de belangrijke kanttekening te maken dat de scholen waarschijnlijk op verschillende manieren registreren. De cijfers die we hier rapporteren dienen dus voorzichtig geïnterpreteerd te worden en beschouwd te worden als een indicatie, geen exacte weergave van de realiteit.

Er zijn de laatste jaren veranderingen in het landschap van ziekenhuisscholen. Zo maakten sommige DMOB (zie Hoofdstuk 7) de overstap naar een ziekenhuisschool en zijn sommige scholen meerdere vestigingen beginnen bedienen. De fluctuaties in het aantal leerlingen in type 5 hangt onlosmakelijk samen met deze institutionele wijzigingen. Ook evoluties in kenmerken van leerlingen zijn moeilijker te interpreteren omdat dit kan samenhangen met de populatie gelinkt aan zorginstellingen.

Voor ziekenhuisschool de Leerexpert ontvingen we enkel de aantallen van 2017-2018 t.e.m. 2019-2020 en geen informatie over leerlingkenmerken. Wanneer we kenmerken van leerlingen rapporteren, zit de Leerexpert hier bijgevolg niet bij.

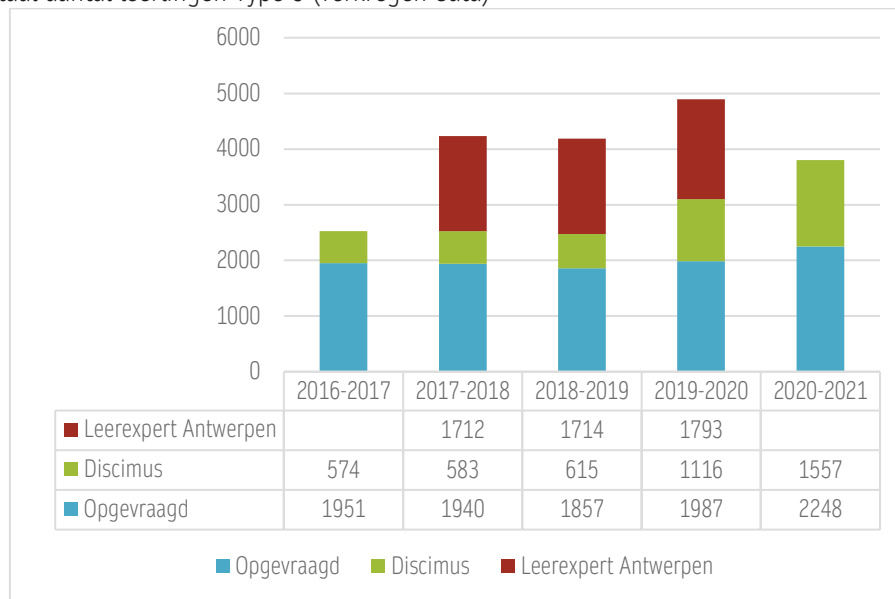
In de data in Discimus zijn ook een aandeel leerlingen die geen thuischool geregistreerd hebben en dus ook buiten de populatie vallen die we in de Discimus data onder de doelgroep zieke leerlingen verstaan.

Onderstaande figuur geeft een indicatie van het aantal leerlingen dat gebruik maakt van onderwijs in de ziekenhuisscholen. In schooljaar 2018-2019 maakten ongeveer 4.200 leerlingen gebruik van

³⁷ Revalidatiecentra hebben verschillende doelgroepen: diabetici, longaandoeningen, herstellende van ingreep, respiratoire of neurologische aandoeningen (niet aangeboren hersenletsel, epilepsie of SOLK), ..., maar met verschuiving naar meer comorbiditeiten of complexe problematieken.

ziekenhuisonderwijs (0.05% van de totale populatie leerlingen KO, BaO en SO). In 2019-2020 zien we een stijging tot ongeveer 4.900 leerlingen (0.09% van de totale populatie).

Figuur 29. Totaal aantal leerlingen Type 5 (verkregen data)



Noot. Leerexpert Antwerpen: geen data doorgekregen voor 2016-2017 en 2020-2021

Wat de verdeling van geslacht betreft, tonen de beschikbare cijfers een stijging in het aandeel meisjes in het ziekenhuisonderwijs. In 2018-2019 ging het om 50.4% meisjes, terwijl in 2020-2021 53.3% van de leerlingen in ziekenhuisonderwijs meisjes waren.

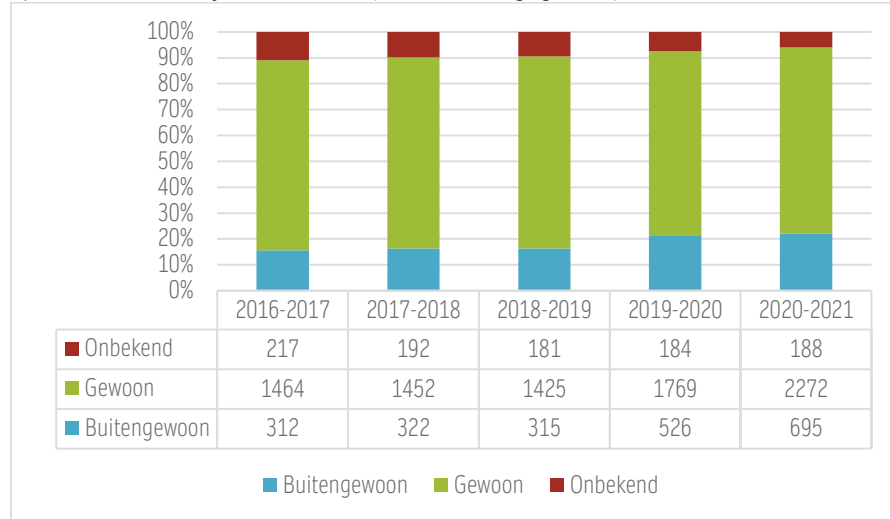
Leerlingen komen terecht bij de ziekenhuisschool omwille van medische problematiek. Ziekenhuisscholen geven daardoor les aan een grote diversiteit aan leerlingen: gewoon, buitengewoon, A-stroom, B-stroom, ..., in kleuteronderwijs, lager onderwijs en secundair (niet alle ziekenhuisscholen zijn erkend voor alle onderwijsniveaus).

“Vanuit OV1 tot 6ASO hebben we kinderen en alles daartussen.” (directie ziekenhuisschool)

Een aantal scholen rapporteren dat ze een toename ervaren van het aantal leerlingen uit buitengewoon onderwijs. De cijfers tonen ons echter dat er zowel een stijging is in leerlingen uit het buitengewoon (van 257 tot 369 lln in 2020-2021) als uit het gewoon onderwijs (1.769 in 2019-2020 tot 2.272 in 2020-2021). Wanneer we het aandeel buitengewoon vergelijken met de percentages in de populatie ziek, zien we dat de populatie van de ziekenhuisscholen op dit punt de populatie zieke leerlingen weerspiegelt (12%³⁸ buitengewoon in ziekenhuisonderwijs in 2018-2019 vs. 13% voor zieke leerlingen in BuBaO en 12% voor zieke leerlingen in het BuSO volgens onze afbakening).

³⁸ Percentage berekend op het aantal leerlingen waarvan er informatie is over het soort onderwijs (onbekend buiten beschouwing gelaten).

Figuur 30. Type 5 per soort onderwijs thuisschool (beschikbare gegevens)



Noot. Data uit Discimus + De Radar, Leuven en Gent (Leerexpert ontbreekt)

In het algemeen geven vertegenwoordigers van revalidatiecentra aan dat ze een grote instroom van leerlingen onder de armoedegrens ervaren (o.b.v. de momenteel ontvangen data kunnen we dit niet verifiëren). Er wordt aangegeven dat kinderen en jongeren uit gezinnen met hogere sociaaleconomische status verhoudingsgewijs vaker in ambulante programma's zitten. Gevraagd naar mogelijke verklaringen, stelt een directeur van een ziekenhuisschool dat dit te maken kan hebben met dat een opname soms financieel interessant kan zijn (in vergelijking met ambulante behandeling). Bovendien is er voor ambulante trajecten nood aan specifieke ondersteuning vanuit de directe context (bv. aangepaste voeding, opvolging, ...). In sommige gezinnen is hiervoor minder ruimte.

“De leerlingen worden wel bij ons opgenomen en het RIZIV betaalt daar een groot stuk van. **Financieel** is dat voor die ouders relatief **interessant**. De kinderen worden bij ons opgenomen, ze krijgen eten aangepast aan de therapie. Terwijl kinderen die thuis **financieel sterker** staan worden al rapper door de ouders **ambulant** behandeld dan een opname.” (directie ziekenhuisschool)

Leerlingen in ziekenhuisscholen kampen met zeer diverse aandoeningen: zowel fysiek, psychisch, gedragsstoornissen en vaak een combinatie van aandoeningen. Er zijn verschillen in het doelpubliek tussen zorginstellingen onderling door verschillen in specialisatie van de behandelingen, maar ook binnen bepaalde vestigingen zelf is grote variatie mogelijk. Ook hangen evoluties in de aandoeningen die ziekenhuisscholen zien één-op-één samen met evoluties in het opnamebeleid van de instellingen. Zo is een voorwaarde voor opname in revalidatiecentra dat leerlingen te maken hebben met een combinatie van aandoeningen (comorbiditeiten). Daardoor komen in de ziekenhuisscholen, meer leerlingen met ernstige (vaak meervoudige) aandoeningen of beperkingen, die meestal ook een gedragsstoornis of psychiatrische component bevatten. Revalidatiecentra en psychiatrie zien ook heel wat leerlingen zonder specifieke diagnose, die moeilijkheden ervaren op school. Regelmatig zijn deze leerlingen hierdoor schoolmoe.

“Vroeger kon één ziektebeeld ervoor zorgen dat het kind bij ons werd opgenomen. Nu zijn ze veranderd naar een revalidatiecentrum. Dat betekent dat ze **meerdere comorbiditeit** moeten hebben wanneer ze kunnen worden opgenomen. Leerachterstand is daar één van. Vandaar dat onze leerlingen die nu toekomen **veel zwakker** zijn dan vroeger.” (directie ziekenhuisschool)

“...waar wij vroeger oorspronkelijk gestart zijn met kinderen met spierziektes en psychomotorische problemen, zijn het nu vaak kinderen waar het gewoon **niet meer lukt in het gewoon onderwijs**. [...]. Ouders zien ons als



een tussenstap vooraleer ze naar het bijzonder onderwijs moeten gaan." (leerkracht ziekenhuisschool revalidatiecentrum)

Een andere evolutie die samenhangt met de vermaatschappelijking van de zorg, is dat de opnameduur korter wordt en er meer op ambulante trajecten wordt ingezet. Dit heeft uiteraard tot gevolg dat leerlingen korter of meer gefragmenteerd naar de ziekenhuisschool komen.

"Vroeger had je motorische ongevallen (van het paard vallen, auto-ongeluk ...). Dit heb je vandaag veel minder – ik denk dat zij nu makkelijker thuis behandeld kunnen worden. Het moet al een serieus motorisch probleem zijn." (leerkracht ziekenhuisschool reva)

"De jongeren in de dagkliniek kunnen ook bij ons les krijgen. Zij zijn een heel schooljaar ingeschreven en zijn dan enkel aanwezig op de dagen dat wij het registreren." (leerkracht ziekenhuisschool – zhs/k)

"De duur van opname was vroeger heel klassiek een volledig schooljaar. Maar nu zien we veel meer instroom voor kortere periodes (4-6 weken)." (leerkracht ziekenhuisschool reva)

Er is een stijging in de vraag naar psychiatrische/psychologische zorg, deze toename was reeds gaande voor de coronapandemie. Ondanks toegenomen financiering, ziet men steeds langere wachtlijsten in de psychiatrie en de revalidatiecentra. Toename van het aantal specifieke aandoeningen zoals eetstoornissen en SOLK (Somatisch onvoldoende verklaarbare lichamelijke klachten), schrijven een aantal leerkrachten van ziekenhuisscholen wel toe aan de coronapandemie.

Momenteel loopt een experiment waarbij een ziekenhuisschool onderwijs aanbiedt in residentiële setting voor jeugdzorg (voorlopig is dit in de regelgeving enkel mogelijk voor "veilig verblijf"³⁹). Er is nood aan een laagdrempelig onderwijsaanbod op maat voor deze jongeren en men onderzoekt of ziekenhuisscholen hier de meest gepaste oplossing kunnen zijn. Het inzetten van ziekenhuisonderwijs in jeugdzorg is volgens een geïnterviewde medewerker uit de sector nog een grijze zone in de regelgeving. Ook de kostprijs ervan vormt een heikel punt.

"Is heel erg tegengehouden omdat de regelgeving niet duidelijk is. Is dure vorm van onderwijs. Dus ze zijn bang dat veel diensten dat kunnen trekken. Getouwtrek tussen jeugdzorg en onderwijs: wie moet wat betalen?" (Jeugdzorg)

Experiment: Type 5 in de bijzondere jeugdzorg

Momenteel is er in Vlaanderen nog weinig samenwerking tussen welzijn en onderwijs, en weinig aanbod voor jongeren die uit de boot vallen. Bestaande initiatieven leiden snel tot lange wachtlijsten. In een pilootproject voorziet ziekenhuisschool De Leerexpert (Stedelijk Onderwijs Antwerpen) een onderwijsaanbod voor de jongeren die een traject lopen binnen afdeling La Strada van Jeugdzorg Emmaüs Antwerpen. Twee leerkrachten geven halftijds les aan jongeren van La Strada, deze jongeren bevinden zich in kwetsbare situaties en gaan om verschillende redenen niet meer naar school.

Het projectvoorstel beschrijft 3 hoofddoelstellingen:

- ▶ Verhoogd welzijn en welbevinden van deelnemende leerlingen zorgt dat jongeren zich gesterkt voelen in hun onderwijstraject
- ▶ Continuïteit van het onderwijsaanbod verkleint de kans op schoolse vertraging of uitval
- ▶ De verbinding tussen onderwijs en welzijn wordt versterkt, waardoor een aanzet wordt gegeven hoe kwaliteitsvol casemanagement vormgegeven kan worden

³⁹ "Veilig verblijf" is bedoeld voor minderjarigen met negatieve ervaringen of complexe problematieken, denk aan jongeren die zelfdestructief gedrag vertonen of slachtoffers van tienerpoeders.



In de lessen neemt het terug connectie leggen met jongeren een belangrijke plaats in. Wanneer het mogelijk is, zet men in op een (re-)integratie in het reguliere onderwijs. Hierbij is regelmatig nood aan heroriëntering naar een andere richting. Verder wordt er vaak hulp geboden aan jongeren die hun diploma via de examencommissie willen halen, maar ook begeleiding naar werk of maatwerk is een mogelijke uitkomst.

Het experiment wordt opgevolgd door een stuurgroep, met daarin ook actoren van de Vlaamse overheid (DOV). De initiële looptijd was voorzien voor één schooljaar tot eind augustus 2022, maar werd verlengd.

6.2. Organisatie van ziekenhuisonderwijs

In deze paragraaf bespreken we onze vaststellingen over de organisatie van het ziekenhuisonderwijs. De organisatie (en invulling) van de lessen verschilt tussen de verschillende vestigingen van de verschillende ziekenhuisscholen. Ook binnen de ziekenhuisscholen zelf wordt meestal vrij flexibel gewerkt om in te spelen op de verschillende noden.

6.2.1 Medische centraal

Zowel directie als leerkrachten van ziekenhuisscholen geven aan dat de medische en/of therapeutische doelstellingen en trajecten steeds centraal staan en dat het onderwijsaanbod daarop wordt afgestemd. Organisatorisch betekent dit dat in de meeste ziekenhuizen en psychiatrische instellingen therapie, afspraken met dokters en andere stappen in het behandelingstraject prioriteit krijgen en men de lessen rond deze afspraken inplant. In sommige revalidatiecentra ligt dit anders. De leerlingen zitten elke dag in een klas en een therapeut komt mee ondersteunen in de les of de leerlingen vertrekken vanuit de klas naar therapie.

“We zijn in de eerste plaats een ziekenhuis, in de tweede plaats een school” (leerkracht ziekenhuisschool ziekenhuizen/psychiatrie)

De link tussen het medische/therapeutische en het onderwijs wordt in de meeste instellingen gelegd in een formeel interdisciplinair overleg, waar informatie geïntegreerd wordt vanuit de verschillende invalshoeken (therapeutisch, medisch, schools). Soms zijn er ook informele overlegmomenten tussendoor, de frequentie varieert tussen de vestigingsplaatsen (bv. één keer per week een formele teamvergadering in combinatie met meerdere korte afstemmingsmomentjes per dag, of in een andere ziekenhuisschool heeft men om de twee maanden een interdisciplinair overleg). Deze uitwisseling wordt als belangrijk ervaren door de leerkrachten van de ziekenhuisscholen om zowel informatie over traject van de leerling (of kennis over aandoeningen etc.) te integreren in de les, als om informatie over gedrag in lessen te integreren in therapeutisch traject. Deze uitwisseling is met name relevant wanneer er sprake is van een psychologisch component of gedragsstoornis. Mogelijke deelnemers aan zo'n intern overleg zijn medische experts (dokter, psycholoog, ...), coördinator van dienst, iemand van de leefgroep, leerkracht ziekenhuisschool, ouders (zeker niet altijd het geval). Dergelijk overleg gebeurt bovendien niet overal. Soms is de leerkracht niet direct betrokken, maar werkt men met een brugfiguur: één iemand die de informatie van het medische/therapeutische luik doorspeelt naar de leerkrachten. Een leerkracht rapporteert dat het contact met het medische in haar vestigingsplaats sterk verminderd is sinds corona. Wanneer er sprake is van slechts beperkte uitwisseling met de zorgmedewerkers, wordt dit ervaren als tekortkoming. De perceptie dat er minder ruimte is in ziekenhuisscholen voor integratie van onderwijs in het zorgaanbod, werd eveneens als een reden aangehaald door enkele medewerkers van DMOB om niet over te stappen naar type 5.

“We worden volmondig gehoord, we zitten in teammails. We kunnen ook zelf aan medische gegevens. Wat ik ook vaak doe, als ik een nieuwe leerling heb, is dat ik niet de medische info eerst lees zodat ik met een open blik de eerste kennismaking kan doen.” (leerkracht ziekenhuisschool revalidatiecentrum)



Soms wordt om medische en/of psychologische redenen beslist dat leerlingen die opgenomen zijn in ziekenhuis/psychiatrie/revalidatiecentrum toch (nog) geen onderwijsaanbod volgen.

“... dat de kinderen **soms niet toe zijn aan onderwijs**. Ze komen hier en in de vorige school hebben ze het goed gedaan. Maar tijdens het individueel lesgeven merken we dat het hoofdje vol zit bij de kinderen. We geven dan soms het advies dat het kind moeilijk kan volgen, dit is niet zozeer dat het kind de leerstof niet kan maar dat door de psychische aandoening het op het moment overneemt van het verwerken van de leerstof.” (leerkracht ziekenhuisschool revalidatiecentrum)

“Voor de crisisgroep, waar een **opname** maar **twee weken** duurt, is de samenwerking met de thuishooschool minder intensief aangezien ze vaak nood hebben aan **een time out**.” (leerkracht ziekenhuisschool ziekenhuis/psychiatrie)

6.2.2 Taak van leerkrachten in de ziekenhuisschool

Het beroep van leerkracht in de ziekenhuisschool heeft enkele specifieke kenmerken. Contact met diverse leerlingen, diverse problematieken en regelmatig nieuwe leerlingen vereisen dat de leerkrachten een groot aanpassingsvermogen hebben (zowel qua organisatie, werkvormen ...). Ook is een zekere mate van vertrouwdheid met bepaalde aandoeningen nodig om een aangepast lesaanbod te voorzien.

“Bij [thuishooschool] als ik hoofdpijn kreeg, dat ze altijd even moesten zoeken wat ze moeten doen, terwijl in Pulderbos weten ze het meteen. **Ze zijn daar personen zoals mij gewoon**. Ze zitten daar bv. ook met epilepsie enzo.” (leerling revalidatiecentrum)

Lessenroosters worden, afhankelijk van de instelling, dagelijks of wekelijks herbekeken omwille van instroom van nieuwe leerlingen, afstemmen met therapieën, ... wat flexibiliteit en organisatie vergt. Leerkrachten geven aan dat ze geconfronteerd worden met veel administratieve taken: zowel direct i.f.v. de lessen, als onderdeel van therapeutisch traject (bv. individueel handelingsplan aanvullen), en in de opvolging om informatie te verkrijgen vanuit thuishooschool en van de ouders.

In aanvulling op de leerkrachten, worden ook vrijwilligers ingeschakeld om ondersteuning te bieden bij het geven van lessen.

Een positieve factor is dat doordat de ziekenhuisscholen erkend zijn als echte scholen, er heel wat mogelijkheden zijn voor de leerkrachten op vlak van bijscholing en uitwisseling. Ook vanuit de zorginstelling wordt vaak informatie aangeboden i.v.m. aandoeningen aan de leerkrachten.

“Wij krijgen opleidingen van artsen over autisme, SOLK ... Dan kunnen we tijdens of na de uren gebriefd worden over nieuwe informatie. In werkgroepen kunnen we ook individuele trajecten volgen.” (leerkracht ziekenhuisschool)

6.2.3 Duurtijd

Lessen in de ziekenhuisschool worden normaal gezien meteen opgestart vanaf de opname. De duurtijd van een traject in de ziekenhuisschool hangt volledig samen met de duurtijd van een opname in de medische instelling, psychiatrie of revalidatiecentrum. De duurtijd kan de aanpak voor het onderwijsaanbod in de ziekenhuisschool beïnvloeden.

Voor opnames in ziekenhuizen is er sprake van een zeer grote diversiteit: sommige diensten hebben enkel hele korte verblijven, anderen ook langere. Psychiatrische instellingen werken vaak met crisisopnames van 2 weken (waar er vaak minder sprake is van onderwijs) en opnames van 6 weken die verlengd kunnen worden (soms blijven leerlingen er verschillende maanden). Voor revalidatiecentra wordt er in sommige scholen per schooljaar gewerkt (uit Discimus data bleek dat 31% van de leerlingen een volledig schooljaar ingeschreven was in type 5),



leerlingen blijven er soms ook meerdere jaren achtereen. In andere revalidatiecentra is er ook sprake van kortere opnames. In het algemeen rapporteren de directie en leerkrachten een tendens naar kortere opnames en meer ambulante behandeling (in lijn met de vermaatschappelijking van de zorg). Uit de interviews bleek dat in de praktijk leerlingen soms met tussenpauzes opgenomen worden voor behandeling in ziekenhuizen (met of zonder overnachting), maar dat de leerling toch een hele periode ingeschreven blijft in de ziekenhuisschool om hem/haar ook in kortere periodes les te kunnen geven.

“Ook OV1 type-4 met een meervoudige beperking geven wij tips wat ze kunnen doen maar vaak heb je ook **tijd nodig om een band met het kind te kunnen opbouwen. Als leerlingen te kort in een ziekenhuisschool verblijven dan is het vaak niet zinvol dat een vreemde juf de lessen overneemt.**”

(leerlingbegeleiders/zorgcoördinatoren buitengewoon onderwijs)

“Daar kan het soms **van 1 tot 2 jaar** gaan (2 jaar is meer een uitzondering). Bij andere is dat **meestal 2-3 maanden.**” (revalidatiecentrum, case Mus)

“De **opnameduur** bij ons ook **serieus verkort** is zodat leerlingen zo weinig mogelijk uit hun context gehaald worden. Hierdoor moeten we nog veel meer contact opnemen met de thuischool omdat de leerlingen geen volledig schooljaar bij ons blijven.” (directie ziekenhuisschool)

6.2.4 Vermelde problemen met regelgeving en financiering

De directie van de ziekenhuisscholen melden verschillende knelpunten met de huidige regelgeving en financiering. De regelgeving voor type 5 is versnipperd en weinig geformaliseerd. Ze zit verspreid in de algemene onderwijsregelgeving voor buitengewoon onderwijs, en wordt er opgenomen als uitzondering. De belangrijkste informatie over financiering en tellingen halen de ziekenhuisscholen uit omzendbrieven vanuit Agodi. Een helder overzicht ontbreekt. Doordat de regelgeving organisch gegroeid is, zijn er diverse onduidelijkheden, zaken die onvoldoende doordacht zijn, en/of niet afgestemd zijn op de context van de ziekenhuisscholen in de praktijk. Hieronder inventariseren we een aantal problemen die aangekaart werden door de directie van de ziekenhuisscholen:

- ▶ In tegenstelling tot andere vormen van buitengewoon onderwijs, krijgt type 5 geen middelen voor het aanstellen van een orthopedagoog. Aangezien de afstemming met alle verschillende thuischolen heel wat tijd inneemt, geeft men aan nood te hebben aan specifieke personeelsmiddelen hiervoor. Nu gebeurt dit door leerkrachten, vaak ten koste van lestijd, of door ondersteunende functies die met eigen middelen aangesteld worden.

“In de ziekenhuisscholen is er een heel grote vraag naar een **orthopedagoog**. De filosofie is blijkbaar dat een orthopedagoog in de ziekenhuisscholen niet nodig is omdat ze (de kinderen) toch **kort komen**. Maar ten eerste is het niet altijd kort en ten tweede dit maakt het des te meer nodig. Het enige wat wij kunnen doen als ziekenhuisschool is **lestijden opofferen en omzetten naar coördinatiefuncties**. We roeien met de riemen die we hebben.” (directie ziekenhuisschool)

“**Stad Gent betaalt** zowel op het niveau basis als secundair een **halftijdse orthopedagoog** en betaalt op het niveau secundair en niveau basisonderwijs een **halftijdse beleidsmedewerker.**” (directie ziekenhuisschool)

- ▶ De regelgeving i.v.m. afwezigheden in de ziekenhuisschool is niet afgestemd op de realiteit in revalidatiecentra waar leerlingen vaak één of meerdere schooljaren verblijven. Dagen waarop ingeschreven leerlingen geen les kunnen volgen omdat het om medische redenen niet kan, tellen niet mee voor de financiering van de ziekenhuisschool. Terwijl in de praktijk van de revalidatiecentra, de ziekenhuisschool wel blijft instaan voor de opvolging van de zieke leerling (bv. doorgeven van werkboekjes).



- ▶ De huidige financiering ervaart men als onvoldoende flexibel en bijgevolg niet afgestemd op de realiteit in de ziekenhuizen, waar het aantal aanwezige leerlingen sterk fluctueert.
- ▶ Het aantal plaatsen wordt gebaseerd op het gemiddeld aantal regelmatige leerlingen van het jaar voorafgaande aan de eerste schooldag van februari.
- ▶ De toekenning van financiering verschilt tussen het basisonderwijs en het secundair onderwijs. Voor BaO wordt voor een hele ziekenhuisschool het aantal leerlingen dat gemiddeld 10 dagen aanwezig is gedurende een jaar gebruikt om de lesuren te berekenen. Voor SO tellen leerlingen pas mee wanneer ze minimum 5 lestijden (en dus in de praktijk ook 5 dagen) aanwezig zijn. De regelgeving is dus flexibeler voor het basisonderwijs. Voor dit verschil is blijkbaar geen duidelijke reden. Men geeft aan dat de flexibelere regelgeving beter ook toegepast zou worden voor het secundair onderwijs, omdat er nu leerlingen uit de boot vallen omdat ze niet aan het minimum komen.
- ▶ Het is niet mogelijk om middelen flexibel te schuiven tussen basis- en secundair onderwijs. Terwijl er soms meer leerlingen secundair onderwijs zijn en soms meer leerlingen basisonderwijs.
- ▶ Soms combineren leerlingen les in de thuishoofschool met les in de ziekenhuisschool. Dit is enkel mogelijk als het kind ingeschreven blijft. Wanneer een kind uitgeschreven is, maar toch nog af en toe op consultatie komt, neemt de ziekenhuisschool geen rol meer op (regel: opname van > 5 dagen voorwaarde voor type 5).
- ▶ In het verleden konden de ziekenhuisscholen wanneer een leerkracht uitvalt, deze vervanguren opsparen tijdens het schooljaar. Dit zorgde dat men op langere termijn een goede aanwerving kon doen en de leerkracht voldoende kon laten inwerken. Momenteel is dit niet langer toegestaan, wat men ervaart als een groot gemis. Men geeft aan dat het niet lukt, gegeven de specifieke context, om voor enkele weken snel een geschikte vervangende leerkracht te vinden en te laten inwerken. De beschikbare vervanguren komen dus volledig te vervallen.
- ▶ Er is ook de vraag naar meer financiering:
 - Voor het basisonderwijs is er een aanwendingspercentage van het budget. Vanuit een directeur van een ziekenhuisschool komt de vraag om te gaan naar 100% voor basisonderwijs.
 - Het aantal lestijden per dag ligt voor het BaO op 1 lestijd per dag. In het SO wordt gewerkt met een gemiddelde van 1 lestijd per dag. Dat laat toe flexibeler in te spelen op de noden van de leerlingen. De vraag wordt gesteld om dit gemiddelde ook toe te passen voor het basisonderwijs.
- ▶ Eén ziekenhuisschool rapporteert specifieke problemen bij het berekenen van het lestijdenpakket voor nieuw opgerichte vestigingsplaatsen. Voor een vestigingsplaats basisonderwijs type 5 die in één schooljaar slechts een beperkt aantal maanden bestaat, wordt voor de berekening van het lestijdenpakket voor het tweede jaar het gemiddeld aantal aanwezigheden gedeeld door 10 maanden. Dit heeft tot gevolg dat er te weinig middelen beschikbaar zijn. Een advies van de VLOR stuurde erop aan dat vanaf oktober de berekening gebaseerd kon worden op de telling in september. Dit ervaart men niet als voldoende om verschillende redenen (onzekerheid over middelen, moeilijkheden om leraren aan te werven tijdens het schooljaar, ervaring dat aantallen in september lager liggen dan gemiddeld).
- ▶ Het Zeepreventorium De Haan attesteert zelf voor OV4. Daarvoor worden dezelfde eindtermen vereist als voor andere OV4 scholen, zonder rekening te houden met de extra uitdagingen voor de doelgroep van het zeepreventorium. Men ervaart dat het moeilijker wordt om hieraan te voldoen.

“OV4, type-5 dus moeten we wel een normaal curriculum geven. Dit is een veranderende situatie waarmee wij geconfronteerd worden maar waaruit de regelgeving ook wel aandacht gaat moeten zijn de komende jaren. In principe moeten wij zoals elke school alle eindtermen behalen. Het is steeds moeilijker om



hieraan te voldoen. Er ontstaat dan ook soms een bepaald spanningsveld tussen ons en de thuischool die niet altijd door dezelfde bril naar de leerling kijkt. '

6.2.5 Zorginstellingen zonder ziekenhuisschool

Een vraag is of er nood is bij kleine zorginstellingen die momenteel nog niet bediend worden door een ziekenhuisschool om daar ook met ziekenhuisonderwijs te starten. Leerlingen die opgenomen worden in zorginstellingen zonder ziekenhuisonderwijs kunnen gebruik maken van andere maatregelen: TOAH, Bednet en/of, indien het gaat om een psychiatrische afdeling waar DMOB georganiseerd wordt, DMOB. Over de mate waarin dit momenteel gebeurt, en/of er nood is aan bijkomende onderwijsondersteuning in deze ziekenhuizen, kunnen we op basis van de ingewonnen informatie geen uitspraken doen. Het is een aandachtspunt dat verder onderzocht dient te worden.

Wanneer niet aan programmatienormen wordt voldaan omdat een afdeling te klein is, kan er geen school opgericht worden. Wel kan er voor zo een afdeling een nieuwe vestigingsplaats geopend worden van een bestaande ziekenhuisschool. Er moet dan echter een ziekenhuisschool gevonden worden die bereid is uit te breiden. Wanneer er bijvoorbeeld geen ziekenhuisschool actief is in een bepaalde regio, is het een uitdaging. Deze uitdaging stelde zich in Limburg, waarop enkele jaren geleden in zuid Limburg een nieuwe ziekenhuisschool opgericht werd, gericht op leerlingen met psychische problemen. Toch vingen we signalen op in gesprekken met ziekenhuisscholen dat er nog noden zijn bij minimum één ziekenhuis (Tongeren) om onderwijs aan te bieden in de vorm van ziekenhuisonderwijs, die momenteel niet ingevuld kunnen worden.

6.3. Didactische praktijken

In deze paragraaf bespreken we onze vaststellingen over de didactische praktijken in de ziekenhuisscholen.

Achtereenvolgens komen onderstaande thema's aan bod:

- ▶ Leerdoelen, leerstof en evaluatie
- ▶ Aanpak en werkvormen
- ▶ Afstemming met thuischool
- ▶ Communicatie met ouders
- ▶ Afronding en nazorg
- ▶ Competenties van de ziekenhuisschool
- ▶ Impact afstandsonderwijs

6.3.1 Leerdoelen, leerstof en evaluatie

Bij revalidatiecentra en psychiatrie wordt bij opname een opnamedoelstelling geformuleerd. Onderwijs kan dan een onderdeel van een dergelijk therapeutisch traject vormen. Psychiatrie en revalidatiecentra hebben soms bijvoorbeeld de taak zicht te krijgen op welke onderwijssetting werkt voor het kind en indien nodig de gepaste heroriëntatie te organiseren. Wanneer er sprake is van langdurige schooluitval en schoolmoeheid, ligt de focus vaak op motiveren.

Bij sommige aandoeningen is er geen directe link is tussen onderwijs en het behandelingstraject en lopen deze inhoudelijk losser van elkaar. Organisatorisch is er uiteraard altijd afstemming nodig en zal de aandoening een invloed hebben op wat er mogelijk is binnen het onderwijsluik. Het voordeel van de ziekenhuisschool is dat een leerling zowel een medisch traject kan doorlopen en gelijktijdig een aangepast onderwijsaanbod kan ontvangen.



“We hebben de PBD [Pedagogische begeleidingsdienst], dat is een soort van de psychologen, en een heel team rond ons. Dus ik denk dat ze daar gaan kijken wat we eventueel van school kunnen doen en mogelijk is voor mij. Dus op Pulderbos word ik ook geholpen om aansluiting te vinden bij een **onderwijstraject dat bij me past.**”
(leerling revalidatiecentrum)

Specifieke onderwijsdoelstellingen in termen van vakken, leerstof, ... worden (indien van toepassing) afgestemd met de thuishoofschool. Meestal ligt de focus hierbij op concrete vakken: men beslist vaak te focussen op een beperkt aantal vakken. Ziekenhuisscholen zijn voor hun vakaanbod ook afhankelijk van de leerkrachten (en expertises) die men beschikbaar heeft. In kleine vestigingsplaatsen (bv. met maar 2 leerkrachten), kan men niet alle vakken aanbieden (bv. in één plaats wordt in het basisonderwijs enkel Nederlands en Wiskunde gegeven).

“**Ik heb de indruk**, maar verbeter me als dat niet zo is, dat er op de Ziekenhuisschool ook maar een **beperkt** aantal leerkrachten zijn en vaak gaat dat over de **algemene vakken**. Maar dan stuit je weer op het probleem: wat met de meer specifieke vakken, voor een bepaalde richting?. Er zijn dan geen leerkrachten die die leerstof kunnen aanreiken. Dan moet er weer gezocht worden in het leerkrachtenteam op de school naar hoe gaan we dat nu doen? Hoe kunnen we er voor zorgen dat die leerling de leerplandoelstellingen, of een aantal, behaald?”
(Ondersteuningsnetwerk)

“Frans hebben ze hier nooit gegeven omdat ze **niet de nodige expertise** hadden.” (case Peruk, kind)

Andere grootschaligere ziekenhuisscholen (bv. revalidatiecentra) hebben dan weer een grote leerkrachtenpoule met heel wat specialisaties en zijn in staat om alle nodige vakken zelf aan te bieden (mits de nodige flexibiliteit). Hierbij horen ook de diverse nodige materialen en infrastructuur, bv. snoezelruimte, keuken, houtbewerking ...

Wat de schoolse evaluatie betreft, worden examens vaak in de ziekenhuisschool afgelegd. In sommige instanties worden de testen verbeterd door de leerkracht in de ziekenhuisschool, soms door de leerkracht van de thuishoofschool.

“Omdat wij de taken en toetsen krijgen en we moeten die maken, maar de **thuishoofschool verbetert** wel nog en geeft ons ook nog punten. Dat gebeurt allemaal via de ziekenhuisschool.” (leerling revalidatiecentrum)

6.3.2 Aanpak en werkvormen

Lessen in de ziekenhuisschool gaan door in een klaslokaal of op de kamer van de leerling. Les in een klaslokaal heeft als voordeel dat het kind eens in een andere omgeving komt en de link met het schoolse zo ook in het ruimtelijke aspect wordt gelegd. Verplaatsen is om medische redenen niet altijd mogelijk, ook is er soms geen klaslokaal beschikbaar, in deze gevallen gaat de les door op de kamer van de leerling.

“Ik vond het wel leuk om in de ziekenhuisklas les te kregen omdat ik eens **uit mijn kamer** kon gaan.” (leerling ziekenhuisschool)

Lessen worden individueel gegeven of in kleine groepjes. Deze kleine schaal laat toe gemakkelijker in te spelen op individuele noden op schools vlak, wat toelaat om sneller te gaan dan in een klassieke schoolgroep. Bovendien is er aandacht voor de (soms moeilijke) medische situatie en welbevinden, wat de druk kan wegnemen voor leerlingen die het moeilijk hebben. Deze individuele en persoonlijke opvolging wordt als positief ervaren door de leerlingen en ouders: 83% van de ondervraagde ouders geeft aan dat hun kind zich snel thuis voelde in de ziekenhuisschool (% akkoord-helemaal, n=88). Door de aanpak op maat, kunnen leerlingen soms toch mooie resultaten boeken ondanks specifieke noden. De individuele aandacht en begrip helpt motivatie en zelfvertrouwen op te bouwen.

“De ziekenhuisschool heeft [kind] ook als positief ervaren omdat het inderdaad aangepast is. Het is **op maat van haar kunnen/behoefes.**” (ouder leerling revalidatiecentrum)



“groot pluspunt die **flexibiliteit** hier. Zeker als het medisch wisselend loopt. Dat is het voordeel van **individueeler** te kunnen werken dan in een klasgroep. Je kan de nodige tijd besteden **aan datgene dat die leerling nodig heeft**. Maar je kan ook veel **sneller** gaan bij zaken die in een grotere klasgroep meer tijd vragen”
revalidatiecentrum, case Mus)

“Dat is voor haar heel belangrijk die **erkenning** van het **geeft niet als het niet gaat**.” (ouder leerling revalidatiecentrum)

“Ik zag haar elke dag en had hier een **goed contact** mee. We **maakten ook eerst kennis** en de lessen volgden later pas.” (case Peruk, kind)

In de case van Mus gaat men nog een stapje verder: het revalidatiecentrum zorgt dat Mus er kan blijven zolang ze de examencommissie doet, zodat de ziekenhuisschool haar kan ondersteunen en erin slaagt een zeer flexibel traject met toch de nodige ondersteuning aan te bieden.

“Ik denk dat [het revalidatiecentrum] daar ook alle credits verdient dat zij ook zichzelf een beetje hebben heruitgevonden en heel **flexibel** zijn geweest om Mus die kansen te willen geven. De examencommissie ook. [...] **meer mogelijkheden moeten zijn dat jongeren hun eigen tempo** zouden kunnen volgen [...]: **niet elke dag om half negen** daar moeten zijn, want zij moeten vaak ook nog eens sondevoeding krijgen en op het toilet gezet worden, en in de rolstoel en het is zo haastig allemaal. Dat is denk ik te veel [...]. Als ze daar meer flexibiliteit en ondersteuning in zouden krijgen van een leerkracht, hebben zij **even veel kansen om te slagen**.” (psycholoog case Mus)

Uit de survey bij ouders,⁴⁰ blijkt dat 73% de verwachtingen van de ziekenhuisschool en de leerkrachten voor hun kind duidelijk vonden (% akkoord-helemaal, n=88). 80% van de ouders is tevreden over de kwaliteit van het onderwijs dat hun kind kreeg in de ziekenhuisschool (% akkoord-helemaal, n=88).

Wettelijk gezien hebben leerlingen in de ziekenhuisschool recht op 1 uur les per dag. Hier wordt in sommige settings flexibel mee omgesprongen. Sommige instellingen geven bijvoorbeeld in kleine groepjes les om zo meer dan 5 uur per week les te kunnen aanbieden. De keuze voor les in groep of individueel hangt ook af van problematiek waar leerling mee kampt, mate van diversiteit (bv. cognitief) tussen leerlingen, of de les op de kamer of in een klaslokaal wordt gegeven ...

“**Wettelijk gezien hebben zij recht op 1 uur** per dag maar wij proberen de leerlingen te groeperen. In het basisonderwijs is dat redelijk vaste groepjes om zo het aanbod te kunnen maximaliseren. In het secundair onderwijs worden zij in wisselende groepjes van 2 à 3 gecombineerd om daar ook meer dan die 5 lessen per week te kunnen geven.” (Revalidatiecentrum)

In sommige instellingen wordt standaard in groepjes gewerkt (en is er dus ook mogelijkheid tot meer lessen per week). Het Zeepreventorium in De Haan is erkend als thuischool voor OV4, daar heeft men een 32 uur curriculum. Het aantal uur les wordt bovendien ook tijdens de opname afgestemd op de medische situatie van het kind. Soms is het wenselijk om minder uren les te geven, soms lukt wat meer.

“Meeste is dat het 2 of 3 lessen zijn op een dag, en het is echt meer **op mijn tempo**.” (leerling, revalidatiecentrum)

“Je hebt bijvoorbeeld van 9u-15u30 onderwijs en de therapieën worden hierin gepast. **Alles wat niet gaat valt weg**.” (case Mus over revalidatiecentrum)

⁴⁰ Bij de surveyresultaten over ziekenhuisscholen, kan het gaan over vestigingsplaatsen in ziekenhuizen, revalidatiecentra of psychiatrie. Deze opdeling hebben we niet bevestigd in de survey, en is dus niet geweten. Voor psychiatrie, kan het daar ook zijn dat het Onderscheid DMOB en Type 5 niet duidelijk is. Bijgevolg kan het zijn dat ouders deze vragen invulden over een ervaring met DMOB, i.p.v. type 5. Enige voorzichtigheid bij het interpreteren van deze resultaten is dus wenselijk.



Als het in groep is, wordt er vaak toch sterk gedifferentieerd (begeleid zelfstandig leren) wegens de grote diversiteit in leerlingen, noden, en lesmaterialen. De leraar roteert tussen de leerlingen die elk met hun eigen inhoud bezig zijn. Het nadeel is dat er minder sprake is van de sociale dynamieken binnen een klasgroep. Om toch ook ruimte te maken voor het sociale, het samen leren, wordt soms ook thematisch gewerkt in groep. De werking binnen een revalidatiecentrum laat soms wel toe om klasjes in te richten op niveau. Door in kleine groepjes met leerlingen met gelijkaardige aandoeningen les te volgen, zorgt ook voor onderling begrip tussen de leerlingen.

“Je zit er soms met andere kinderen in, we zijn **niet echt een klas**. Ik heb bv. nu wiskunde en iemand anders heeft chemie.” (leerling revalidatiecentrum)

“De **werkmethodes zijn dus heel divers** en varieert van leerling tot leerling. We halen alle trucken uit om dit te doen slagen.” (directie ziekenhuisschool)

“Waar mogelijk proberen wij af en toe eerder projectmatig iets te organiseren bv. rond actualiteit. Als we dat met meerdere leerlingen waarmee we dat kunnen doen om zowel eens een **groepsactiviteit** binnen het onderwijs te hebben. Maar dat zijn dan geen wekelijkse vast klasmomenten dat is eerder per periode een **themagerichte activiteit**.” (revalidatiecentrum, case Mus)

“Bij jongeren met een **verstandelijke beperking** doen we wel al **rapper groepslessen** (4-5). Dat kan in de vorm van een activiteit les of een circus en natuuratelier.” (leerkracht ziekenhuisschool psychiatrie)

De hoeveelheid uren les wordt soms als te beperkt ervaren. Dit bleek uit verklaringen van thuisholen en de ervaring van de leerling Peruk uit de case analyse. De ziekenhuisscholen kunnen de verwachtingen van de thuishool niet inlossen door het beperkt aantal uren financiering, door het medische programma dat doorlopen wordt en door de situatie van de leerling. Zoals hierboven reeds vermeld, is in sommige gevallen een traject met minder uren het enige dat haalbaar ervaren wordt. Uit de survey met de ouders blijkt dat 77% het lessenpakket en het uurrooster van hun kind in de ziekenhuisschool inderdaad haalbaar vond (% akkoord-helemaal akkoord, n=88). Soms neemt het personeel van het ziekenhuis of de ziekenhuisschool dan de taak op om realistische verwachtingen te creëren bij de thuishool, maar op vlak van communicatie lijkt nog werk (zie volgend deel en paragraaf 10.3).

“Ongeacht de duur is het wel belangrijk dat er een **samenspraak** is met de thuishool. Deze **scholen** hebben vaak ook geen weet over de **programma's** waarin de kinderen moeten fungeren en **problematieken** waarmee zij te kampen hebben. Wij moeten soms lobbyen voor de belangen van de kinderen. Het is vaak dat thuisholen te hoge eisen stellen of niet het juiste gewicht kunnen toemeten aan de problematiek. Het komt erop aan dat de **input van het multidisciplinair team via ons ook resulteert in de samenspraak** waardoor het aanbod op maat van het kind is. Wij hebben een heel belangrijke rol op te nemen in de **verwachtingen van de thuishool te kaderen etc.**” (directie ziekenhuisschool)

6.3.3 Vasthouden aan de thuishool en communicatie

Er is variatie in de mate waaraan vastgehouden wordt aan de lesinhoud en materialen van thuishool. In het ene extreem gebruikt men exact de materialen van de school en zorgt men dat men per week mee is, in het andere extreem laat de ziekenhuisschool de lessen van de thuishool volledig los en werkt men met eigen materialen. De keuze hangt af van diverse factoren: aandoening en doelstellingen opname, schooltraject en relatie thuishool (bv. langdurige afwezigheid), leeftijd, onderwijsniveau/-soort, verwachte duurtijd opname, of de thuishool de nodige materialen al dan niet bezorgt, of de materialen geschikt bevonden worden voor begeleid zelfstandig leren, of leerling ingeschreven blijft in de thuishool, en visie van de ziekenhuisschool.



“Dan volgen we wel meer onze **eigen inhoud en eigen traject**. Terwijl bij het **gewoon basis en gewoon secundair onderwijs** lopen we **echt mee met de thuisschool** en proberen we ook die methodes over te nemen.”
(directie ziekenhuisschool)

“In het **Zeepreventorium** in de Haan werken we met ons **eigen materiaal** en stellen we een eigen curriculum op. In de vestigingen van de **K-diensten** proberen we wel het **curriculum van de thuisscholen** te volgen.”
(ziekenhuisschool directie)

“Bij ons moeten we wel heel **strikt het leerplan en inhoud van de thuisschool** opvolgen, aangezien ze wel het examen hebben van de thuisschool. In **Pulderbos** zitten we heel **vast aan het stramien van de thuisschool**. Het hangt vooral af van de **opname duur (kort: materiaal van de school, lang: eigen materiaal)**.”
(leerkracht ziekenhuisschool revalidatiecentrum)

“in veel gevallen leent dit **materiaal zich niet tot begeleid zelfstandig leren**. We kijken dan of we een **bestaande methoden** van de markt gebruiken of **eigen materiaal** ontwikkelen. [...]. Wat belangrijk is dat de basis van de eindtermen gezien worden. De leerinhouden zijn ondergeschikt van de **leerdoelen**.” (leerkracht ziekenhuisschool revalidatiecentrum)

“Onze thuisschool **laten ook heel veel los bij ons**. Ook omdat **één van onze doelstellingen** binnen het revalidatieziekenhuis is te kijken binnen welke **onderwijssetting het kind in de toekomst** tot leren kan komen. Er gebeurt dus vaak een doorverwijzing naar het buitengewoon onderwijs of soms zelfs een verandering van type. Wat anders is in het **universitair ziekenhuis** daar neem je het traject van de **thuisschool** over. Het zijn **kortere opnames**.” (directie ziekenhuisschool)

“Voor de **kleuters** wordt er maar **zelden contact** opgenomen met de **thuisschool**.” (leerkracht ziekenhuisschool, ziekenhuis/psychiatrie)

De mate waarin aan het onderwijstraject van de thuisschool wordt vastgehouden, bepaalt de mate waarin de ziekenhuisschool afstemt en samenwerkt met thuisschool. Hieronder beschrijven we het contact met de thuisschool bij opstart, tijdens het traject en bij afronding en nazorg.

Het initiatief voor contact met de thuisschool ligt bij de ziekenhuisschool. Iemand van de ziekenhuisschool of de zorginstelling zelf neemt contact op met de thuisschool (soms voorafgaand aan de opname, soms vanaf opname). Het doel is informatie inwinnen over het kind: werkhouding, socio-emotionele informatie, executieve functies, schoolse prestaties, ... Deze intake gebeurt meestal o.a. aan de hand van een vragenlijst. In het begin wordt ook afgestemd met de thuisschool welke vakken behandeld zullen worden. De leerlingen nemen de leerboeken en werkbundels mee of deze worden opgehaald door, of bezorgd aan de leerkrachten van de ziekenhuisschool. Soms wordt ook informatie gedeeld via online leerplatformen.

Wanneer beslist wordt (dicht) aan te sluiten bij de lessen in de school, is er idealiter regelmatig contact met de thuisschool (bv. wekelijks). De concrete taakverdeling verschilt tussen scholen. In sommige scholen is het de zorgcoördinator die de contacten onderhoudt. Meestal nemen de (vak)leerkrachten van de ziekenhuisschool contact op met de (vak)leerkrachten van de thuisschool om meer concreet af te spreken welke thema's aan bod moeten komen zodat de leerlingen achteraf kunnen aansluiten in de thuisschool. Ook wordt soms overlegd over wat er moeilijk verliep om het verdere traject daarop te kunnen afstemmen.

Soms wordt er ook aandacht besteed aan de connectie tussen de leerling en de klas. Soms gebeurt dit ook buiten de ziekenhuisschool om.

“We hebben vooral contact met de **coördinator van de ziekenhuisschool**. Dan worden de **vakleerkrachten** aan elkaar **voorgesteld** en doen zij de verdere **uitrol**” (leerlingbegeleiders/zorgcoördinatoren BO)



“Ofwel krijgen we een **account op smartschool van** die leerling zodat we mee kunnen volgen ofwel is het via **mail of telefonisch**. Dit **luikje** is voor de leerkrachten van de ziekenhuisschool veel **belangrijker geworden**. Het is niet enkel het lesgeven maar ook de **communicatie onderhouden met de thuishschool**.” (directie ziekenhuisschool)

“De **link met de thuishschulen** proberen we op een leuke manier te doen – extra nieuwsbrief, kinderen kunnen op bezoek komen,... . Het is belangrijk dat de **connectie** behouden blijft.” (directie ziekenhuisschool)

“dat wij gewoon ook een keer een **klagesprek houden online**. Dat is dan meestal **via de mama** dat dat georganiseerd word.” (leerkracht thuishschool)

Verdere informatie over communicatie met de thuishschool wordt besproken in paragraaf 10.3.

6.3.4 Afstemming met de ouders

Bij de opstart winnen de ziekenhuisscholen of zorginstellingen ook informatie i.v.m. het schoolse functioneren van de leerling in bij de ouders (gelijklopend aan vragenlijst bij scholen). Er zit variatie in de mate waarin ouders betrokken zijn bij het onderwijstraject in de ziekenhuisschool.

“[Naam] is een aantal in crisisopname geweest in Kortenberg. [Naam] was hier wel tevreden over. Als ouder had ik **geen rechtstreeks contact** met de ziekenhuisschool omdat een opname maar voor 14 dagen was. Dus het **overleg was niet prioritair**. Maar ze hebben haar hier goed bijgewerkt om haar examen af te leggen.” (Ouder)

In de enquête bij de ouders was 83% van de respondenten van mening dat de administratie (aanvraag, registratie ...) vlot verloopt, eveneens 81% van de respondenten meent dat het contact met de ziekenhuisschool vlot verloopt (n=88). Een kleiner aandeel, zijnde 70% van de respondenten van de enquête (n=88) vindt dat de ziekenhuisschool hen voldoende op de hoogte houdt over het schoolse functioneren van hun kind.

Over de informatie i.v.m. de terugkeer naar de thuishschool, blijken minder respondenten tevreden: 58% van de ouders vindt dat de ziekenhuisschool hen voldoende informatie bood over hoe de terugkeer van hun kind naar de thuishschool zou verlopen (% akkoord-helemaal, n=53). Ook over het overleg tussen alle betrokken partijen (ziekenhuisschool, thuishschool, CLB, ouders, ...) zijn minder ouders tevreden (52%, n=88). Hier zijn dus nog verbetermogelijkheden.

Een praktisch probleem is dat de ziekenhuisscholen gesloten zijn tijdens de schoolvakantie. Hierdoor is er geen vast aanspreekpunt gedurende het hele jaar om ouders te informeren over de mogelijkheden m.b.t. onderwijs voor zieke leerlingen. Dit heeft soms een vertragend effect hebben op de opstart van bepaalde trajecten.

“Een ander hiaat is de **overbrugging in vakanties**. Ik denk dat het belangrijk is dat er een **centraal punt** is waar ouders met hun kinderen terecht kunnen tijdens deze periodes. Want wat gebeurt er tijdens de grote vakantie normaal maken de klastitularissen doorheen het schooljaar de **ouders wegwijs** met TOAH etc. maar in de vakantieperiodes nemen de psychologen van de ziekenhuizen dit over. Ik denk dat dat school onafhankelijk moet gebeuren. Er is nood aan een aanspreekpunt. Zodat **ouders op elk moment de juiste informatie** kan krijgen en dat de problemen aangepakt kunnen worden.” (directie ziekenhuisscholen)

6.3.5 Afronding en nazorg

Afronding en nazorg verschilt sterk afhankelijk van het traject van de leerling. Vanuit medisch/psychotherapeutisch oogpunt kan ook soms beslist worden dat de opname stopt, maar dat het kind nog niet voltijds naar school kan gaan. Dan wordt bijvoorbeeld een attest door een arts opgemaakt voor TOAH of



gewerkt met een opbouwschema om deeltijds naar school te gaan. Soms combineren leerlingen op het einde van een traject les in de ziekenhuisschool met les in de thuishoel.

In psychiatrie of revalidatiecentra is er soms sprake van een afrondende vergadering met de thuishoel waarbij de problematiek van de leerling toegelicht wordt. In andere gevallen wordt gewoon het gebruikte materiaal meegegeven of soms een kort verslag overgemaakt van wat er gezien werd tijdens het verblijf in de zorginstelling. Ook het CLB van de ziekenhuisschool speelt soms een rol bij de afronding, dit kan door de terugkeer naar school te begeleiden in geval van bepaalde problematieken of door een heroriëntering naar een andere thuishoel te ondersteunen en de papieren hiervoor in orde te maken.

“Wij zijn zelf verbonden aan een ziekenhuisschool. Of we **wel of niet betrokken** worden hangt sterk af van de leerkrachten van de ziekenhuisscholen. De **terugkeer** is vooral het **aandachtspunt**..... Bij een **psychiatrische opname** zijn we **altijd betrokken** (reeds tijdens het traject) en vormen we een draaischijf.” (CLB revalidatiecentrum)

6.3.6 Impact afstandsonderwijs

De digitalisering die versneld is ingezet door corona, leidt ertoe dat sommige vormen van afstemming gemakkelijker kunnen gebeuren. Ook is het gebruik van digitale leerplatformen meer ingeburgerd geraakt, wat het soms eenvoudiger maakt om aan de nodige lesmaterialen van de thuishoel te komen.

Voor de lessen in de ziekenhuisscholen zelf, lijkt de impact echter beperkt. Het is niet zo dat de online lessen systematisch werden ingebed in de werking van de ziekenhuisscholen, omdat ze niet afgestemd zijn met de individuele begeleiding.

“Wij zagen dat de scholen een uitgebreider digitaal aanbod hadden en zo konden onze kinderen de lessen uit de thuishoel volgen omdat het digitaal was. Aan de andere kant zijn die lessen wel afgestemd op de groep en niet op de leerlingen” (leerkrachten ziekenhuisschool zhs/psy)

6.4. Contextfactoren

Doorheen de bovenstaande paragrafen kwamen reeds heel wat contextfactoren aan bod. Voor het onderwijs in de ziekenhuisschool is de belangrijkste contextfactor de zorginstelling waar de school op aangesloten is. (Evoluties in) het opnamebeleid van deze instelling bepaalt met welke aandoeningen het doelpubliek de ziekenhuisschool te maken heeft, hoelang de opnames duren, wat de rol is van onderwijs in het traject. Deze aspecten hebben een fundamentele impact op welk onderwijsaanbod er gegeven kan worden. Een kerneigenschap van de werking van ziekenhuisscholen is dat ze flexibel moeten inspelen op de noden en het niveau van de leerlingen die zich aandienen. Daarnaast is er de regelgeving en financiering die ook mee bepaalt hoe het ziekenhuisonderwijs georganiseerd wordt: deze stamt nog uit een tijd dat type 5 een heel beperkt fenomeen was, wat leidt tot diverse knelpunten die we hierboven reeds besproken hebben. Naar concrete lesinhouden toe speelt de mate waarin de thuishoel betrokken is of wordt en belangrijke rol.

6.5. Conclusie

Op basis van de inzichten uit dit hoofdstuk, kunnen we voor deze maatregel een antwoord formuleren op de volgende evaluatievragen:



Hoeveel leerlingen maken gebruik van de verschillende maatregelen, wat is hun profiel, en welke patronen en evoluties kunnen daarin worden vastgesteld: in welke mate worden bepaalde maatregelen ten aanzien van jongeren afwezig omwille van medische redenen meer/minder gebruikt?

Van alle maatregelen is ziekenhuisonderwijs de meest gebruikte. Ziekenhuisonderwijs neemt toe in omvang, in de eerste plaats omdat er meer vestigingsplaatsen opgericht zijn de laatste jaren. Er is een stijging in het aandeel meisjes.

Leerlingen die les volgen in ziekenhuisonderwijs hebben zeer uiteenlopende profielen, zowel op vlak van het schoolse als op vlak van aandoeningen. In principe volgt elke leerling (die een bepaalde minimale periode opgenomen) in een medische instelling waar een ziekenhuisschool actief is, les aan de ziekenhuisschool. In lijn met het gewijzigd opnamebeleid in verschillende zorginstellingen, is er een toename in het aandeel leerlingen met complexe problematieken en comorbiditeiten. Ook ervaart men een toename in het aantal psychologische aandoeningen en gedragsstoornissen. Door toenemende wachtlijsten voor psychiatrische zorg zijn deze leerlingen vaker al verschillende maanden niet meer naar school gegaan, met grotere achterstanden tot gevolg. Verder rapporteren de ziekenhuisscholen een stijging in het aantal leerlingen uit gezinnen met een zwakkere financiële situatie. Een mogelijke verklaring: socio-economisch sterkere ouders hebben meer ruimte om hun kinderen te ondersteunen in een ambulante traject.

Er zitten verder heel wat verschillen in de duurtijd van de opnames. In lijn met de vermaatschappelijking van de zorg is er in het algemeen is er wel sprake van een verkorting van de opnameduur of meer ambulante trajecten, wat een invloed heeft op de rol die de ziekenhuisschool speelt in het hele traject van de leerlingen.

Hoe organiseren de ziekenhuisscholen zich om zo snel mogelijk een gepast onderwijsaanbod aan zieke leerlingen te garanderen, bijvoorbeeld inzake inzet van personeel, organisatie, ...? Hoe garanderen ze dat ze de organisatorische capaciteit en het personeel en de expertise hebben om onderwijs aan zieke leerlingen te voorzien?

Eens geweten is dat een kind opgenomen zal worden of vanaf dat het opgenomen is, wordt het onderwijs voorbereid. Door een flexibele organisatie blijkt tijdig kunnen realiseren van een aanbod geen probleem te zijn. De leerkrachten van de ziekenhuisscholen nemen een proactieve rol in het contacteren van de thuishooschool en het inwinnen van informatie en afstemmen rond de te geven vakken. Medewerking van de thuishooschool is cruciaal. Het gebeurt dat de thuishooschool hier niet in slaagt, in deze gevallen voorziet de ziekenhuisschool een eigen aanbod.

Voorzien in voldoende capaciteit vormt een uitdaging, vooral doordat het aantal aanwezige leerlingen en het type profielen sterk kunnen verschillen. Er is heel wat aanpassingsvermogen van de leerkrachten nodig. Organisatorisch springt men flexibel om met deze fluctuaties door bijvoorbeeld uren te verschuiven tussen basis- en secundair onderwijs. De regelgeving en financiering is hier echter niet op afgestemd. Verder werken sommige instellingen met vrijwilligers om ondersteuning te bieden bij het onderwijsaanbod.

Een specifieke uitdaging voor ziekenhuisscholen is het organisatorische: regelmatig wisselende roosters zorgen dat onderwijspersoneel vaak moet afstemmen met het zorgpersoneel. Voor het lesaanbod er is veel afstemming nodig met thuishooscholen.⁴¹ Om dit te kunnen realiseren, dienen leerkrachten een deel van hun lesuren te spenderen aan deze aspecten en blijft er bijgevolg minder over voor de leerlingen. Soms wordt voor deze taken een orthopedagoog aangeworven met eigen middelen. Vanuit de ziekenhuisscholen blijkt er een grote nood aan een dergelijk orthopedagogisch profiel. In de regelgeving krijgt type 5, als enige vorm van buitengewoon onderwijs, geen middelen voor het aanstellen van een orthopedagoog.

De expertise van de leerkrachten wordt gevoed vanuit bijscholingen voor het schoolse en uitwisseling met het personeel van de zorginstelling om inzicht te krijgen in specifieke methodes om met bepaalde doelgroepen om

⁴¹ Dit verschilt tussen scholen, in revalidatiecentra blijven leerlingen bijvoorbeeld langer. Ook contact met de thuishooschool varieert.



te gaan. De frequentie en aard van dergelijk interdisciplinair overleg varieert echter sterk tussen diverse instellingen en afdelingen.

Op welke wijze worden de maatregelen ten aanzien van zieke leerlingen onderwijskundig vormgegeven? Welke didactische praktijken zijn er (o.a. aard van het aanbod, inhoud, omvang, timing, werkvormen, enzovoort)? In welke mate en hoe wordt er ingezet op betrokkenheid van de zieke leerling?

Leerlingen hebben recht op één lesuur per dag, meestal in een klaslokaal, soms op de kamer. In realiteit wordt in sommige vestigingen gewerkt in kleine groepjes om zo ook meer lessen te kunnen aanbieden. In het zeepreventorium wordt een 32 uur curriculum aangeboden. Het aantal lessen wordt afgestemd op de noden en de medische situatie van de leerling. Zelfs als er in groepjes lesgegeven wordt, is het lesaanbod vaak individueel georganiseerd, met een leerkracht die roteert tussen de leerlingen. De leerlingen hebben namelijk diverse niveaus of gebruiken diverse materialen. In sommige settingen wordt wel in echte klasgroepjes samengewerkt (bv. sommige revalidatiecentra).

Het is moeilijk om uitspraken te doen over of het minimum van één lesuur per dag volstaat, aangezien dit sterk afhangt van het medisch traject dat doorlopen moet worden en de situatie van het kind. Bovendien kunnen de scholen door zich in kleine groepjes te organiseren dus ook voor leerlingen die het aankunnen meer lessen bieden. Soms krijgen ziekenhuisscholen het signaal van thuishscholen dat het onderwijsaanbod te beperkt is, maar ze geven aan dat dit soms voortkomt uit een onrealistisch zicht op de situatie en de behandeling van het kind.

De individuele aanpak van de leerkrachten met aandacht en begrip voor de medische en schoolse situatie van de leerling, wordt als een grote sterkte ervaren. Het biedt een meerwaarde zowel op het vlak van het schoolse als op welbevinden. Het kunnen volgen van les in de medische instelling helpt leerlingen de connectie met het schoolse te behouden.

Bij psychiatrische aandoeningen en gedragsstoornissen vormt onderwijs soms een deel van het behandelingstraject (bv. om toe te werken naar heroriëntering of om te bepalen welke methodieken werken).

De mate waaraan vastgehouden wordt aan het lesaanbod van de thuishschool varieert. In sommige scholen gebeurt dit in sterke mate. De keuze van concrete vakken gebeurt dan in samenspraak met de thuishschool. In sommige scholen, voor sommige profielen of wanneer de thuishschool niet de nodige of gepaste materialen aanreikt, wordt er een eigen aanbod voorzien vanuit de ziekenhuisschool. Voor kleine vestigingen lukt het niet om alle vakken aan te bieden en wordt eerder gefocust op de hoofdvakken vanuit de ziekenhuisschool. Grotere vestigingen (bv. revalidatiecentra) beschikken over meer diverse leerkrachtprofielen en kunnen een divers gamma aan vakken aanbieden.

Wat zijn de mogelijkheden en wat is de invloed van de meer veralgemeende introductie van afstandsonderwijs en blended leren in het (post-) coronatijdperk op de vormgeving van het onderwijs voor zieke leerlingen?

In welke mate hebben de maatregelen een meerwaarde ten opzichte van de in het (post)corona-onderwijs veralgemeend georganiseerde vormen van afstandsonderwijs en blended leren? Zo ja welke, voor wie en onder welke voorwaarden?

Het onderwijsaanbod van de ziekenhuisscholen ondervindt zelf geen sterke impact van de digitalisering. Wel ervaren ziekenhuisscholen dat leerkrachten gemakkelijker toegang krijgen tot online platformen van de thuishschool. Het is echter niet altijd haalbaar voor de leerkrachten om voor alle leerlingen deze platformen in het oog te houden. Een voordeel van de digitalisering is dat het gemakkelijker is om af te stemmen met de thuishschool en andere actoren, dankzij de mogelijkheid van online meetings. Ook is het gemakkelijker om te bellen met de klas.

Wat zijn belemmerende en bevorderende context- of omgevingsfactoren op microniveau (in het bijzonder het gezin van de leerling) en hoe wordt hier door de uitvoerende organisaties en uitvoerders rekening mee gehouden?



De belangrijkste contextfactor op microniveau is de medische of psychische toestand van het kind. Door de flexibele en individuele invulling van de lessen zijn leerkrachten van de ziekenhuisscholen goed in staat hierop in te spelen. Zeker in het geval van aandoeningen met een psychologisch component (en soms schoolmoeheid) bepaalt de psychische toestand in welke mate er ingezet wordt op doelstellingen zoals het bijhouden van lessen en het slagen op een vak, of dat er toch andere doelstellingen primeren, zoals schoolse motivatie, terug rust vinden etc.

De thuissituatie speelt eveneens een belangrijke rol. Men voelt aan dat “sterkere” ouders meer in staat zijn leerlingen in een ambulante programma te ondersteunen. In dat geval is er dus geen of minder sprake van les in de ziekenhuisschool. Kinderen en jongeren uit gezinnen in meer kwetsbare posities (bv. minder financiële middelen of minder mogelijkheden om kind te ondersteunen) ziet men meer opgenomen worden, en bijgevolg dus ook les volgen in de ziekenhuisschool. Hiervoor zijn verklaringen op twee vlakken mogelijk: enerzijds dat het financieel interessant is om opgenomen te zijn (RIZIV vergoedt een deel, er is aangepaste dieetvoeding), anderzijds is er voor ambulante trajecten nood aan specifieke ondersteuning vanuit de directe context (bv. aangepaste voeding, opvolging, ...). In sommige gezinnen is hiervoor minder ruimte.

Wat zijn belemmerende en bevorderende context- of omgevingsfactoren op macroniveau (in het bijzonder de regelgeving) en hoe wordt hier door de uitvoerende organisaties en uitvoerders rekening mee gehouden?

De regelgeving rond type 5 is de belangrijkste factor die de nodige aandacht verdient als contextfactor op macroniveau. De regelgeving is niet overzichtelijk en op verschillende punten te weinig afgestemd met de realiteit in de ziekenhuisscholen. De ziekenhuisscholen zijn aan de ene kant vragende partij om een aantal aspecten flexibeler te maken (zie 6.2.4), maar er is ook terughoudendheid omdat men vreest dat een algemene aanpassing te weinig rekening zou houden met de variatie tussen de verschillende scholen en vestigingsplaatsen (bv. context in universitair ziekenhuis vs. een revalidatiecentrum).

De instelling waar de ziekenhuisschool een vestigingsplaats heeft, is ook een bepalende contextfactor. Het bepaalt hoelang leerlingen blijven, welke vormen van onderwijs er nodig zijn etc. De werking van de ziekenhuisschool is bovendien ingebed in deze instelling, betrokkenheid en informatie-uitwisseling met het (para)medische team is cruciaal om het onderwijsaanbod optimaal te laten inpassen in en een meerwaarde te laten vormen voor het medische traject van de leerling. In sommige vestigingen is er sprake van een dichtere samenwerking dan in andere. Vanuit één ziekenhuisschool hoorde we dat deze uitwisseling was afgenomen door de coronapandemie en nog niet terug opgebouwd was.

Is een uitbreiding en/of gewijzigde afbakening van de doelgroep wenselijk en mogelijk voor bepaalde maatregelen, in het bijzonder naar leerlingen die om andere dan medische redenen langdurig of veelvuldig afwezig zijn? Wat zijn hierbij bepalende factoren?

Of er nood is aan een uitbreiding naar ziekenhuizen die nog niet bediend worden door een ziekenhuisschool is een vraag die we niet kunnen beantwoorden op basis van de ingewonnen informatie. Bijkomend onderzoek is nodig bij deze zorginstellingen en de leerlingen die er opgenomen worden om eventuele noden in kaart te brengen. Momenteel zullen de leerlingen die opgenomen zijn in ziekenhuizen zonder school, gebruik dienen te maken van de andere maatregelen om te voorzien in een onderwijsaanbod. Wanneer een afdeling van een zorginstelling te klein is om een eigen ziekenhuisschool op te richten, kan er gewerkt worden met een bestaande ziekenhuisschool die een nieuwe vestiging opent. Echter blijkt dit niet altijd haalbaar (bv. als de afstand te groot is). Minstens over één zorginstelling hoorden we dat deze op zoek was naar een ziekenhuisschool om haar te bedienen, maar nog zonder succes.

Een groep waarvoor er nog oningevulde onderwijsnoden zijn, betreft kwetsbare jongeren in de jeugdzorg die geen onderwijs (meer) volgen. In een pilootproject onderzoekt men momenteel of ziekenhuisonderwijs een hier een passend antwoord kan bieden. Het aanbieden van onderwijs in jeugdzorg is nog niet in alle settings mogelijk door de regelgeving. Een goede evaluatie van de huidige experimenten is cruciaal om een keuze te maken over



of men dit hiaat zal opvangen door het organiseren van type 5 of dat een andere vorm van onderwijs wenselijk is.

Wordt er **onrechtmatig gebruik** gemaakt van de maatregelen en indien ja, op welke manier? Wat zijn hiervoor verklaringen? Welke niet ingevulde onderliggende nood ligt aan de basis?

Doorheen het onderzoek werd geen onrechtmatig gebruik vastgesteld van het ziekenhuisonderwijs.



7 / Dienst met onderwijsbehoefte in de psychiatrie

Kinder- en jeugdpsychiatrieën (K-diensten) die onderdeel zijn van een ziekenhuis zonder type 5-school kunnen erkend worden als een Dienst met Onderwijsbehoefte (DMOB). De K-dienst wordt in dat geval gesubsidieerd om binnen de voorziening een onderwijsaanbod te realiseren. Een DMOB is geen school of onderwijsdienst in de reglementaire zin van het woord: er is geen directiefunctie en de dienst kan geen getuigschriften uitreiken. Er wordt bijgevolg ook niet met schoolvakanties gewerkt zoals bij de ziekenhuisscholen. De werking van de bestaande DMOB's is kleinschalig met één of enkele pedagogische personeelsleden. Soms is er een deeltijds onderwijscoördinator. De pedagogische personeelsleden zijn deel van een multidisciplinair team binnen de zorginstelling. Het kind blijft ingeschreven in de thuishoofschool. Het is de verantwoordelijkheid van de thuishoofschool om de K-dienst bij te staan met de organisatie van een zinvol onderwijsaanbod.

DMOB wordt gefinancierd met een enveloppefinanciering. Het bedrag voor een DMOB wordt berekend op basis van het aantal erkende bedden voor dag- en nachthospitalisatie en/of plaatsen voor daghospitalisatie op 1 januari van het lopende schooljaar.

Tabel 23: Overzicht DMOB

Medisch Centrum Sint-Jozef	Bilzen, Limburg
Jessa Ziekenhuis	Hasselt, Limburg
Kinderpsychiatrisch centrum Genk	Genk, Limburg
TheA (Therapeutisch atelier AZ Sint-Maarten)	Mechelen, Antwerpen
UZ Brussel	Brussel
AZ Nikolaas	Sint-Niklaas, Oost-Vlaanderen

7.1. Omvang en profiel

DMOB wordt verstrekt aan leerlingen die opgenomen zijn in een kinder- en jeugdpsychiatrie. De doelgroep is dus niet verschillend van die van ziekenhuisscholen actief in een psychiatrie of een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. De specifieke doelgroep en evoluties hierin hangt samen met het opnamebeleid van de zorginstelling. De gemeenschappelijke deler van de doelgroep is een psychiatrische/psychologische problematiek, maar er is heel wat variatie in onderwijsvorm en onderwijsniveau (kleuter, basis en secundair).



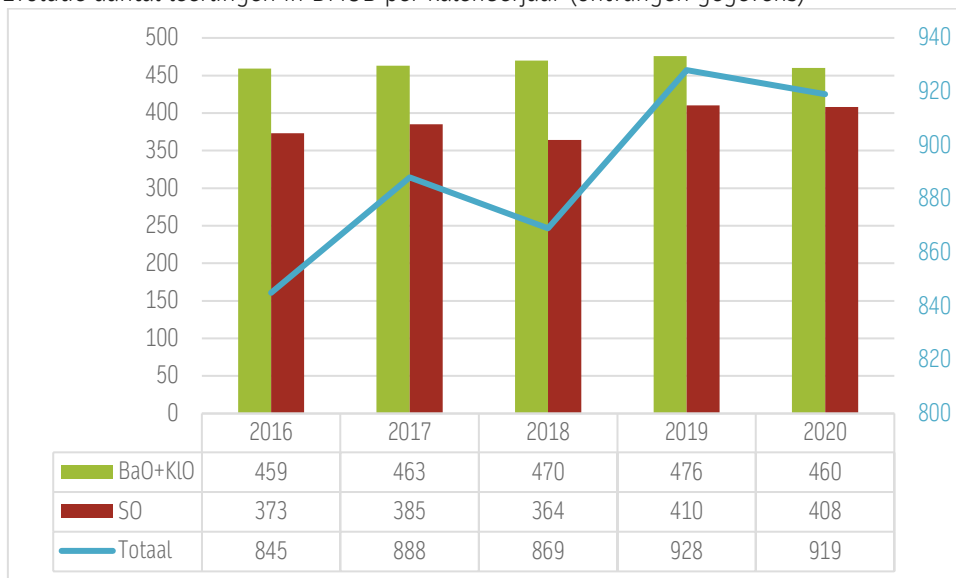
Data DMOB

Het aantal leerlingen dat gebruik maakt van DMOB wordt niet geregistreerd door de overheid. Voor de enveloppefinanciering registreert het beleid enkel het aantal bedden. We hebben cijfers van aantal leerlingen opgevraagd bij de verschillende diensten die momenteel actief zijn als DMOB (diensten die ondertussen overgegaan zijn naar type 5 werden niet meegenomen). Doordat de verkregen gegevens zelf geregistreerde cijfers zijn, zijn verschillen in manier en accuraatheid van registreren waarschijnlijk (bv. al dan niet meetellen crisisbedden, al dan niet dubbeltellen heropname ...). Ook zijn er institutionele veranderingen die een impact hebben op de aantallen: bv. theA is pas sinds 2019 opgestart.

Doordat de instellingen geen leerlingengegevens moeten doorgeven, is de registratie van kenmerken beperkt of volledig afwezig binnen de diensten. We analyseren bijgevolg geen leerlingenkenmerken, enkel het onderwijsniveau.

In 2018 volgden er ongeveer 870 leerlingen les in de DMOB (dat is .07% van het totaal aantal leerlingen KLO, BaO en SO in 2018-2019).

Figuur 31: Evolutie aantal leerlingen in DMOB per kalenderjaar (ontvangen gegevens)



Noot: Crisis UZ Brussel eruit gelaten.

In de focusgroep met medewerkers van de DMOB vermeldde men een stijging in het aantal leerlingen buitengewoon onderwijs type 9 (ASS).

“De stijging in type-9 is volgens mij omdat ze **vroeger en juister gediagnosticeerd** worden en daarbij vroeger in de juiste onderwijsvorm en bij ons terecht komen. Er is ook **meer plaats** voor vrij gekomen waardoor ze sneller bij ons kunnen terecht komen.” (DMOB)

7.2. Organisatie

DMOB's zijn zeer vrij om hun aanpak zelf vorm te geven. Toch wordt de kwaliteit van het onderwijs ook gecontroleerd door de onderwijsinspectie.⁴² Hun aanbod is een onderdeel van het therapeutisch traject in de psychiatrie. De leerlingen volgen groeps- en individuele therapieën, onderwijs is daar één luikje van. Het behandelend team bestaat naast de pedagogische medewerker(s) uit diverse profielen, zoals een bewegingstherapeut, muziektherapeut en dramatherapeut, psycholoog, psychiater, assistent, gezinstherapeut, maatschappelijk assistent, voedkundige en verpleegkundige van de leefgroep. Binnen dit team is er onderlinge uitwisseling.

⁴² <https://data-onderwijs.vlaanderen.be/edulex/document.aspx?docid=13473>

Minstens één DMOB gaf aan naast de enveloppefinanciering ook eigen middelen in te schakelen om een aantal uren meer onderwijsaanbod te kunnen creëren. Ook werkt men aanvullend met vrijwilligers (voornamelijk voor de lagere school).

Hoe lang de leerlingen verblijven in de k-dienst varieert. Crisisopvang duurt 2 weken, de andere trajecten duren langer (6 tot 9 weken) en het verblijf kan afhankelijk van de situatie verlengd worden. In het algemeen wordt het onderwijstraject vanaf de opname opgestart.

7.2.1 Overstap van DMOB naar ziekenhuisschool

De laatste jaren zijn er verschillende DMOB's die de overstap hebben gemaakt naar type 5 scholen. Dit is enkel mogelijk als er voldoende leerlingen zijn gedurende een bepaalde periode (programmationormen). Voor Limburg zijn er in 2015 gesprekken geweest tussen 4 k-diensten om een eventuele overstap te doen, maar men heeft destijds beslist dit niet te doen. In 2019 is er toch een ziekenhuisschool opgestart, maar niet alle diensten zijn hierin meegestapt. De DMOB die dit niet deden, haalden hiervoor een aantal redenen aan.

Een aantal aangehaalde redenen linken aan het voordeel dat DMOB's organisatorisch flexibeler zijn:

- ▶ Leerkrachten in de ziekenhuisschool werken met andere werkschema's dan therapeuten (bv. 22 uur versus 38 uur, andere vakantieregeling). Dit geeft een andere (minder flexibele) manier van samenwerken dan men gewoon is.
- ▶ Het feit dat men ook in de schoolvakanties een onderwijsaanbod kan voorzien is een argument om DMOB te blijven. Men ziet dit als wenselijk om bepaalde achterstanden in te kunnen halen.
- ▶ Een medewerker van een DMOB gaf ook aan dat ze geen grote meerwaarde zagen in type 5 omdat hun doelpubliek voornamelijk uit leerlingen beroepsonderwijs en buitengewoon onderwijs bestaat, terwijl men verwachtte dat men als de ziekenhuisschool enkel de klassieke vakken zou kunnen aanbieden.

Andere redenen die werden aangehaald, geven mogelijk aan dat het beeld van ziekenhuisscholen bij DMOB-medewerkers niet helemaal correct is:

- ▶ Er leeft het beeld dat het onderwijsaanbod in een ziekenhuisschool intensiever is, wat niet haalbaar zou zijn voor de leerlingen die terecht komen in een k-dienst. (Uit gesprekken met DMOB en type 5 zien we echter geen bewijs van verschil qua intensiviteit.)
- ▶ De DMOB's zien onderwijs als een onderdeel van het therapeutisch traject. Men is bezorgd dat leerkrachten van de ziekenhuisschool minder rechtstreeks betrokken zullen zijn in het therapeutische team. (We zien echter dat er binnen type 5 ook goede praktijken zijn met een sterke samenwerking tussen onderwijs en therapeuten.)

“ik zit in elk multidisciplinair overleg, er is veel persoonlijk contact met de kinderen, ik heb zicht op de therapieën. Vanuit het ziekenhuis hebben we **schrik** dat we diezelfde persoon die bij alles betrokken is niet meer kunnen bieden.” (DMOB)

Gevraagd naar de nadelen van een DMOB t.o.v. een ziekenhuisschool, werd vermeld dat het systeem van vervangingen binnen onderwijs een voordeel is. Ook hebben DMOB's geen toegang heeft tot bepaalde extra tools waar scholen gratis gebruik van kunnen maken (bv. digitale tools, abonnement Klasse, lerarenkaart). Doordat DMOB geen school is, is er geen kruisbestuiving met andere scholen en ook niet tussen leerkrachten van verschillende DMOB onderling. Ook zijn er amper mogelijkheden voor bijscholing, waarbij de vraag gesteld kan worden of dit een impact heeft op de kwaliteit van het onderwijs. Eén lesgeefster heeft er bijgevolg voor gekozen deeltijds les te geven in een school.

“...isolement van een K-dienst. **Studiedagen** of uitwisseling van informatie met het onderwijsveld zou een grote meerwaarde zijn.” (DMOB)



Wat de kosten betreft, is de kostprijs per leerling voor ziekenhuisonderwijs hoger dan DMOB binnen het budget van Departement Onderwijs en Vorming. Uit de gesprekken blijkt dat er hiernaast per DMOB aanvullende middelen ingezet worden.

7.3. Didactische praktijken

Hieronder beschrijven we de didactische praktijken in de DMOB. Deze paragraaf bestaat uit de volgende onderdelen:

- ▶ Leerdoelen en leerstof
- ▶ Aanpak en werkvormen
- ▶ Communicatie
- ▶ Afronding en nazorg
- ▶ Contextfactoren

7.3.1 Leerdoelen en leerstof

Het onderwijs binnen DMOB wordt dus beschouwd als een onderdeel van het therapeutisch traject. Het doel van dit traject wordt meegenomen in de lessen. De lesgevers observeren hoe het kind in de klas functioneert. Tijdens het lesmoment wordt indien nodig uitgeprobeerd welke aanpakken er kunnen werken voor het kind. Prioriteiten voor lesinhoudelijke doelstellingen worden samen met de thuishoofschool bepaald (i.e. op welke vakken wordt er gefocust). Net zoals bij type 5 is er bij de leerlingen in DMOB soms sprake van kinderen en jongeren die komen uit het gewone onderwijs, maar na opname doorverwezen worden naar buitengewoon onderwijs. Pedagogische medewerkers spelen een rol bij deze heroriëntatie. Sommige thuishoofscholen geven volgens de DMOB medewerkers expliciet aan dat ze niet willen dat het kind terugkomt na de opname, doordat het zo moeilijk liep.

Soms wordt onderwijs in de k-dienst gecombineerd met les in de thuishoofschool (bv. het kind gaat één dag in de week naar de thuishoofschool tijdens de opname.) Ook andere maatregelen worden ingeschakeld, zoals School & ziekzijn of Bednet.

Qua lesinhoud, zijn DMOB beperkt door de beschikbare expertise en infrastructuur. Beroepsgerichte opleidingen zijn bijvoorbeeld niet mogelijk. Soms wordt er gekeken hoe dat bepaalde onderdelen toch nog in de thuishoofschool mee gevolgd kunnen worden. De examens van de thuishoofschool kunnen gemaakt worden in de DMOB.

Voor sommige leerlingen wordt beslist het schooltraject even los te laten tijdens de opname (time-out). Eén DMOB gaf aan dat de optie om even het schoolse los te laten expliciet als optie besproken wordt aan het begin van de opname, anderen houden het als mogelijkheid achter de hand.

“Wij vragen het niet maar **bekijken wel als we merken dat het moeilijk loopt**. We voorzien dan wel alternatieve oefeningen.” (DMOB)

“Wij kijken er **impliciet na**. Als ze te **perfectionistisch** is moeten we hun wat ontzien van het schoolse. Maar ook het omgekeerde kan gebeuren. We willen toch graag het schoolse zien als deel van het aanbod voor de leerling.” (DMOB)

Eén medewerker geeft aan dat ze vroeger met trajecten van 6 weken werkten, waar zo veel mogelijk werd getracht bij te blijven op school en het contact met de school te onderhouden. Echter ervaart ze nu meer langdurige opnames, waarbij er ook meer ruimte is om soms wat meer afstand te nemen van het schoolse, gevolgd door



periodes met een focus op re-integratie. Blijkbaar is er dus niet in alle zorginstellingen sprake van een tendens naar kortere opnames.

7.3.2 Aanpak en werkvormen

De lessen gebeuren in kleine groepjes, waarbinnen de leerlingen individueel les krijgen. Qua inhoud wordt meestal het traject van de school gevolgd.

“Alle leerlingen hebben wel een **individueel traject** en we proberen **zoveel mogelijk het leerplan van de school te volgen.**” (DMOB)

Wanneer men het schoolse meer los laat, komen leerlingen toch naar de DMOB medewerker, maar werken ze rond iets anders. Ook in de schoolvakanties zorgt men soms voor eigen invulling.

“Voor de jongeren die ervoor gekozen hebben hun schooltraject los te laten heb ik **zelf werkbundels** gemaakt.” (DMOB)

“Als ik een groep jongeren heb die niet nauwgezet hun schoolwerk moeten opvolgen dan probeer ik ook vaak in groep te **werken rond een thema**. Zoals volgende week is er poëzie week, hetzelfde voor leesweek. Dat zijn momenten dat we samen in groep iets doen. In de **grote vakantie** hadden we het Landenthema.” (DMOB)

Enkele DMOB medewerkers halen aan dat ze een beperkte digitalisering en ICT-infrastructuur ervaren binnen de DMOB in vergelijking met andere scholen en dat dit een knelpunt is. Eén dienst geeft aan dat ze wel beschikken over een tablet voor elk kind en dat dit een meerwaarde is. De extra middelen die de diensten al dan niet kunnen bekomen, beïnvloeden dus het aanbod dat ze kunnen doen aan de leerlingen.

7.3.3 Communicatie

Voor en tijdens de opname wordt door de k-dienst contact opgenomen met de thuishoofschool. Meestal is dit met de zorgcoördinator, het CLB van de thuishoofschool en leerkracht(en). Het doel van deze intake is de noden van de leerling in kaart te brengen en een duidelijk beeld van het kind te hebben. De intake gebeurt vaak aan de hand van een vragenlijst. Ook vraagt men bij deze intake reeds de nodige materialen op (lesmateriaal, verbeterleutels e.d.). Hiervoor wordt soms ook gewerkt met Smartschool.

“Ik vind dat je heel hard merkt als een school een leerlingenbegeleider heeft die uitsluitend dit als job heeft. Dit werkt heel goed.” (DMOB)

“Bij langdurige opname, hebben we om de negen weken contact met de thuishoofschool om te zeggen waar we staan.” (DMOB)

Hieronder bespreken we resultaten van de survey i.v.m. DMOB. Toch kunnen we geen verregaande conclusies maken op basis van deze antwoorden, het aantal respondenten voor deze vragen is beperkt. Verder vermoeden we dat het voor respondenten mogelijk niet altijd duidelijk is wat het onderscheid is tussen DMOB en ziekenhuisschool. De resultaten zeggen wel iets over het *onderwijs in een psychiatrische afdeling*, maar kan mogelijk zowel over DMOB als over type 5 in psychiatrische afdelingen gaan.

Over de kwaliteit van het onderwijs in de kinderpsychiatrie lijken er vragen te bestaan bij een deel van de ouders die de survey invulden. Ongeveer de helft van de beperkte groep respondenten (54%) is tevreden over de kwaliteit van het onderwijs dat hun kind kreeg in de kinderpsychiatrie (% akkoord-helemaal, n=26) en 15% waren helemaal niet tevreden over de kwaliteit. De haalbaarheid van de lessen wordt door de ouders wel algemeen positief ingeschat: 81% van de ouders vindt dat het lessenpakket en het uurrooster van hun kind in de kinderpsychiatrie haalbaar was (% akkoord-helemaal, n=26).



Niet alle ouders lijken tevreden over de communicatie en overleg vanuit de k-diensten i.v.m. onderwijs. 66% van de respondenten vindt dat er voldoende overleg plaatsvindt tussen alle betrokken partijen (kinderpsychiatrie, thuischool, CLB, ouders,...) om het lesprogramma van hun kind te bepalen (% akkoord-helemaal, n=25), maar 20% is eerder of helemaal niet mee akkoord. Slechts 43% van de respondenten vindt dat de kinderpsychiatrie hen voldoende op de hoogte bracht over het schoolse functioneren van hun kind (% akkoord-helemaal, n=28), 18% was hier (eerder tot helemaal) niet mee akkoord. 30% ervaart onvoldoende contact en afstemming was tussen de kinderpsychiatrie en de thuischool van hun kind (n=24). Op vlak van administratie (aanvraag, registratie) vindt 66% van de ouders dat dit vlot verliep (% akkoord-helemaal, n=27). 62% van de ouders vindt dat de verwachtingen van de kinderpsychiatrie en de leerkrachten steeds duidelijk waren voor hun kind (% akkoord-helemaal, n=26; 12% is eerder of helemaal niet akkoord).

Vanuit de scholen is er een kleiner aandeel van de respondenten negatief over de uitwisseling. Zo vindt 72% dat de communicatie met de k-diensten goed loopt (n=43; slechts 9% is eerder ontevreden) en 63% van de scholen is tevreden over de dienstverlening en opvolging van de k-diensten (n=40; 10% is eerder ontevreden, de overige antwoordden "neutraal").

7.3.4 Afronding en nazorg

Op het einde van een opname is er een gesprek met de school, hierbij is ook een psycholoog of een arts-assistent betrokken. De rol vanuit de psycholoog of arts-assistent is de problematiek van de jongeren te kaderen, de rol van de onderwijsbegeleider is om een aantal tips en adviezen op schools vlak mee te geven.

Soms volgt de leerling op het einde van een traject al les in de thuischool, maar overnacht hij/zij/hen nog in de psychiatrische dienst (nachthospitalisatie). Soms wordt er gewerkt met terugkomdagen, waarbij de leerling na het traject af en toe nog een dagje naar de dienst komt en ook les krijgt van de DMOB. Men geeft aan dat er meer financiële middelen beschikbaar zijn gesteld voor het nazorgtraject om de re-integratie naar de thuischool beter op te volgen.

In verband met een vlotte terugkeer naar school, lijken uit het beperkt aantal antwoorden uit de enquête de ervaringen met onderwijs in k-diensten niet steeds positief. Van de 37 directieleden die de vraag beantwoorden, ervaart 66% een vlotte terugkeer vanuit de DMOB naar de thuischool. Van de 22 ouders die de vraag invullen, vindt 8 dat er voldoende informatie verstrekt werd over hoe de terugkeer naar de thuischool zou verlopen. Slechts 4 van de 16 ouders is tevreden over de vlotte terugkeer.

7.3.5 Contextfactoren

Qua belangrijke contextfactor verwijzen de DMOB-medewerkers naar de thuiscontext. Bij gezinnen die een andere moedertaal hebben is het soms moeilijk om af te stemmen of stroomt soms niet de juiste informatie door. Wanneer ouders gescheiden zijn, ervaart men soms een groot verschil in context tussen beide ouders.

Ook de zorginstelling zelf, het therapeutisch team en de andere behandelingen kan net zoals bij type 5 als contextfactor beschouwd worden, zij het dat er bij DMOB automatisch sprake is van een sterke verwevenheid.

Op macroniveau spelen de wachtlijsten voor de psychiatrie een belangrijke rol. Hierdoor zijn leerlingen soms al lange tijd geen les meer aan het volgen eer ze opgenomen worden. Dit maakt het moeilijker voor de DMOB om het contact met de school terug op te bouwen.

"We hebben soms jongeren die in september binnenkomen maar als sinds januari geen school heeft. Dus in realiteit merken we dat er jongeren zijn die al een heel lange tijd geen schoolgelopen hebben omdat de ambulante hulpverlening onvoldoende was of dat er een plaatsgebrek is." (DMOB)



Ook de beperkte toegang tot bijscholing en andere expertise vanuit onderwijs is een contextfactor die de expertise opbouw van de lesgevers beperkt.

7.4. Conclusie

Op basis van de inzichten uit dit hoofdstuk, kunnen we voor deze maatregel een antwoord formuleren op de volgende evaluatievragen:

Hoeveel leerlingen maken gebruik van de verschillende maatregelen, wat is hun profiel, en welke patronen en evoluties kunnen daarin worden vastgesteld: in welke mate worden bepaalde maatregelen ten aanzien van jongeren afwezig omwille van medische redenen meer/minder gebruikt?

Binnen de actuele DMOB's, zien we de laatste jaren een lichte stijging in het aantal leerlingen, in lijn met de toegenomen vraag naar psychiatrische zorg. In 2018 kwamen ongeveer 870 leerlingen in contact met de DMOB. De doelgroep bestaat uit kinderen en jongeren opgenomen in een psychiatrische afdeling waarvoor er geen ziekenhuisschool is. Of een leerling terecht komt in een psychiatrische afdeling met DMOB of met type 5 hangt enkel af van de instelling waar men opgenomen wordt, dit is m.a.w. toeval.

Hoe organiseren de andere organisaties zich om zo snel mogelijk een gepast onderwijsaanbod aan zieke leerlingen te garanderen, bijvoorbeeld inzake inzet van personeel, organisatie, ...? Hoe garanderen ze dat ze de organisatorische capaciteit en het personeel en de expertise hebben om onderwijs aan zieke leerlingen te voorzien?

De DMOB bestaat uit één of enkele pedagogische personeelsleden, aangesteld door de zorginstelling, die onderwijs geven als onderdeel van een therapeutisch traject.

Bij aanvang van de opname wordt contact opgenomen met de school en de CLB's om informatie in te winnen over de leerling en de nodige materialen te verzamelen.

Doordat de DMOB's geen erkende scholen zijn, zijn er in vergelijking met de leerkrachten aan ziekenhuisscholen heel wat minder mogelijkheden voor bijscholing en expertise uitwisseling op vlak van onderwijs. Ook met andere DMOB's vindt geen kruisbestuiving plaats. Dit kan een risico vormen voor de kwaliteit van het onderwijs.

De middelen voor DMOB's vanuit onderwijs worden (alvast bij sommige instellingen) aangevuld met andere middelen.

Op welke wijze worden de maatregelen ten aanzien van zieke leerlingen onderwijskundig vormgegeven? Welke didactische praktijken zijn er (o.a. aard van het aanbod, inhoud, omvang, timing, werkvormen, enzovoort)? In welke mate en hoe wordt er ingezet op betrokkenheid van de zieke leerling?

Leerlingen krijgen individueel les in groepjes. Niet al het lesaanbod kan gegeven worden binnen een DMOB (bv. beroepsgerichte opleidingen zijn moeilijk). Soms wordt les in de DMOB gecombineerd met les in de thuishoofschool. Doordat men als pedagogische personeelslid niet gebonden is aan één of meerdere vakken, kan een flexibel inhoudelijk aanbod gerealiseerd worden. Doordat er maar een beperkte hoeveelheid personeel aanwezig is, zijn er ook beperkingen aan de mogelijkheden van het aanbod (net zoals bij kleine vestigingen van ziekenhuisscholen). Soms wordt beslist onderwijs (even) niet op te nemen, er wordt dan een alternatief aanbod voorzien.

Wanneer het nodig is, worden leerlingen ook tijdens de les geobserveerd en wordt er door de DMOB medewerkers gezocht naar aanpakken die werken voor de leerlingen. Ook heroriëntering kan deel uitmaken van het traject binnen de DMOB.

In tegenstelling tot ziekenhuisscholen, voorzien DMOB's ook een aanbod in de schoolvakanties. Dit is een sterkte bijvoorbeeld bij leerlingen die met grote achterstanden kampen.



Wat zijn de **mogelijkheden** en wat is de **invloed** van de meer veralgemeende introductie van **afstandsonderwijs en blended leren** in het (post-) coronatijdperk op de vormgeving van het onderwijs voor zieke leerlingen?

In welke mate hebben de maatregelen een **meerwaarde** ten opzichte van de in het (post)corona-onderwijs veralgemeend georganiseerde vormen van afstandsonderwijs en blended leren? Zo ja welke, voor wie en onder welke voorwaarden?

Er is geen grote blijvende impact van afstandsonderwijs op het les volgen in de DMOB. Het is gemakkelijker om informatie te verkrijgen via online platformen en sommige vormen van online overleg zijn gemakkelijker.

Wat zijn belemmerende en bevorderende **context- of omgevingsfactoren op microniveau** (in het bijzonder het gezin van de leerling) en hoe wordt hier door de uitvoerende organisaties en uitvoerders rekening mee gehouden?

De gezinssituatie speelt een belangrijke rol, anderstaligheid kan een bemoeilijkende factor zijn.

Wat zijn belemmerende en bevorderende **context- of omgevingsfactoren op macroniveau** (in het bijzonder de regelgeving) en hoe wordt hier door de uitvoerende organisaties en uitvoerders rekening mee gehouden?

Een belangrijke contextfactor is het fenomeen van de lange wachtlijsten voor psychiatrische opnames. Dit maakt dat leerlingen in afwachting op behandeling vaker al een lange tijd niet meer naar school zijn gegaan, waardoor de kloof met het schoolse groot is geworden en het een grotere uitdaging is voor het DMOB om deze te dichten.

In het landschap is er een evolutie waarbij DMOB's overgaan naar type 5 scholen. De meerwaarde van een DMOB in vergelijking met een ziekenhuisschool is dat het meer organisatorische flexibiliteit geeft binnen de zorginstelling in termen van uurroosters (die hetzelfde zijn als die van andere therapeutisch personeel). Er zijn minder reglementaire vereisten, en men kan ook onderwijs in de vakanties aanbieden. Een nadeel van DMOB t.o.v. type 5 is dat er minder uitwisseling en bijscholingsmogelijkheden zijn. Ziekenhuisscholen krijgen heel wat meer middelen dan DMOB. Voor Beleidsdomein Onderwijs van de Vlaamse overheid zijn DMOB heel wat goedkoper per leerling dan ziekenhuisscholen. DMOB's zelf vullen hun budget aan met andere middelen. We hebben geen overzicht op hoeveel en van waar deze juist komen, een uitspraak over de totale kost voor de maatschappij en of de financiering vanuit de meest gepaste bronnen komt, is dus nog niet mogelijk. Verder onderzoek is aangeraden.

De resterende DMOB's blijken niet direct geïnteresseerd in een overstap naar type 5. Een vraag is of binnen de zorginstellingen die momenteel nog met DMOB werken de juiste personen (met management/strategische bevoegdheden) voldoende geïnformeerd zijn over de reglementering, de mogelijkheden binnen type 5 en de financiering om deze beslissing te maken. Zo is één van de redenen die men meegaf dat er in type 5 te weinig integratie zou zijn van het onderwijspersoneel in het therapeutisch team, terwijl ons onderzoek binnen type 5 goede praktijken in kaart brengt die aantonen dat een nauwe samenwerking wel mogelijk is. Andere zaken, zoals eenzelfde statuut van de medewerkers en lesaanbod in vakantieperiodes, zijn meer gegronde elementen die kunnen verklaren waarom sommige diensten DMOB alsnog verkiezen boven type 5. Op basis van het huidig onderzoek kunnen we geen uitspraak doen of de resterende DMOB's al dan niet beter overstappen naar type 5, toch is het wenselijk om dit gesprek doorgedreven te voeren en de voor- en nadelen tegen elkaar af te wegen. Ook input van DMOB's die in het verleden de overstap maakten, zal hierbij relevant zijn.



8 / Bijdrage vrijwilligers(verenigingen), in het bijzonder School & Ziekzijn

Bij de organisatie van het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen worden vrijwilligers betrokken. Dit hoofdstuk bespreekt welke rol deze vrijwilligers opnemen en in welke mate ze dit doen. We hebben daarbij in het bijzonder aandacht voor School & Ziekzijn.

Voor deze organisatie bespreken we achtereenvolgens:

- ▶ De omvang en het profiel van de leerlingen begeleid door School & Ziekzijn
- ▶ De organisatie van School & Ziekzijn
- ▶ Didactische praktijken
- ▶ Relevante contextfactoren in de organisatie van School & Ziekzijn

We beëindigen dit hoofdstuk met een conclusie die refereert naar de evaluatievraag m.b.t. de bijdrage van vrijwilligers verenigingen.

8.1. Bijdrage van vrijwilligers(verenigingen)

Uit de survey leren we dat bij 46% van de bevroegde ouders vrijwilligers betrokken waren bij het onderwijs voor hun zieke kind (n=231). Bij 25% daarvan gaat het om vrijwilligers van School & Ziekzijn. 15% bestaat uit vrijwillige leerkrachten van de thuishoel van hun kind (in de context van TOAH of daarbuiten, dat weten we op basis van de survey niet zeker). Daarnaast worden in sommige gevallen vrijwilligers verbonden aan de thuishoel (medeleerlingen, andere ouders, buurtbewoners, ...) betrokken (4%) of vrijwilligers van organisaties voor huiswerkbegeleiding (2%). Ook 12% van de ouders verwezen naar andere soort vrijwilligers die werden betrokken. Het blijkt daarbij voornamelijk om ouders die zelf lesgeven, privéleerkrachten of vrijwilligers uit het netwerk van de ouders (bevriende leerkrachten, grootouders, ...) te gaan.

Naast ouders, vroegen we ook de scholen in welke mate vrijwilligers betrokken zijn bij het onderwijs voor zieke leerlingen. Bij 47% van de bevroegde scholen wordt beroep gedaan op vrijwilligers (n=90). In 30% van de gevallen gaat het om vrijwillige leerkrachten van de school. Daarnaast nemen voornamelijk vrijwilligers van organisaties voor huiswerkbegeleiding (17%) of van School & Ziekzijn (11%) een rol op. In 4% van de gevallen worden ook andere vrijwilligers betrokken, zoals bijvoorbeeld verpleegkundigen, autismecoaches, cliëntverantwoordelijken, brugfiguren of logopedisten.

We konden daarbij wel vaststellen dat de mate waarin vrijwilligers betrokken worden, verschilt voor het gewoon en buitengewoon onderwijs. Waar in het gewoon onderwijs bij 55% van de bevroegde scholen vrijwilligers betrokken zijn, blijkt dit slechts voor 29% het geval bij de bevroegde scholen in het buitengewoon onderwijs.

In de survey kunnen we daarnaast vaststellen dat voor 38% van de bevroegde scholen het werken met vrijwilligers noodzakelijk is om het onderwijs voor zieke leerlingen te kunnen organiseren (n=90, % akkoord-helemaal akkoord). Daarbij zien we wel opnieuw een verschil tussen het gewoon en buitengewoon onderwijs: voor 48% van de bevroegde scholen gewoon onderwijs zijn vrijwilligers noodzakelijk ten opzichte van 14% van de scholen buitengewoon onderwijs. Daarnaast blijkt ook in het basisonderwijs (46%) de nood aan ondersteuning van vrijwilligers groter dan in het secundair onderwijs (33%).

Ook tijdens het veldwerk werd de nood aan vrijwilligers om onderwijs voor zieke leerlingen te garanderen aangehaald, alsook het tekort eraan op sommige plaatsen. Sommigen roepen zelf op om de werking ervan uit te breiden en te formaliseren.



“Wij werken samen met School & Ziekzijn. [...] Onze ervaringen hiermee zijn heel goed. Het zijn **vakleerkrachten** die we **anders niet hebben** omdat we geen ziekenhuisschool zijn.”
(focusgroep K-diensten enveloppefinanciering DMOB)

“We hebben ook gezocht naar verenigingen die **vrijwilligers** groeperen om **les te geven** maar **dit is er te weinig**. Een organisatie zoals School & Ziekzijn. De laatste keer dat ik gezocht had was dit niet in de buurt. Een idee is **om dit uit te breiden** en **formeler te maken**.” (focusgroep CLB medewerkers)

Vrijwilligers ondersteunen leerlingen, ouders en scholen op diverse manieren. In eerste instantie zijn er vrijwilligers die individuele leerlingen begeleiden om leerachterstand te beperken, zoals bijvoorbeeld vrijwilligers van School & Ziekzijn of van organisaties voor huiswerkbegeleiding (zie 8.2 voor een toelichting over School & Ziekzijn). Daarnaast leveren vrijwilligers een bijdrage door de klaswerking binnen scholen te ondersteunen, zeker om piekmomenten op te vangen. Op basis van het veldwerk blijkt dit zeker van belang in de ziekenhuisscholen of het onderwijs in de k-diensten:

“We hebben ook een 20-tal **vrijwilligers** die ingeschakeld worden **wekelijks voor lessen**, maar ook wanneer het **heel druk** is” (interview ziekenhuisscholen)

“We hebben soms de **vrijwilligers** van het centrum die komen naar de leefgroep om de **klaswerking te ondersteunen**.” (focusgroep leerkrachten type5 revalidatiecentra)

“Ik ben ook heel dankbaar dat **School & Ziekzijn** bestaat. Bijvoorbeeld in de **piekperiodes** zoals de **examens** zijn zij ook heel vaak komen **ondersteunen**.” (focusgroep directie ziekenhuisscholen)

Vrijwilligers worden in deze ziekenhuisscholen/k-diensten tevens ook ingezet om leerlingen te ondersteunen bij Bednet:

“Wij werken met een team van vrijwilligers om Bednet op te volgen en ook het kind te ondersteunen hierin.”
(focusgroep leerkrachten type-5 k-diensten)

“Bednet gebeurt ook met de thuishoofschool. Dit wordt opgesteld met een vrijwilliger bij.”
(focusgroep leerkrachten type-5 revalidatiecentra)

Daarnaast blijken vrijwilligers zeker voor leerlingen met een kwetsbare thuissituatie een belangrijke rol op te nemen. De extra begeleiding brengt voor de ouders geen extra financiële drempels met zich mee.

[Over leerlingen uit een kwetsbare context] “Ik denk misschien ook het feit dat we als vrijwilligers werken, dat daarvoor de ouders dan **geen financieel** plaatje aan hangt. Want in vele gevallen kunnen ouders het zich misschien wel permitteren om een **privé-leerkracht** aan huis te laten komen of om het even waar. [...]. En ik denk dat ook daar S&Z dan een serieuze rol kan spelen om het **kind toch de kansen** te geven om extra lessen te krijgen of extra begeleiding te krijgen.” (focusgroep S&Z)

Tot slot nemen vrijwilligersverenigingen ook een belangrijke signaalfunctie op. Hun werking bestaat in antwoord op de tekorten die ze vaststellen bij de maatregelen ingericht door de overheid. Zolang deze maatregelen volgens de verenigingen tekortschieten en niet alle leerlingen via deze maatregelen ondersteund worden, hebben zij als vrijwilligers een taak te vervullen. Leerlingen die zij via hun aanbod ondersteunen, zijn veelal leerlingen die



onvoldoende beroep kunnen doen op de reguliere maatregelen. Hun bereikte doelgroep legt mee bloot waar, voor wie en welke noden onvoldoende ingevuld worden.

“Ik vind dat heel duidelijk. **Vrijwilligers** zijn er maar zolang de **maatregelen** van de **overheid onvoldoende** zijn. De dag dat die maatregelen al de kinderen kunnen bereiken die er nood aan hebben dan zijn er werkelijk geen vrijwilligers meer nodig. Maar tot op heden is dat toch **nog** bijlange **niet** het **geval**.” (focusgroep S&Z)

“Een **vrijwilligersorganisatie** wordt gebruikt waar de **reguliere voorzieningen** te **kort schieten**.” (interview Klasziekaal)

“Ik wil dus nog eventjes zeggen dat wij sinds jaren een beetje fungeren als **luis in de pels**. Er was een moment [...] dat we **naar het ministerie van onderwijs** gingen om onze cijfers daar bekend te maken en de redenen waarom wij ingezet werden en dat op basis daarvan telkens wel **groepen van leerlingen** - en ik denk nu in de eerste plaats aan tienerzwangerschappen... [...]... die werden **aanvankelijk** ook **niet geholpen**, maar die zijn dan geholpen geworden. [...] Maar zo progressief groepjes die **dan wel aangepakt** worden op basis van wat wij als **vrijwilligers eigenlijk aangegeven hebben van tekorten**.” (focusgroep S&Z)

Wel geven de verenigingen aan dat ondanks het feit dat zij deze tekorten mee helpen opvangen, het de taak van de overheid blijft deze tekorten aan te pakken. Als vrijwilligers kunnen ze namelijk onmogelijk alle tekorten opvangen. In regio's waar vandaag minder vrijwilligers beschikbaar zijn, vallen extra leerlingen uit de boot. Om de tekorten aan te pakken, moet de overheid volgens de vrijwilligers deze tekorten meer en beter detecteren dan hoe dit vandaag gebeurt en is extra ondersteuning voor deze vrijwilligersverenigingen volgens hen nodig.

“Ik denk niets moet voor altijd, maar ik denk alleen zolang dat er tekorten zijn dat men inderdaad **meer moeite** moet doen om die **tekorten** op één of andere manier, om ervoor te zorgen dat die **opgevuld** worden. En dan merk ik dat de **inspanning** die de **overheid** doet om die tekorten echt te **detecteren**... [...] eigenlijk heeft de overheid **alle informatie** om al die zieke leerlingen te kennen en men **doet niets** met die cijfers of met die namen of met wat men eigenlijk heeft. Zolang die tekorten er zijn en er is geen opvang om die gaten te vullen, zijn er wel - ik ging bijna zeggen 'gekken' genoeg - maar ik bedoel eigenlijk **vrijwilligers of organisaties die dat willen doen**.” (focusgroep S&Z)

“En dan merken we bijvoorbeeld in de **andere provincies** - dan spreek ik nu over Antwerpen en Limburg, dat de vrijwilligersverenigingen daar op dit moment om alle mogelijke redenen en met alle respect voor de mensen die dat hebben gedaan [...] werkt daar dus op dit moment niet. En er is **niemand die het initiatief** neemt om dat op één of andere manier een **beetje te ondersteunen**. Ik denk dat daar echt **vraag is naar een betere, zuiverdere ondersteuning** dan dat er is.” (focusgroep S&Z)

8.2. School & Ziek zijn

Eén van de vrijwilligersverenigingen die een belangrijke rol opneemt, is School & Ziekzijn (S&Z) (zie 8.1). Deze organisatie, die sinds 1982 bestaat, heeft per Vlaamse provincie een autonome afdeling (vzw). Samen zijn deze verenigd in de 'Koepel School & Ziekzijn Vlaanderen'. De organisatie is deel van Poziliv sinds 2008. S&Z begeleidt langdurig en chronisch zieke leerlingen van 5 tot 18 jaar die ingeschreven zijn in het basis- of secundair gewoon



onderwijs. De kerntaak van de organisatie bestaat uit het organiseren van individuele kosteloze les- en studiebegeleiding voor zieke leerlingen.

De organisatie doet daarvoor beroep op vrijwilligers. Enkel de verplaatsingen van de lesgevers worden vergoed (via kilometervergoeding). Daarvoor doet S&Z in de eerste plaats beroep op een klein aandeel subsidies (om en bij de 7500 EUR per provincie) die ze ontvangen via het Departement Welzijn van de Vlaamse overheid. Deze middelen worden aangevuld met extra middelen die S&Z verwerft via een actief beleid m.b.t. het ontvangen van giften, sponsoring door bedrijven en acties voor goede doelen. Andere kosten (verzekeringen, administratie (folders, website, vormingen ...), ...) worden ook met deze middelen gedekt. Vrijwilligers worden per provincie gerekruteerd en geregistreerd. Ter illustratie, in de provincie Oost-Vlaanderen waren in 2019 119 vrijwilligers actief, waarvan 91 voor lesopdrachten.

De lessen kunnen zowel thuis of indien beter geschikt op de school van de leerling doorgaan. De inhoud en de duur van de lessen worden aangepast aan de noden van de leerling. De ondersteuning die de organisatie biedt, ziet ze als complementair aan andere initiatieven wanneer deze niet of onvoldoende ingezet kunnen worden (TOAH, Bednet), wachtende is op uitvoering (opname K-dienst), na stopzetting van de maatregel (type-5 school) of tijdens een periode van re-integratie in de thuisschool. De duur van de begeleiding via S&Z varieert van korte tot langlopende (6 maand of langer) periodes. Ook tijdens de schoolvakantieperiodes kunnen begeleidingen doorgaan.

8.2.1 Omvang & profiel

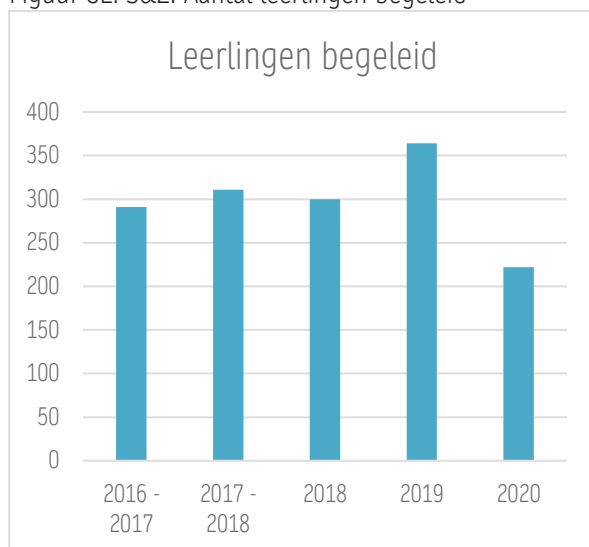


Data S&Z

De gegevens van S&Z worden per provincie geregistreerd. Vanaf 2018 worden de gegevens niet langer geregistreerd per schooljaar, maar per kalenderjaar. We hebben deze geaggregeerd om een totaalbeeld te krijgen voor de werking in Vlaanderen.

In 2019 werden 364 leerlingen begeleid via S&Z. Dat gaat om 0.03% van het totaal aantal leerlingen in het kleuter-, lager- en secundair onderwijs in 2018-2019. We zien een toename van het aantal leerlingen in 2019 en een afname in 2020, omdat er in de coronaperiode geen vrijwilligers aan huis konden gaan.

Figuur 32. S&Z: Aantal leerlingen begeleid

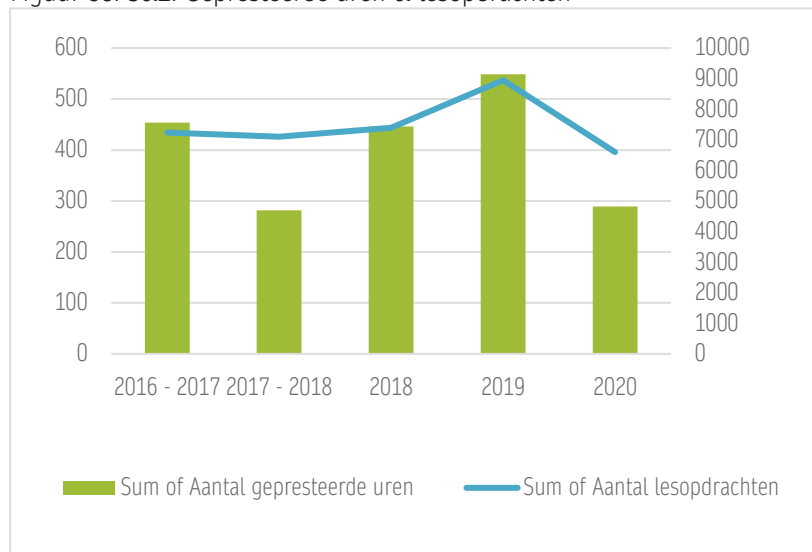


Noot: Vanaf 2018 gebeurde de registratie per jaar i.p.v. per schooljaar



In 2018 werd er begeleiding gegeven voor 444 vakken (dat is ongeveer 1.5 vak per leerling), goed voor 7442 gepresteerde uren⁴³ (ongeveer 25 uur per leerling).

Figuur 33. S&Z: Gepresteerde uren & lesopdrachten



Noot: Vanaf 2018 gebeurde de registratie per jaar i.p.v. per schooljaar

School & Ziek zijn is enkel actief in het gewoon onderwijs en bereikt daar het grootst aantal leerlingen in het secundair onderwijs (85.99%). De focus op het gewoon onderwijs is een bewuste keuze van S&Z in antwoord op hun capaciteit als vrijwilligersvereniging. Daarnaast maken ze de inschatting dat het buitengewoon onderwijs al op meer ondersteuning kan beroep doen en dat het begeleiden van de leerlingen in het buitengewoon onderwijs om competenties vraagt waar niet alle vrijwilligers over beschikken.

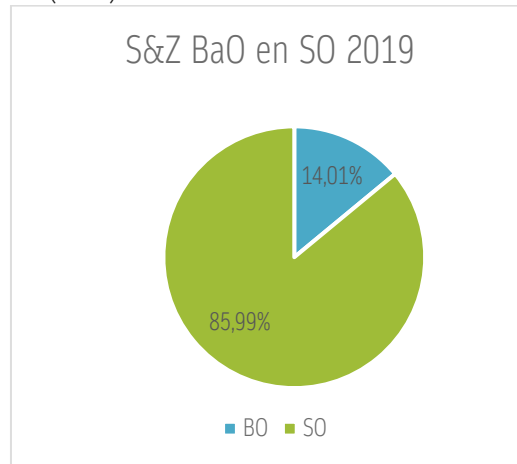
“Ik denk dat we op een bepaald moment **gezien het aantal vrijwilligers moeten afbakenen**. En we hebben die afbakening gemaakt, wij doen **niet het buitengewoon onderwijs**, voor een stuk ook omdat **daar de omkadering toch wel meer** is dan in het gewoon onderwijs en dat we daar misschien **niet altijd de competenties** voor hebben. [...] Wij kunnen niet meer dan dat we al doen.” (focusgroep S&Z)

“Je moet begrijpen dat wij **per provincie** in elke uithoek van de provincie voor elk vak **vrijwilligers ter beschikking** moeten hebben die zowel wiskunde, als talen, als wetenschappen kunnen geven. Dat is wel **heel uitgebreid**. Dat is al **alleen maar voor het gewone onderwijs**. In het buitengewoon onderwijs komen daar nog eens een aantal bijzondere vaardigheden bij waar dat je weer heel andere vrijwilligers voor moet aantrekken en dat maakt het ook wel heel uitgebreid.” (focusgroep S&Z)

⁴³ Omvat lessen, verplaatsingstijd en voorbereiding voor de opstart. Voor dit laatste telt men 10 uur per kind en het omvat: contacten met school en huisbezoek.



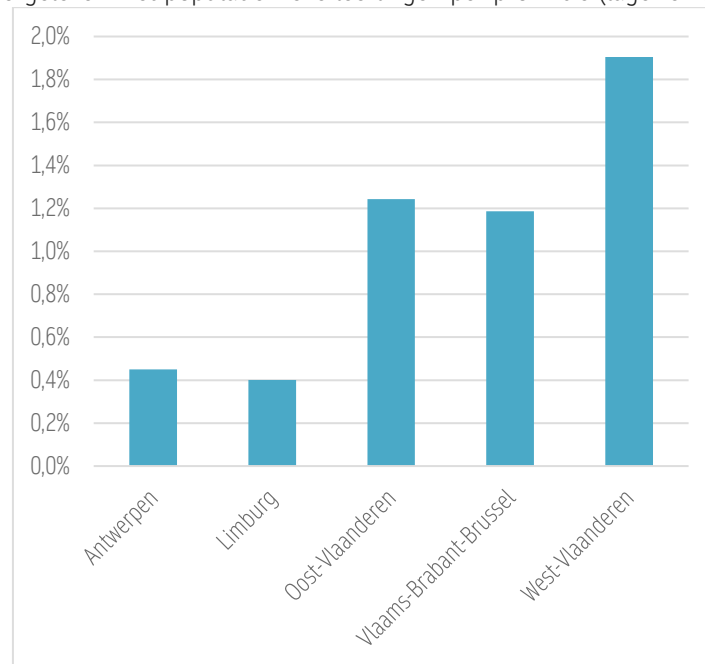
Figuur 34. S&Z: Aandeel BaO & SO (2019)



De meeste begeleidingen vinden verhoudingsgewijs plaats in de provincies West-Vlaanderen, gevolgd door Oost-Vlaanderen en Vlaams-Brabant. Tijdens het veldwerk gaven de vrijwilligers aan dat de minder actieve werking in de provincies Antwerpen en Limburg op dat moment (januari 2022) volgens hen het gevolg was van een capaciteitsprobleem. Een aantal oudere vrijwilligers vonden tijdens de Coronaperiode de omschakeling naar online lessen niet evident.

“Dus dat is ook iets waar wij in de voorbije jaar echt moeten aan werken hebben, om onze wat **oudere** bevolkingsgroep **mee te krijgen** met dat **online lesgeven** hè.”
(focusgroep S&Z)

Figuur 35. S&Z 2019 vergeleken met populatie zieke leerlingen per provincie (lager en secundair) 2018-2019



De vrijwilligers stelden de afgelopen jaren enkele evoluties vast m.b.t. de doelgroep zieke leerlingen die ze begeleidden. Zo ervaren ze dat het aantal leerlingen met een migratieachtergrond en met een psychische problematiek toegenomen is. Daarnaast gaat het meer dan vroeger om complexere problematieken, veelal verbonden met kwetsbare thuissituaties. Het gaat vaak om leerlingen waarbij de scholen zelf er niet of heel moeilijk nog in slagen een geschikt onderwijsaanbod te formuleren. S&Z wordt dan ingeschakeld als een oplossing om deze kwetsbare groep van leerlingen toch onderwijs aan te bieden of tot leren te stimuleren.



“We hebben ook wel vrij behoorlijk **meer dan vroeger** natuurlijk **allochtone** leerlingen”
(Focusgroep S&Z)

Complexere vragen nu, en nog meer **psychische** problematieken dan ervoor. Wat de school en Bednet niet kan oplossen, komt bij ons terecht.” (interview S&Z)

“Ja, het profiel van de leerlingen is eigenlijk geëvolueerd naar heel **complex** gevallen, waarbij de **scholen niet direct een oplossing zelf** kunnen vinden en bij ons terecht komen om mee ondersteuning te bieden.” (focusgroep S&Z)

“Wel het heeft eerder nog te maken met de complexiteit van de **situatie**, wij krijgen vaak toch hulpvragen voor leerlingen die soms al maanden, jaren thuis zitten. Waar eigenlijk niks meer op past. Dus ze zijn nog ingeschreven in een school, maar dat is het ook en ja soms ... De **school weet daar geen weg** mee, maar het is ook niet zo dat wij daar dan direct de oplossing kunnen voor bieden. Het enige wat wij kunnen doen, is laat ons zeggen die leerlingen misschien **weer op weg zetten**.” (focusgroep S&Z)

Tot deze groep van complexere problematieken behoren volgens S&Z ook een groep leerlingen die langer onopgemerkt blijven als zieke leerling. Enerzijds gaat het om een groep zieke leerlingen die van school veranderen bij een nieuw schooljaar. Er is geen overdracht tussen de oude en nieuwe school, in de nieuwe school hebben ze de leerling nog niet/nooit gezien en wordt deze dus gemakkelijker niet opgemerkt. Veelal komen deze leerlingen een paar weken na de start van het schooljaar terecht bij School & Ziekzijn om de leerachterstand te beperken en tracht men de leerling terug tot leren te stimuleren. Anderzijds gaat het om een groep leerlingen waarbij het stellen van de diagnose aansleept, terwijl de afwezigheid van de leerling oploopt. Er wordt dan soms pas laat ingegrepen door ouders of de school.

“Wat wij merken is dat wij elk jaar een aantal leerlingen begeleiden die het vorige jaar in een andere school zaten, nu in een nieuwe school zitten sinds september [...] Het **probleem was er vorig jaar** al, maar doordat ze in die **nieuwe school** terecht gekomen zijn, komt er **geen begeleiding**. Ze kennen die leerlingen niet, die leerlingen zijn er ook niet, ze bestaan alleen op papier en krijgen dus ook geen TOAH, want niemand weet het. Die leraren zijn ook niet geïnteresseerd in iemand die ze nog nooit hebben gezien. Het is een **aparte situatie** die **heel dikwijls** voorkomt. [...] Op een of andere manier vallen die tussen de mazen van het net. En als ze dan op een of andere manier een beetje geluk hebben, blijken ze een kanaal door S&Z toch nog gevonden te hebben tegen dat het half- of eind november is. Dan lopen ze al 2 tot 3 maanden achter op die nieuwe school waar ze nog niet zijn verschenen.” (focusgroep S&Z)

“Als een kind ziek valt, of het nu psychisch of fysisch is van aard, vooraleer de **diagnose** gesteld is, neemt dat **vaak toch weken**, soms maanden [...]. Er wordt soms **pas laat gereageerd door ouders en door de school** waardoor dat kind effectief al **lang afwezig** is. [...] die mensen komen ook bij ons terecht.” (focusgroep S&Z)

Daarnaast behoren tot de groep van complexere situaties volgens S&Z ook een groep 17-, 18-jarige leerlingen. Het gaat om leerlingen die afgehaakt zijn op school en niet meer willen terugkeren. De vrijwilligers van S&Z proberen het leren bij deze leerlingen opnieuw te stimuleren, soms als voorbereiding op het volwassenenonderwijs. Het gaat voor S&Z om een groep leerlingen die niet tot hun initiële doelgroep behoren, maar waarvoor ze toch begeleiding voorzien omwille van een tekort aan andere mogelijkheden voor hen.



“Soms als voorbereiding naar het **volwassenenonderwijs** als het gaat over **17-, 18-jarigen**, die dan toch **niet** meer in staat zijn om examens af te leggen en **naar de school terug** te keren... Ja wij willen altijd werken naar een bepaald eindpunt, maar soms is dat eindpunt voor ons ook niet te zien, niemand meer... Je kan een dergelijke leerling niet aan zijn lot overlaten. Het is soms moeilijk. Wij moeten daar ook altijd over vergaderen om te zien, gaan we dat nu doen of niet. Dat is niet in alle gevallen, dat gaat over, laat ons zeggen zeer **complexe situaties**. Dan vinden we wel, je kan een **leerling** die **nergens nog terecht** kan ook **niet in de kou** laten staan.” (focusgroep S&Z)

Tot slot geeft S&Z aan dat het profiel van hun doelgroep, mee-evolveert met veranderingen bij andere maatregelen of in het beleid. De organisatie vangt veelal leerlingen op die niet (meer) terecht kunnen bij andere maatregelen of in afwachting zijn van de uitvoering van een maatregel:

“We hebben ook heel veel leerlingen die ook in de psychiatrie zitten, die dus bijvoorbeeld op een wachtlijst staan. Maar ja, die eigenlijk **geen les** meer kunnen volgen wegens hun ziekte. Die **eigenlijk in afwachting van hun opname** in de ziekenhuisschool dan, in de K-dienst, **bij ons terecht** komen.” (focusgroep S&Z)

“Ik moet wel zeggen dus, wij hadden ook **veel begeleidingen in de K-diensten** in West-Vlaanderen, maar daar zijn heel wat **subsidies** vrijgekomen een aantal jaar geleden. En **sedertdien** kunnen zij die **begeleidingen zelf** invullen met de leerkrachten die zij hebben.” (focusgroep S&Z)

8.2.2 Praktijken en organisatievormen

In deze paragraaf bespreken we onze vaststellingen m.b.t. de organisatie van S&Z. We gaan dieper in op de volgende thema's: bekendheid van het aanbod S&Z, organisatiestructuur, de opstart van een begeleiding, de rol van de vrijwilliger-lesgevers, de opvolging en de nazorg.

Bekendheid aanbod

Op basis van de survey blijkt dat slechts 23% van de bevroegde scholen weet hoe ze S&Z moeten aanvragen of opstarten. Een duidelijk lager percentage dan bijvoorbeeld de mate waarin scholen deze kennis bezitten voor TOAH (91%) of Bednet (66%) (n=57, % akkoord-helemaal akkoord). Hoewel ze verschillen tussen scholen zien, gaf S&Z tijdens het veldwerk aan zich er bewust van te zijn dat ze een grote groep van scholen/leerlingen nog niet bereikt. Ze ondernemen deels zelf pogingen om deze bekendheid te verbeteren (bijv. via mailings naar scholen en het CLB). Echter vinden ze dat zolang er tekorten zijn die de overheid zelf niet kan opvangen, en waarvoor vrijwilligers inspringen, de overheid zelf de bekendmaking van deze vrijwilligersorganisaties meer en beter kan ondersteunen. Op die manier zouden meer scholen en leerlingen de weg naar hun werking kunnen vinden.

“Ik denk wel dat zolang de maatregelen inderdaad niet zo zijn dat alle leerlingen kunnen geholpen worden, dat de **overheid inspanningen** zal moeten doen om **S&Z meer te verankeren of te ondersteunen**. Of toch meer in hun **communicatiestrategie** naar buiten toe brengen, want dat merken wij **nu** dat dat **onvoldoende** is.” (focusgroep S&Z)

“Anderzijds toch nog even benadrukken dat bij de contacten met de scholen wij nog altijd horen: “S&Z, nog nooit van gehoord”. Wij **mailen tweemaal** op een jaar naar alle scholen, CLBs om ons bekend te maken. Dan hebben ze het... blijkbaar geen zieke kinderen en die mail wordt gedeletet... wie weet wat ze ermee doen. Maar kan de **overheid** niet een



steuntje in de rug geven zodanig dat onze **naamsbekendheid** wat **ondersteund** wordt? “
(focusgroep S&Z)

Daarnaast geven de vrijwilligers aan dat ze tijdens de gesprekken met scholen vaststellen dat niet enkel S&Z onvoldoende gekend is, maar dat scholen veelvuldig kennis ontbreken over andere maatregelen, regelgeving, mogelijkheden voor zieke leerlingen. Voor S&Z kan de informatieverspreiding over het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen efficiënter en zou deze meer gecoördineerd moeten worden.

“Afhankelijk van voorkennis in scholen en CLB's zijn er grote verschillen. Helft van scholen is bekend met maatregelen, andere niet. Sommige scholen hebben bijv. 3 jaar geen ernstig ziek kind, ... dat is dan normaal dat die scholen de regels niet kennen. Want er zijn veel regels en maatregelen, zorgcoördinator wisselt ook vaak in BaO. Zij vindt het niet erg om dat telkens opnieuw te moeten uitleggen, maar dat neemt niet weg dat het wel **veel efficiënter** zou kunnen, bijv. door dat de **informatie al beter toegankelijk** is.” (interview S&Z)

“Ik heb al een paar keer bij een overleg de wet erbij gehaald, dat leerlingen die langdurig ziek zijn, of met een vorm van een beperking, dat de scholen daarvoor een aangepast programma mogen maken, beperkt tot de hoofdvakken. Of kijken naar wat dat die leerling voor het volgend jaar nodig heeft. Het blijkt dat de **meeste leerlingbegeleiders** dat zelfs **niet kennen** hé. Het bestaat, het kan, men mag dat curriculum voor die leerling aanpassen.” (focusgroep S&Z)

Drie profielen vrijwilligers

Om de individuele begeleiding voor zieke leerlingen te kunnen organiseren, maakt S&Z gebruik van een drietal afgebakende profielen van vrijwilligers. Naast de vrijwilliger-bestuurders zijn er dossierverantwoordelijken en lesgevers. De organisatie maakt gebruik van een duidelijke procedure waarbij voor elk van de profielen taken zijn omschreven. De dossierverantwoordelijken focussen zich op de volgende taken: overkoepelende contacten, opstarten van een begeleiding (eerste contacten, huisbezoek, overleg met school), selecteren van geschikte vrijwilliger-lesgever(s) in databank, contacteren van vrijwilliger-lesgever(s) en contact met scholen/ouders tijdens de begeleidingsperiode in geval van problemen. De vrijwilliger-lesgever(s) hebben de taak om contact te nemen met ouder/leerling voor het plannen van de lessen, het verzorgen van de lessen voor de leerling en het contacteren van de (vak)leerkrachten/klastitularis.

S&Z kiest bewust voor de verdeling van deze taken tussen dossierverantwoordelijken en lesgevers. Dit geeft de lesgevers de kans om te focussen op de begeleiding van het kind en ontzorgt hen grotendeels van administratie. Daarnaast trachten ze lesgevers extra te ondersteunen en te beschermen in het geval van problemen.

“In 90% van gevallen gaat het vlot: als school, als vakleraar goed mee werkt, als ze lesmateriaal aan huis hebben, als ouders meewerken en er warme omgeving is waar lesgevers kunnen lesgeven. Loopt het **niet vlot**, dan neemt **dossierverantwoordelijke** rol op, die belt dan naar **ouder** of **school** om **zaken te bespreken**. Bijv. ouder die tijdens lessen tv heel luid zet en niet wil aanpassen, toen hebben ze moeten ingrijpen.” (focusgroep S&Z)

“Wij willen die **contacten** eigenlijk **scheiden**. Als er ergens **communicatieproblemen** zijn, dan kunnen wij die **vrijwilliger beschermen** door zelf dan als dossierverantwoordelijke die overkoepelende rol over te nemen.” (focusgroep S&Z)



Opstart

Na het binnenkomen van een aanvraag via e-mail, een invulformulier op de website, of telefonisch, veelal via ouders of de school, neemt een dossierverantwoordelijke contact op. Daarbij zal deze steeds nagaan of er een medisch attest is en of de leerling ingeschreven is in een school. Voor S&Z is samenwerking met de school belangrijk. Ze richten zich als organisatie op zieke leerlingen en voorzien geen ondersteuning voor leerlingen die niet meer naar school gaan of niet meer gemotiveerd zijn voor school. Deze motivatie vindt S&Z belangrijk omdat het om vrijwillige lesgevers gaat. In de praktijk blijken ze daar wel in het geval van complexere problematieken een uitzondering voor te maken.

“Ik peil toch zeker naar de **motivatie van de leerling**. Waar wij zeker niet aan willen meewerken, is aan het afwezig zijn van jongeren die geen zin meer hebben om naar de school te gaan om diverse redenen.” (focusgroep S&Z)

“Ik wil toch nog even aangeven dat voor **schoolweigerende** leerlingen, dat we daar op een moeilijke balans zitten. Dus niet gemotiveerd zijn maar **gemotiveerd kunnen worden** door er op één of andere manier een **vak** te vinden waar ze misschien ze **toch op één of andere manier mee willen bezig zijn**. Het is in die balans dat we inderdaad soms beslissen van **“voor die leerling doen we het wel”** en voor die kan het blijkbaar niet meer. (focusgroep S&Z)

“Ik vind het ook zeer moeilijk werken als je met **vrijwilligers** werkt, dan is het toch heel **moeilijk als er geen motivatie** is. Dus motivatie van de leerling vind ik toch wel zeer belangrijk.” (focusgroep S&Z)

“De school heeft gezegd om via de examencommissie te proberen. Ondertussen heeft ze nog maar drie examens gedaan. Het is heel moeilijk voor haar. Via via zijn wij met School & Ziekzijn in contact gekomen. Normaal moest ze **ingeschreven** zijn in een **school** om beroep te doen op School & Ziekzijn, maar ze hebben gelukkig een **uitzondering** gemaakt. (focusgroep ouders)”

“Als **ze een kind volledig opgeven**, in sommige gevallen gebeurt dat. Of vragen ze ons van ze te **motiveren** om weer een beetje met school bezig te zijn. Dan is de situatie toch wel veel moeilijker en gaan we wel nog **overleggen**, gaan we het doen of niet doen? In sommige gevallen doen we **het dan ook nog wel**.” (focusgroep S&Z)

S&Z zal bij het eerste contact met de ouders steeds ook aftoetsen of andere maatregelen reeds gekend en afgewogen zijn. Indien andere maatregelen waardevol blijken voor de leerling, zal S&Z de organisatie (bijv. Bednet, de school i.f.v. TOAH) contacteren. Voor S&Z is maatwerk een belangrijk uitgangspunt bij het organiseren van onderwijs voor zieke leerlingen. S&Z wil dat het aanbod voor hen inspeelt op de noden van de leerling en dat men van hieruit tot een doordachte combinatie van maatregelen komt.

“Als ouders bij ons als eerste terechtkomen, dan gaan wij altijd, vragen of dat Bednet of TOAH aangevraagd is. Als zij zeggen [...] neen daar hebben wij nog niet van gehoord. Als wij zelf oordelen dat dit een geval is waar Bednet zeker een rol zou kunnen spelen, dan nemen wij **contact** op met de **regioverantwoordelijke** van **Bednet** voor onze regio.” (focusgroep S&Z)

“Laat ons nog eens benadrukken dat voor elk - daarom zijn er **dossierverantwoordelijken** - dat het **maatwerk** is en dat zouden de scholen ook moeten doen. Er is niet één systeem



dat past voor elk ziek kind. Men moet zoeken binnen het profiel van het kind, de situatie van het kind, het ziektebeeld van het kind, of het nu chronisch is of langdurig, wat is nu **nodig** opdat dat kind het einde van dat schooljaar zou kunnen halen. En **verschillende systemen kunnen elkaar daar de hand geven.**" (focusgroep S&Z)

Vervolgens tracht de dossierverantwoordelijke een overleg in te plannen met de school. Tijdens dit overleg zullen ze steeds eerst naar het zorgplan van de school voor de zieke leerling peilen. S&Z tracht de scholen op hun verantwoordelijkheid aan te spreken om voor elke zieke leerling onderwijs te organiseren. S&Z wil daarbij hun aanbod zoveel mogelijk afstemmen op het aanbod of de mogelijkheden van de school. Ze proberen ook zoveel mogelijk contactgegevens van betrokken leerkrachten te verkrijgen in functie van een vlotte communicatie tijdens de begeleiding.

"De vrijwilligers werken nauw samen met scholen. Zij vragen eerst aan de school: '**wat gaan jullie doen voor dat kind?** Want dat **kind** heeft **rechten**. Wat gaan jullie doen vanuit TOAH en Bednet?' Als dat niet kan ingezet worden, of niet voldoende is, dan is S&Z aan zet." (interview S&Z)

"Op dat gebied heb ik toch wel al een aantal keer... Ja, geprobeerd om zoiets te forceren. Dat ze eens die **knop omdraaien** en het een keer **bekijken vanuit de leerling**, maar niet vanuit hun school. Je kan het vanuit je eigen school bekijken en voilà, dat is wat we willen voor al onze leerlingen. Ik kan daar volledig achter staan, maar je moet het ook eens bekijken vanuit die leerling, die probeert ondanks zijn beperking en ondanks zijn ziekte om toch mee te zijn met de rest." (focusgroep S&Z)

Daarna plant de dossierverantwoordelijke een huisbezoek in. Dit huisbezoek is belangrijk om de context (thuissituatie, diagnose,...) van de leerling in te schatten en na te gaan of en hoe een begeleiding kan opgestart worden. Deze informatie is belangrijk voor de lesgevers. Men tracht goede afspraken te maken met de ouders (bijv. er moet een volwassene thuis zijn wanneer de leerling les volgen). De dossierverantwoordelijke gaat in de databank van S&Z vervolgens op zoek naar een lesgever in de buurt en neemt contact op met de lesgever. Daarna is de lesgever aan zet.

"De eerste stap daarna is een **overleg met de ouders**. We bekijken de **thuissituatie** want die vinden wij heel **belangrijk**." (vrijwilliger S&Z - case Peruk)

"Tijdens dat **bezoek** kan blijken dat **kind** er nog **niet aan toe is om les te krijgen**, bijv. als kind pas vernomen heeft dat het kanker heeft, of bij zware psychische problematiek. Het kind moet in herstelperiode zitten, als kind nog te veel onder druk zit van ziekte, kan je nog geen onderwijs volgen, ook geen TOAH of Bednet. Huisbezoek is er om **in te schatten** of kind er aan toe is om **schoolse leren** terug op **gang te trekken**." (focusgroep S&Z)

Op basis van het veldwerk konden we vaststellen dat ouders tevreden zijn over deze werkwijze. Ook vanuit de scholen werd een vlot contact aangehaald.

"De **opstart** is eigenlijk heel **goed verlopen**. De school heeft hen gecontacteerd. Dan heeft School & Ziekzijn mij opgebeld en zijn ze langsgesproken. Ze zijn toen op zoek gegaan naar een leerkracht maar het is vrij snel gegaan." (ouder - case Peruk)

"Dat is redelijk **vlot** gegaan. Ze hebben gemaild, en dan heb ik de contactgegevens van onze leraren doorgestuurd." (leerlingenbegeleiding - case Staartmees)



Snelle reactietijd

De bovenstaande werkwijze vertaalt zich in de praktijk in een snelle reactietijd waarmee een traject kan opgestart worden. We konden vaststellen dat ouders en scholen deze aanpak, zeker wat betreft de vlotte communicatie, appreciëren.

“Ik heb naar info S&Z een mail gestuurd. Dat was op een vrijdag dat ik die mail had gestuurd. Die maandag daarop belt [S&Z vrijwilliger] me al. Ik leg haar dan uit dat Bednet niet geraakt opgestart en dat het slecht gaat met mijn dochter omdat ze geen doel heeft. Ze vroeg dan meteen om eens af te spreken. Woensdag stond ze aan mijn deur en hebben wij een gesprek gehad. [...]. Maandag laat ze me weten dat ze iemand heeft gevonden [...]. Dus op **minder dan 1 week** tijd heeft ze voor mij **2 mensen gevonden.**”
(ouder - case Staartmees)

Interviewer: “Heb je zicht op **hoe snel** daar dan op gereageerd werd?” Zorgjuf: “Dat was **zeer snel.**” (zorgjuf - case Peruk)

“Ik kan hier **niets negatiefs** over zeggen. De **dag** dat ik een **mail** gestuurd heb, heb ik **al een antwoord** gekregen. De **dag erna** hadden we een **overleg** en de **week erop** begonnen de **lessen al.**” (focusgroep ouders)

Op maat van de leerling en leraar

De werkwijze waarbij dossierverantwoordelijken regionaal een geschikte lesgever zoeken in een database van de organisatie, creëert volgens S&Z een grote meerwaarde. Zij hebben zicht op het geheel van de lesgevers en kennen hun mogelijkheden en beperkingen. Hierdoor kunnen ze op maat van de leerling, maar ook op maat van de leraar, een geschikte combinatie leerling-leraar selecteren. S&Z tracht hiermee de slaagkans op een succesvol traject te verhogen.

“Door het feit dat wij door die dossierverantwoordelijken, zeer goed, van dichtbij weten wat de **kwaliteiten van onze lesgevers** zijn in bepaalde omstandigheden kunnen wij de goede lesgever zoeken, kunnen wij de **gepaste lesgever** zoeken voor het gepaste kind. [...] [...] Door die dossierverantwoordelijke en het gesprek dat wij daar samen over hebben, in functie van dat ene kind te begeleiden, is onze kwaliteitscontrole daar zeer hoog. En dat is absoluut een **meerwaarde** die wij kunnen bieden.” (focusgroep S&Z)

“Vrijdag krijg ik al een mail van haar met de boodschap dat ze ons nog niet vergeten is, maar dat het even wat langer duurt omdat ze **op zoek is naar de juiste vrijwilliger**. Ze had ook direct door dat dat niet iets was dat met de herfstvakantie zou eindigen. Ze vertelde ook zelf dat ze arts was. Ik denk dat zij heel **goed** kon **inschatten** wat de **situatie van Staartmees.**” (ouder – case Staartmees)

“Een mogelijkheid die wij voor alle leerlingen hebben. Namelijk, uitzoeken van wat hebben we als ervaring met die leraar gehad, wat zijn de **mogelijkheden** en de **beperkingen** van die **leraar** en kunnen we die dan **op de beste plaats inzetten**. De dossierverantwoordelijken kennen die lesgevers persoonlijk en professioneel genoeg.” (focusgroep S&Z)

Initiatief

Zowel ouders, scholen, het CLB, als uitzonderlijk artsen nemen volgens S&Z initiatief voor het opstarten van een traject. In de meeste gevallen gaat het volgens S&Z wel om de ouders. Idealiter wordt dit initiatief volgens hen



echter door de scholen genomen. Zij zouden de afwezigheid van een leerling moeten detecteren en hiervoor actie te ondernemen. Dit creëert volgens de vrijwilligers een meer gelijke kans op ondersteuning voor alle leerlingen.

“Ik denk dat in alle gevallen, het beste, **de school met ons contact zou opnemen** op het moment dat **zij zien dat een leerling euh... langdurig afwezig** is. Als die stoel leeg is, dan moet een school toch volgens mij de reactie hebben van ‘waar is die leerling?’, ‘wat kunnen wij voor die leerling doen?’ [...] In de praktijk is het zo dat wij door uh... toch in het ... in het ... **vooral door ouders benaderd** worden. Die wanhopig op zoek zijn naar hulp.” (focusgroep S&Z)

“Als het de toegang naar S&Z betreft, denk ik dat we **alle kanalen moeten blijven** openhouden. Misschien wel een **voorkeurskanaal** kunnen benaderen dat de **school** dat moet doen. Maar tegelijkertijd, welk kanaal het ook is, zolang er gaten zijn in het systeem, moeten we proberen van elk gat te stoppen. En dus inderdaad ervoor zorgen dat **iedereen er naartoe kan**. De moeilijkheid bij ouders ligt erin dat als **ouders** moeten contacteren, dan vraagt dat voldoende...hoe moet ik dat zeggen **lef, draagkracht** van die ouders om dat inderdaad te doen.” (focusgroep S&Z)

Andere organisaties (bijv. ziekenhuizen/type5-scholen, Bednet,...) nemen soms ook een rol op bij de opstart. In sommige gevallen brengen deze organisaties ouders of scholen in contact met S&Z. Het is voor S&Z daarom belangrijke goede contacten en uitwisseling te onderhouden met deze organisaties.

“Een kind wordt rap ontslagen uit het ziekenhuis. Die moet dan thuis nog vaak revalideren. Dus het UZ [...], daar hebben we zeer **goede contacten**. De psychologe daar zal zeggen **aan de ouders: “neem nu contact op met S&Z**, die gaan u thuis kunnen helpen.” (focusgroep S&Z)

Vrijwilliger-lesgevers

Rol vrijwilliger-lesgever

De vrijwilliger-lesgevers zijn in eerste instantie lesgevers. De werking van S&Z is daarrond gebouwd, dossierverantwoordelijken zorgen ervoor dat de lesgevers zoveel als mogelijk op het lesgeven kunnen focussen. Wel blijft het de taak van de vrijwilliger om de (vak)leraren van de leerling te contacteren. Naast de rol van lesgever, nemen de vrijwilligers vaak ook een rol op van vertrouwenspersoon. Deze rol nemen ze niet alleen voor de leerling op, maar ook voor de ouders. Tijdens het veldwerk konden we vaststellen dat leerlingen deze band als positief ervaren:

“Ja dat ging eigenlijk heel goed. Met twee van die leerkrachten had ik een **heel goed contact**. Dat waren heel lieve leerkrachten. Zo één leerkracht, van mijn Frans dan eigenlijk, ben ik af en toe eens iets mee gaan drinken nadat ik gestopt ben met School en ziek zijn. Dus dat was een heel goed contact.” (leerling – case Staartmees)

S&Z geeft daarbij wel aan dat het belangrijk is voor de lesgevers om deze rol van vertrouwenspersoon niet te laten vervagen tot rol van therapeut. Daar trekt de organisatie duidelijk de lijn. Zij voorzien geen therapie. Voor de vrijwilligers is de band die ze opbouwen met de leerling en de ouder wel zeer waardevol. Hoewel niet alle ouders nood hebben aan deze steun, blijkt deze voor sommige ouders wel heel belangrijk.



“Ik herinner mij nog vorig jaar de eerste twee contacten, waren **gewoon een gesprek**, ik gaf toen nog geen leerstof. Dit, om dat kind zodanig op haar **gemak te stellen**, om haar te **overtuigen dat het wel zal lukken**.” (vrijwilliger S&Z – case Peruk)

“Unieke is, men bouwt **sterke band** op met kind, door dat ze aan huis gaan.” (interview S&Z)

“We zijn **geen therapeut-groep**. Maar er is wel op één of andere manier, goh, ik noem dat dan geen therapeutische, maar toch wel een **ondersteuning die ruimer gaat dan het vak alleen**.” (focusgroep S&Z)

“Wat ik ook heel belangrijk vind, is de **band met de familie**. Het is niet alleen met dat kind. [...]. Het is ook een **steun voor die familie**. En voor ons ook de waardering daarvan. Dat vind ik ook heel, heel tof eraan.” (focusgroep S&Z)

“Sommige **ouders** willen dat **contact** en je hebt **ouders** die dat **helemaal niet** doen. Het is wel wat nuanceren. Het is dus niet altijd zo [...] Maar het is ook zo dat we dikwijls de **laatste strohalm** zijn voor die ouders. Dat ze al veel instanties gepasseerd zijn die hen niet geholpen hebben. En als ze daar dan vooruitgang of een positieve evolutie in zien, dan zijn ze sowieso **super dankbaar**.” (focusgroep S&Z)

Om deze vervaging te vermijden, organiseert S&Z vorming voor de vrijwilligers. Op die manier leren de vrijwilligers tot waar hun rol gaat en hoe ze op problemen kunnen reageren tijdens de lessen.

“Dus dat is wel belangrijk en dat is ook waar wij een **vorming** rond gegeven hebben voor onze vrijwilligers, het begeleiden van leerlingen die in de psychiatrie zitten, omdat er daar toch wel **heel wat vragen** rond kwamen. [...] Er zijn leerlingen die eigenlijk bepaalde dingen toevertrouwen aan de vrijwilliger terwijl dat ook niet altijd de bedoeling kan zijn. Wij hebben zo eigenlijk in een vorming, de vrijwilligers al hun vragen laten stellen aan een psychiater die daar dan eigenlijk op geantwoord heeft. Het is dus eigenlijk wel de bedoeling dat wij dus inderdaad **lesgeven** en **geen therapeuten** zijn. Maar het is inderdaad zo dat je **wel een zekere vertrouwensband** opbouwt, dat wel. Maar het is belangrijk om dat inderdaad **gescheiden** te houden.” (focusgroep S&Z)

Verwachte competenties

Voor vrijwilliger-lesgevers blijkt het belangrijk om zowel over een flexibel vermogen, voldoende inzettingsvermogen, als vakinhoudelijke en pedagogisch-didactische expertise te bezitten.

“Wat wij ook tegenkomen is dat als een kind ziek is, wij plots een mail krijgen in de voormiddag: het zal niet lukken, het kind is heel ziek, heeft veel hoofdpijn dus de les zal niet kunnen doorgaan. Je moet dus wel heel **flexibel** zijn.” (vrijwilliger S&Z - case Peruk)

“Momenteel heb ik 3 leerlingen. Het is telkens anders, de methoden zijn anders. **Je moet het echt voorbereiden**. Het gaat niet om ‘het is tijd we gaan eens beginnen met de rest’. Dat gaat niet. Als je een uurtje lesgeeft, hangt er zeker een uur of 2 **voorbereiding** aan vast. (vrijwilliger S&Z – case Peruk)

Opleiding

S&Z heeft oog voor professionalisering. Ze organiseren éénmaal per jaar een vorming. Bij deze vormingen



focussen ze op thema's die gelinkt zijn aan randvoorwaarden met betrekking tot zieke leerlingen. Ze kiezen er veelal voor geen didactische thema's centraal te plaatsen gezien veel vrijwilligers leerkrachten zijn. Uitzonderlijk gebeurt dit toch, zo bijvoorbeeld tijdens de Coronaperiode over 'digitaal onderwijs'. De vrijwilligers ervaren deze mogelijkheid tot bijscholing als positief. Zeker voor een doelgroep van oudere vrijwilligers, blijken de vormingen relevant om hun competenties te actualiseren.

"Normaal is er **geen focus** in de vorming op **didactiek**, want meeste **vrijwilligers** zijn **leerkrachten**. Dit jaar ging het wel over online lesgeven. Daar bleek toch ook veel interesse voor, zeker van de gepensioneerden die daar geen ervaring mee hebben. Dat maakt dat ook atypischere profielen (zonder didactische achtergrond) binnen de vrijwilligers (bijv 'ingenieurs') ook mee 'didactisch' gevormd worden." (interview S&Z)

"Tijdens die sessie over het aanleren van digitaal lesgeven (de Zoom-sessie) waren alle vrijwilligers daar ook aanwezig omdat ze dat ook willen kennen. De respons is zeer groot. De vrijwilligers doen dat allemaal met hart en ziel, helemaal gratis." (Vrijwilliger S&Z, case Peruk)

Terugbetaling onkosten

Hoewel de vrijwilligers vanuit engagement hun rol opnemen en gefocust zijn op het verschil maken bij de leerling, uitten ze een ontevredenheid over de financiering. Voor het dekken van onkosten, zouden ze graag kunnen evolueren naar een werking waarbij men niet meer afhankelijk is van sponsoring.

"Ik wil, ik wil die centen niet uit de weg gaan. Maar ik denk niet dat wij het jammer zouden vinden indien gewoon onze **kosten** gewoon zouden **terugbetaald worden**, zodanig dat wij **geen sponsoring** moeten gaan zoeken. Maar gewoon dat wij kosten maken, voorleggen en betaald krijgen. Dat zou heel gemakkelijk zijn en ik denk niet dat dat het ministerie daardoor failliet zou gaan." (focusgroep S&Z)

Dienstverlening en opvolging

Op basis van het veldwerk konden we een grote tevredenheid vaststellen over de dienstverlening en opvolging die door S&Z wordt geboden. Positieve reacties werden zowel door scholen, leerlingen en ouders aangehaald. Men refereert daarbij naar een goede samenwerking, duidelijke communicatie, hulpvaardige houding van de vrijwilligers, goede matching tussen leerling-lesgever, expertise van de lesgevers, vlot contact met de lesgevers.

Ouder 1: "Als er **één instantie** is waar ik **tevreden** over was, dan is het **School & Ziekzijn**."

Ouder 2: "Ik kan dit enkel en alleen beamen. De leerkracht van School & Ziekzijn belde ook regelmatig om te vragen of het goed ging. Dit was echt mantelzorg." (focusgroep ouders)

"Wij hebben een **ontzettend goede samenwerking met S&Z** gehad. Ik kan daar echt maar een zeer positieve beoordeling over spreken. Dat was zeer **efficiënt**, zeer **concreet**, heel **to the point**, zeer **hulpvaardig**, zeer **duidelijk**,... Echt in superlatieven, het was een ontdekking eerlijk gezegd." (zorgjuf – case Peruk)

"Dat was echt iemand die de **expertise** had. Een zeer rustig persoon die ook [de leerling] kon aanvoelen, die empathisch was. [...] Hij had ook een eigen inbreng, kon ook evalueren,...

Op dat vlak was dat ook zeer positief omdat er echt iemand was ingezet die het **juiste profiel** had." (zorgjuf - case Peruk)



“Dit heeft me geholpen maar ik keek wel op tegen de lessen, want ik zat op een nieuwe school waar ik al een grote prikkeling kreeg. Meester [X] had hier wel **veel begrip** voor. Als ik iets niet wis dan was hij heel **behulpzaam**.” (leerling - case Peruk)

“Als ouder heb ik het ook heel goed ervaren. De **communicatie** was steeds **heel goed**. Na elke les besproken we samen ook wat er gezien werd.” (ouder – case Peruk)

“De **eerste** leerkracht had **niet een super goede band** met Fiene en toen zijn we **veranderd** en het **contact verliep ontzettend goed**.” (focusgroep Ouders)

8.2.3 Didactische praktijken

In deze paragraaf bespreken we onze vaststellingen m.b.t. de didactische praktijk bij S&Z. We gaan dieper in op de volgende thema's: het lessenpakket voor de zieke leerling, de communicatie tussen de lesgevers en de school /ouders, de invloed van de veralgemeende digitalisering t.g.v. Corona en tot slot de terugkeer naar de thuischool.

Lessenpakket

Samenstelling lessenpakket

Tijdens het overleg met de school of met de ouders wordt bepaald voor welke vakken de leerling begeleid zal worden. De meeste begeleidingen worden gegeven voor wetenschappen, wiskunde en Frans. De keuze van de vakken is afhankelijk van verschillende factoren. In eerste instantie zullen de dossierverantwoordelijken bij de school polsen hoe zij de leerling inschatten en voor welke vakken zij begeleiding zouden aanraden. Deze inschatting blijkt niet altijd evident voor de scholen volgens de vrijwilligers. S&Z zal zelf altijd trachten de keuze te baseren op het zorgplan of geïndividualiseerd plan van de school voor de leerling, indien dit aanwezig is. Het is voor S&Z vooral belangrijk om doelgericht te kunnen werken: het beperken van leerachterstand en het bevorderen van de slaagkans op het einde van het schooljaar staat daarbij voorop.

“Het is voor de **school** ook een **uitdaging** dan om te gaan **inschatten** wat die leerling zelf ook, wat een zieke leerling, hoe dat zij dat in perspectief van bijvoorbeeld een jaar moeten kunnen gaan zien en wat dat er mogelijk is voor die leerling. Dat is voor de scholen nog moeilijk om dat eigenlijk soms nog ten gronde in te schatten.” (focusgroep S&Z)

“Eén van onze doelen is [...] dat we **doelgericht** kunnen werken. Dus welk doel is er voor dat kind? Welk startplan is er uitgetekend? Naar welk doel kunnen we toewerken? Heeft dat kind nog kansen om het jaar te halen? Het samen met de school aan een doel werken, dat vind ik toch wel heel belangrijk.” (focusgroep S&Z)

Bij het maken van de keuze van de vakken wordt daarnaast rekening gehouden met het profiel van de leerling. Zo zal de keuze voor langdurige afwezige leerlingen anders zijn dan voor chronische. Daarnaast heeft S&Z het gevoel dat afhankelijk van het tijdstip binnen een schooljaar ook andere keuzes worden gemaakt. Scholen zouden inschikkelijker worden naarmate het schooljaar vordert. Waar leerlingen bij de start van een schooljaar vaak nog voor alle vakken examens moeten afleggen, komen ze tegen het einde van het schooljaar meer tot een selectie (bijv. enkel de hoofdvakken) volgens de vrijwilligers.

“Bij chronisch sowieso hebben we altijd contact met de scholen en wordt er afgetoetst binnen een **zorgplan** ‘wat heeft dat kind nodig?’ Als het **langdurig** ziek is, welke vakken moeten wij geven opdat het kan **slagen op het einde van het jaar**. Een aantal kleine vakjes vallen dan soms weg als de klassenraad dat beslist. Wat **chronisch** betreft, welke zijn vakken die af en toe gemist worden omdat dat kind onregelmatig naar school gaat vb. een



mucopatiënt, en dan wordt vooral naar de **hoofdvakken** gekeken en dan is daar misschien een vak dat hij zelfstandig niet kan verwerken, maar met hulp van ons toch kan zijn schooljaar afmaken. (focusgroep S&Z)

“Ik heb persoonlijk de indruk dat als een aanvraag gebeurt in het **eerste trimester**, dus tussen september en december, dan denken de scholen: ‘ja, dat kind moet **alle examens** afleggen. Alles. Die moet bij zijn met alle vakken, er valt niets weg.’ Als de aanvraag gebeurt eerder naar de paasvakantie toe, zo in de **maand maart, april**, dan is dat al een heel ander verhaal. Dan heb ik de indruk, op dat moment, dat de scholen wel **inschikkelijker** zijn en zeggen: ‘kijk ze moeten **enkel de hoofdvakken** bijhouden of die vakken waarop er **volgend jaar gaat opgebouwd** worden.’ [...] En ik begrijp dat ook wel ergens. De school denkt: ‘kijk, dat kind is ziek voor een bepaalde tijd en die gaat dat nog kunnen inhalen.’ Maar dat is toch wel lastig op dat moment om alle vakken bij te werken in het eerste trimester. Dat is wel zo.” (focusgroep S&Z)

Wanneer S&Z wordt ingeschakeld in aanvulling op TOAH, Bednet of de ziekenhuisschool dan zullen de gekozen vakken afgestemd worden op de vakken die reeds door de andere maatregelen voorzien worden. S&Z mag volgens de organisaties daarbij niet als louter vangnet gezien worden. Het gaat om een samenwerking.

“Wiskunde wordt dan gegeven ofwel door de TOAH-leerkracht, ofwel door een lesgever van S&Z. Omdat het soms inderdaad niet altijd even gemakkelijk is om af te spreken. Dus wij houden dat wel gescheiden. Of als ze een vak volgen via Bednet, dan gaan **wij dat vak niet gaan begeleiden**, dan wordt er **een ander vak afgesproken**.” (focusgroep S&Z)

“Maar ik weet dat we dat toen wel bekeken hebben voor een bepaalde leerling zodat er toen thuis **een groter aanbod** kon zijn en dat was dan de combinatie **TOAH en School & Ziekzijn**. En ik denk dat er toen twee **verschillende vrijwilligers** bij hem of haar zijn langsgelopen thuis. Dus dat was voor die leerling zeker **positief**.” (focusgroep ondersteuningsnetwerken)

“School & Ziekzijn mag echter **niet** opgevat worden als een **vangnet** want ze doen veel meer. Het is ook **een samenwerking**.” (focusgroep directie ziekenhuisscholen)

S&Z begeleidt tot twee tot drie verschillende vakken. Voor het secundair onderwijs wordt veelal per vak een lesgever gezocht, voor het basisonderwijs gaat het daarentegen vaak om één leraar. Deze focus veelal prioritair op taal en rekenen, maar in veel gevallen heeft deze tussendoor ook aandacht voor muzische aspecten. Bij lange begeleidingen zal soms toch ook voor meerdere leraren geopteerd worden.

“Voor het lager onderwijs is het goed dat er een onderwijzeres of een onderwijzer ingezet wordt en die neemt dan vooral taal en rekenen op haar of zijn schouders. De andere vakken worden niet gevraagd, maar **een goede onderwijzer** die gaat ook een **verhaaltje** vertellen, die is ook met zijn **blokfluit** bezig, met zijn gitaar. Die doet van alles tussendoor, die **knutselt** al een keer met die kinderen, maar **taal en rekenen staan prioritair** en worden meestal niet opgesplitst. Het is één persoon die bij dat kind gaat om dat kind te helpen weer aansluiting te vinden bij de klas.” (focusgroep S&Z)

De keuze van het lessenpakket blijkt tot slot sterk afhankelijk van de school. Sommige scholen blijken soepeler dan andere scholen bij het maken van keuzes.



“Het is ook zeer **afhankelijk van de school**. Soms heb je het gevoel: ‘de school begrijpt de problemen van die leerling, wil daar ook mee aan de slag en is ook bereid om een degelijk zorgplan op te stellen.’ Maar het kan evengoed zijn dat de school helemaal niet soepel is, en ja... Blijft eraan vasthouden dat ook een kind dat compleet leerjaar afwezig is, alle mogelijk vakken moet afleggen. Zonder dat daar ook maar een beetje een toegeving is.”
(focusgroep S&Z)

Inplanning lessen

Nadat de lesgevers gecontacteerd zijn door de dossierverantwoordelijken, nemen zij contact met de ouders/begeleiders van de leerling. Ze maken praktische afspraken: waar en wanneer de lessen zullen doorgaan. Deze kunnen thuis doorgaan, maar evenzeer in de schoolse context (thuischool, ziekenhuisschool, k-dienst,...). Soms wordt omwille van deze flexibiliteit specifiek voor S&Z gekozen in plaats van TOAH.

“Wel is het al eens voorgekomen dat een **school gekozen** heeft voor **School en ziek** zijn en niet voor TOAH omwille dat **TOAH-begeleiding niet op het school domein** gegeven mag worden terwijl dit bij **School en ziek** zijn wel mag..” (interview Klasziekaal)

Naast flexibiliteit over de locatie, is S&Z ook flexibel in de tijd. Ze blijven begeleiding voorzien doorheen de schoolvakanties. Zeker voor leerlingen die via een gespreid traject examens afleggen in augustus biedt dit een grote meerwaarde. Zij kunnen tijdens de zomermaanden verder begeleid worden in voorbereiding op de examens.

“Zij zijn **enige organisatie** die **doorheen vakantie blijft doorwerken**. Er is regel dat bij zieke kinderen **examens gespreid** mogen worden over **juni en augustus**, bijv. helpt examens in augustus. Maar tijdens de grote vakantie is er dan **geen TOAH of Bednet** en dan komt men **bij S&Z terecht**. [...] Dat zijn zo dingetjes die vergeten worden. Er is regelgeving: ‘je kan examens splitsen’, maar men denkt er dan niet aan: ‘wie gaat die lessen geven’.” (interview S&Z)

1-op-1 begeleiding

Een grote meerwaarde van S&Z is de individuele begeleiding voor leerlingen die ze bieden. Leerlingen en ouders ervaren dit als zeer waardevol. De begeleiding is hierdoor op maat en daardoor effectiever.

“Hier zit je één-op-één, wat jij niet snapt, die kunnen daar **meteen op ingaan**, die kunnen direct zien van ze heeft het door of niet door.” (leerling - case Staartmees)

“Hier, het is hier rustig, je kunt op je **eigen tempo** werken. Ik weet dat dat belangrijk was, die zagen ook van voor Staartmees gaat het niet meer, nu gaan we stoppen voor vandaag, dat kun je in de klas niet zien natuurlijk.” (ouder - case Staartmees)

“Ik vind het feit dat we **individuele begeleiding** [...] dat is denk ik onze **sterke kant**. Want je kan van dichtbij een leerling 1 op 1 begeleiden. [...] ik vind dat belangrijk en dat individueel begeleiden dat dat echt **stappen vooruit geeft aan die leerling**..” (focusgroep S&Z)

“Dat kan ook een **thuissituatie** zijn, waar het moeilijk is om met afstandsonderwijs of iets dergelijks bezig te zijn. Dat kan ook het **ziektebeeld** zijn, **complexiteit moet u zeer ruim** zien hé. Een kind dat al maanden sukkel met psychische problematieken, daar zit ook vanalles achter, daar zit ook vanalles achter. **Individuele hulp** is dan de beste manier om die kinderen terug **goesting** te doen krijgen voor het onderwijs, een beetje **perspectief** voor de toekomst geven.” (focusgroep S&Z)



Communicatie met thuischool

Wanneer de vrijwilliger-lesgevers op de hoogte zijn gebracht, contacteren zij de (vak)leerkrachten van de leerling. Dit doen ze om kennis te maken, lesmaterialen te verkrijgen, de capaciteiten van de leerling in te schatten. Doorheen de begeleiding is een vlotte uitwisseling met deze leerkrachten belangrijk (voor onderwerpen, materialen uit te wisselen). De lesgevers van S&Z geven op regelmatige tijdstippen ook feedback aan de (vak)leerkrachten/klastitularis. Een goed contact met deze (vak)leraren is belangrijk voor de vrijwilligers om de leerachterstand van de leerling te beperken.

“We hebben altijd medezeggenschap en we geven ook **feedback**. Niet iedere week, we moeten ons niet heiliger voordoen dan de paus maar het gebeurt dat wij op **regelmatige tijdstippen** feedback geven over wat nog niet gekend is en wat wij ondervinden. En ook de **titularis** die geeft wekelijks de **onderwerpen** mee.” (vrijwilliger S&Z - case Peruk)

“Doorgaans verloopt dat **contact met vakleerkrachten goed**. Is er voldoende **materiaaloverdracht**, goeie **afspraken**, want je mag niet vergeten dat lesgevers van ons ervoor moeten voor zorgen dat die **leerling later in de klas aansluit**. Dus wat hij geeft of wat zij doet, dat dat echt wel is zoals het in de klas gebeurt. Dus dat **contact** is heel **belangrijk**.” (focusgroep S&Z)

De vlotheid waarmee men de leraren in de thuischool kan bereiken, hangt volgens de vrijwilligers van school tot school en van leraar tot leraar af. Met een kleine groep van leraren blijkt de communicatie niet vlot te verlopen (bijv. moeilijk bereikbaar, materialen worden niet goed gedeeld op de leerplatformen,...). Wanneer communicatie niet vlot verloopt, nemen vrijwilligers (veelal de dossierverantwoordelijken) contact met leerlingbegeleiders of directie.

“Er zijn natuurlijk **verschillende soorten leerkrachten**. Laat ons zeggen dat voor de **overgrote meerderheid** gaat dat **goed**. Toegang tot cursussen, smartschool enz. En soms loopt dat wel een beetje fout en dat heeft dan dikwijls te maken met een **vakleerkracht** die het **allemaal niet zo goed ziet zitten** en daar **niet graag nog wat tijd** aan besteedt. In dat geval gaan wij terug naar de **leerlingbegeleider** en zelfs naar de **directie** op het moment dat het blijkt dat dat niet loopt zoals het zou moeten. Maar dat zijn **uitzonderingen** hé, dat is niet de regel. Normaal gezien loopt dat vlot.” (focusgroep S&Z)

“En als dan alle gegevens daarop [Smartschool] staan, dan is dat eigenlijk wel gemakkelijk werk. Maar ook weer hier zijn er **leerkrachten** die **daar niets op zetten** he. Dus ook daar he... ja... is er **een verschil**.” (focusgroep S&Z)

Toegang tot Smartschool

Om een vlotte communicatie tussen de lesgever en de leraren van de thuischool mogelijk te maken, biedt het krijgen van een toegang tot Smartschool grote voordelen voor de vrijwilligers (contacten verlopen vlot, materialen worden vlot uitgewisseld, men heeft toegang tot verbeterleutels, de leerling kan vlot worden opgevolgd). Het krijgen van een toegang blijkt echter niet in alle gevallen mogelijk. Soms dient de vrijwilliger dan noodgedwongen het account van de leerling te gebruiken, wat niet ideaal is voor de leerling en zijn/haar privacy. Sinds de Coronapandemie blijkt het verkrijgen van accounts wel vlotter te verlopen volgens de vrijwilligers.

“Ja, ik geef de contact gegevens van leerkrachten door. Zo kunnen ze onderling mailen. Ze vragen soms ook naar een **SmartSchool** account, maar dat kunnen we **niet voor iedereen** omdat dat ook **geld kost** om dat aan te maken. Voor de ziekenhuisschool voorzien we dat wel, maar voor leerkrachten van **School & Ziekzijn** is dat **moelijker**. Voor de



ziekenhuisschool is dat dan ook voor een aantal maanden, en dat is dan ook één titularis die de aanvraag doet." (leerlingenbegeleider - case Staartmees)

"Op dit moment [...] als er een **goeie Smartschool** is, én een **goeie vakleerkracht**... Dan heb je **heel vlot de cursus**. Dan heb je ook **verbetersleutels** en dat is zeer aangenaam om mee te werken. Maar dat is **niet altijd zo het geval**... maar ik vind wel dat dat de laatste tijd zeker **sinds corona meer en meer** is. Dus ge vraagt toegang voor uw lesgever op Smartschool en dat ja uhm... laat ons zeggen een uur nadien is dat in orde. [...]. Ik vind dat persoonlijk als lesgever echt wel een **meerwaarde** als ge dat via die **Smartschool** alles kan **opvolgen van die bepaalde leerling**." (focusgroep S&Z)

[Dossierverantwoordelijke X] had mij gevraagd vraag aan de school of onze leerkrachten van school en ziek zijn ook een smartschoolaccount krijgen. Dan kunnen zij met de leerkrachten communiceren. We hebben van de **school** antwoord gekregen dat ze al veel **te veel accounts moeten aanmaken en afsluiten**. We kregen dus het antwoord dat dat **niet mogelijk** was. Dan hadden we het idee om te werken **via het account van Staartmees**. We hebben dus haar inloggegevens gegeven aan die leerkrachten. Dat betekent natuurlijk wel dat ze altijd **precies in naam van Staartmees** sturen en dat zij eigenlijk **helemaal in het profiel van Staartmees** kunnen kijken. Maar dit was onze **enige optie**." (ouder - case Staartmees)

Ontzorging voor leerling en ouder

Het opnemen van de communicatie met (vak)leraren/klastitularis betekent een grote ontzorging van de leerling en ouder(s). Deze communicatie komt er voor hen vaak bovenop hun ziekte nog eens bij, wat voor de leerling en diens ouders niet altijd evident is. Tijdens het veldwerk stelden we vast dat door deze ontzorging leerlingen minder stress ervaren:

"Dat was eigenlijk heel goed want die namen ook zo die mails van mijn leerkrachten over enzo. Die hielden echt zo mijn les bij, dus die probeerden echt **de last voor mij te verminderen**. Ik moest gewoon opletten naar wat zij zeiden en soms eens wat dingen maken dat ze vroegen, maar alles daar rond, het contact met de leerkrachten enzo, dat namen zij dan over. Dat was dus wel **een stress die wegviel** en over School & Ziekzijn ben ik wel heel positief." (leerling – case Staartmees)

"Op dat moment **kon ik de vakken** die die leerkrachten van school en ziek zijn opnamen **loslaten** want die **namen dat helemaal in handen**. Die zorgde ervoor dat zij de nodige info kregen want anders was dat ook wel moeilijk voor Staartmees. Want Staartmees stuurde dan mails naar leerkrachten en van sommige leerkrachten kreeg ze niet altijd antwoord. Voor Staartmees was dat **een geruststelling** dat die **leerkrachten dat nu op zich namen**." (ouder – case Staartmees)

Invloed veralgemeende digitalisering t.g.v. corona

Het coronavirus had ook impact op de werking van S&Z. Sommige lessen konden niet doorgaan. Bij de meeste trajecten trachtte men oplossingen te zoeken: schermen werden gezet of men schakelde naar online lessen. Deze omschakeling was niet altijd evident. Voor vrijwilligers op leeftijd was het besmettingsgevaar groter waardoor huisbezoeken minder evident waren en ook de omschakeling naar online lessen was voor hen niet altijd evident. Ook voor sommige leerlingen was het besmettingsgevaar soms te groot om een les thuis te laten plaatsvinden of bleek de toegenomen schermtijd niet evident.



“Wat ik ook moeilijk vond was dat het **constant online** doorging en dat ik **veel op een scherm** moest kijken.” (leerling – case Peruk)

Terugblikkend op de pandemie halen de vrijwilligers een aantal veranderingen aan waarvan sommige duurzaam verdergezet zullen worden binnen de organisatie:

- ▶ Dankzij de pandemie verloopt het verkrijgen van toegang tot Smartschool en andere digitale platformen vlotter. Op die manier kunnen de vrijwilligers gemakkelijker leermaterialen downloaden, hebben ze toegang tot meer leermaterialen en tot de verbeterersleutels. Ze kunnen zich hierdoor beter voorbereiden op een begeleiding en meer adequate feedback aan de leerling geven.

“Sinds Corona, zijn de **scholen** daar [het geven van een account] wel **veel inschikkelijker** in geworden. Voorheen was dat absoluut niet het geval en beschermden ze hun vakleerkrachten enorm. Maar dat is wel **duidelijk vooruitgegaan**. En wij vragen dus ook altijd uh een mogelijkheid om **digitaal materiaal** te kunnen **downloaden** omdat er in bepaalde gevallen toch ook door onze vrijwilligers op afstand les kan gegeven worden omwille van coronaredenen.” (focusgroep S&Z)

“Ze zeggen: wij werken met dat **platform**, wij geven u een code zodat u telkens erin kunt als leerkracht. Wij kunnen **zowel de handboeken als bordboeken** ook gebruiken met de code. Zo weten wij wat ze elke week gaan zien. Wij gaan kijken haar het handboek en bordboek en wij kunnen ofwel herhalen ofwel voorbereiden met de leerlingen. (vrijwilliger S&Z - case Peruk)

- ▶ Als organisatie zullen ze nooit volledig schakelen naar online lessen. Fysiek contact tijdens een begeleiding blijft belangrijk voor de organisatie, zeker ook om voldoende aandacht te kunnen blijven hebben voor het opbouwen van een goede band met de leerling. Wel zullen ze in de toekomst dankzij de pandemie naar een blended aanpak evolueren. Online begeleidingen zullen daarbij vooral ingezet worden wanneer de verplaatsingsafstand tussen een lesgever en leerling groot is. Voor sommige vakken (bijv. wiskunde, economie,...) vindt men niet altijd vlot een vrijwilliger. In deze gevallen zal men in de toekomst gemakkelijker voor een online les opteren opdat de leerling op die manier toch voor het vak begeleid kan worden.

“Wij gaan zeker **nooit** naar een **volledige online begeleiding**. Maar het is wel zo dat wij een **menging van online en fysisch lesgeven wel zien zitten**. Uh ik denk bijvoorbeeld maar aan... er is bijvoorbeeld **een tekort aan wiskundeleerkrachten**. Als die bijvoorbeeld op een **grote afstand** wonen, dan zou het mogelijk zijn om een **deel online les** te geven en dan een afwisselend met fysisch verplaatsen te gaan. Omdat het toch altijd nodig is om fysisch ter plaatse te zijn. Alleen maar online lesgeven is niet ideaal.” (focusgroep S&Z)

“Maar **aanvullend om opdracht** te geven, de kinderen tussen de fysieke begeleidingen door te stimuleren, gaan we **dubbele didactiek (online en fysiek)** blijven inzetten in de toekomst. Duits en economie hebben we **iets minder lesgevers** van, die moeten dan vaak meer kilometers rijden om een kind te bereiken. Dat is met **corona wel gewijzigd**. Als iemand nu vanuit Beveren economie vraagt en de lesgever komt uit Gent, dan zullen we aan het gezin vragen of ze het zien zitten dat bij dat vak online les wordt gegeven.” (interview S&Z)

- ▶ Dankzij de pandemie vindt er gemakkelijker overleg plaats met de school en eventueel andere betrokken partijen omdat dit online kan, waardoor men zich niet moet verplaatsen.



“Soms is er een **overleg, sinds corona** is dat dan **online**, waardoor je **vlotter** eens een overleg hebt **over een bepaalde leerling** hebt, want anders wordt het moeilijk om allemaal op hetzelfde moment ergens naartoe te rijden. En dan zit niet iedereen der bij maar dan kan het inderdaad dat dat er TOAH-leerkrachten bijzitten en onze lesgevers of de dossierverantwoordelijke als als vertegenwoordiger.” (focusgroep S&Z)

Toch zijn de vrijwilligers ook kritisch. Volgens hen hebben in sommige scholen de groep van zieke leerlingen tijdens de pandemie niet voldoende aandacht gekregen. Het aanbieden van online lessen is volgens de vrijwilligers geen oplossing voor alle zieke leerlingen.

“Veel scholen hebben gedacht **‘we zijn nu toch online bezig, die zieke kinderen kunnen dan ook online volgen’**. Maar dat **lukt dus niet zomaar voor zieke kinderen**. Bednet of online les vanuit de school, dat lukt voor sommige, maar voor anderen echt niet. Zieke kinderen zijn tijdens corona volgens haar **nog iets meer dan anders vergeten** groep geweest.” (interview S&Z)

Terugkeer en nazorg

Een begeleiding door S&Z kan enkele weken doorgaan, maar in sommige gevallen begeleiden ze leerlingen voor meerdere jaren. Dit hangt voornamelijk af van het ziektebeeld volgens de vrijwilligers. De begeleiding wordt stopgezet wanneer ouders aangeven dat de leerling terugkeert naar school. In sommige gevallen, wanneer de leerachterstand nog onvoldoende weggewerkt is, wordt de begeleiding nog even verdergezet. Dit gebeurt dan 's avonds of tijdens het weekend.

“Begeleidingen kunnen lopen van 3 to 4 weken tot 4-5-6 jaar he. Naargelang het ziektebeeld van het kind. [...]. Wanneer stoppen we? Als de mama ons vertelt van volgende week gaat onze zoon weer naar school, dus hij is voldoende hersteld. Dan wordt overwogen om te stoppen, behalve als de leerachterstand nog niet voldoende ingehaald is, dan kan dat kind terug naar school gaan, maar lopen wij nog even mee door. Dan nog op avonden ofzo of de zaterdagvoormiddag tot dat dat kind volledig bijgebeend is. Die verantwoordelijkheid nemen we zeker. Maar uiteraard is het ziektebeeld dat vooral bepalend is wanneer we stoppen.” (focusgroep S&Z)

Na afloop van een traject wordt een financieel- en eindverslag ingediend door de vrijwilliger. In dit eindverslag geeft de vrijwilliger feedback over het traject, de situatie van de leerling, en ook hoe het contact met het gezin en de school is verlopen.

Op het einde van een schooljaar contacteren de dossierverantwoordelijken de ouders en scholen waarvan ze leerlingen begeleid hebben en polsen naar de slaagcijfers. Op die manier proberen ze hun effectiviteit te monitoren.

“**80% van kinderen slaagt** voor de vakken die ze bij ons gevolgd hebben. Voor de hele groep is er **2/3 die slaagt op het einde van het jaar**, dit mede of onder andere door onze ondersteuning. TOAH, Bednet en S&Z samen zorgen dat kinderen slagen.” (interview S&Z)

8.2.4 Contextfactoren

De sociaaleconomische status van een leerling en de thuiscontext hebben ook in het kader van S&Z een belangrijke impact. Deze impact manifesteert zich voornamelijk op twee momenten: om toegang te vinden tot



S&Z en bij de begeleiding. Gezinnen met een kwetsbare thuissituatie ervaren meer drempels om bij S&Z terecht te komen. De ouders kennen de werking minder, alsook is het contacteren van de organisatie om een aanvraag te doen minder evident. Volgens S&Z is het daarom uitermate belangrijk dat scholen zelf een opstart voor een leerling initiëren. Op die manier worden meer gelijke kansen gecreëerd voor alle leerlingen. Daarnaast heeft de thuissituatie ook impact op de begeleiding (bijv. taalachtergrond ouders, voldoende plaats om les te geven in de thuisplek, IT-mogelijkheden, ...). S&Z voert huisbezoeken uit om in te schatten of vrijwilligers in de mogelijkheid zijn om in de thuislocatie les te geven. Het maken van goede afspraken bij aanvang van een traject is daarbij heel belangrijk voor S&Z (bijv. geen luide TV tijdens een lesbegeleiding).

“En dus inderdaad ervoor te zorgen dat iedereen er naartoe kan. De moeilijkheid bij ouders ligt erin dat als ouders moeten contacteren, dat dat vraagt dat voldoende hoe moet ik dat zeggen **lef, draagkracht van die ouders** om dat inderdaad te doen. Er is zeker een groep in de maatschappij die dat soort lef niet vindt.” (focusgroep S&Z)

“In sommige gezinnen spelen ook andere zaken: bijv. **de taalachtergrond in allochtone gezinnen of de beperkte IT-vaardigheden**. Alles is soms voorzien door de school, maar gezin/kind kan dan niet met de middelen aan de slag en dan loopt het ook fout. Ook is er soms ook gewoon een slechte internetverbinding in het huis en dan loopt het ook mis.”
(focusgroep S&Z)

“Het kan bijvoorbeeld in de thuissituatie fout lopen. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de **tv daar altijd loeihard staat terwijl je daar les staat te geven** of zo. De vrijwilliger kan dat misschien wel zeggen, maar als dat op de duur niet meer lukt, dan gaat de **dossierverantwoordelijke daarop spreken**.” (focusgroep S&Z)

8.3. Conclusie

Op basis van de inzichten uit dit hoofdstuk, kunnen we een antwoord formuleren op de volgende evaluatievraag:

Welke rol nemen vrijwilligersverenigingen en andere organisaties (bijvoorbeeld School en Ziek zijn vzw, ...) op? In welke mate hebben dergelijke organisaties impact op de praktijk? Wat zijn hierbij bepalende factoren?

Om en bij de helft van de in de survey bevroegde scholen (47%, n=90) en ouders (46%, n=231) geven aan dat vrijwilligers betrokken zijn bij het organiseren van het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen. Het blijkt om een diversiteit van vrijwilligers te gaan. Een groot aandeel vrijwilligers komt van de vrijwilligersorganisatie School & Ziekzijn, daarnaast gaat het voornamelijk om vrijwillige leraren verbonden aan de school. Ook vrijwilligers verbonden aan de thuischool (medeleerlingen, andere ouders, buurtbewoners, ...) of vrijwilligers van organisaties voor huiswerkbegeleiding worden in sommige gevallen betrokken.

Vrijwilligers nemen diverse rollen op. Enerzijds nemen ze een pedagogisch-didactische rol op: ze bieden ondersteuning via individuele lessen of ze ondersteunen een klaswerking, ondersteunen leerlingen bij het gebruik van Bednet, ... Anderzijds hebben ze een signaalfunctie. Zij vangen veelal leerlingen op die niet of onvoldoende terecht kunnen bij de bestaande maatregelen. Vrijwilligers(verenigingen) stellen aan de kaak waar tekorten, niet bereikte doelgroepen of oningevulde noden in het beleid zich manifesteren. Toch blijft het volgens de vrijwilligers de taak van de overheid om deze tekorten aan te pakken. Alleen zo werkt men aan een gelijk aanbod voor alle zieke leerlingen die recht hebben op ondersteuning. Vrijwilligers blijken essentieel in het geheel, maar mogen niet als structurele oplossing voor tekorten in het reguliere aanbod gezien worden.



Op basis van de survey en het veldwerk bleek dat School & Ziekzijn als vrijwilligersvereniging een belangrijke rol opneemt. We beantwoorden daarom de onderstaande evaluatievragen ook voor deze organisatie.

Hoeveel leerlingen maken gebruik van de verschillende maatregelen, wat is hun profiel, en welke patronen en evoluties kunnen daarin worden vastgesteld: in welke mate worden bepaalde maatregelen ten aanzien van jongeren afwezig omwille van medische redenen meer/minder gebruikt? Welke maatregelen worden goed benut en welke maatregelen worden onderbenut? Wat zijn hiervoor verklaringen?

In 2019 werden 364 leerlingen begeleid via School & Ziekzijn. Dat is 0.03% van het totaal aantal leerlingen in het kleuter-, basis- en secundair onderwijs in 2018-2019. We zien een toename van het aantal leerlingen in 2019 en een afname in 2020 omwille van corona. School & Ziekzijn is enkel actief in het gewoon onderwijs en bereikt daar het grootst aantal leerlingen in het secundair onderwijs (85.99%). De focus op het gewoon onderwijs is een bewuste keuze van S&Z in antwoord op hun capaciteit als vrijwilligersvereniging. Daarnaast maken ze de inschatting dat het buitengewoon onderwijs al op meer ondersteuning beroep kan doen en dat het begeleiden van de leerlingen in het buitengewoon onderwijs om competenties vraagt waar niet alle vrijwilligers over beschikken. De meeste begeleidingen vinden verhoudingsgewijs plaats in de provincies West-Vlaanderen, gevolgd door Oost-Vlaanderen en Vlaams-Brabant. De afgelopen jaren zagen de vrijwilligers een toename in het aantal leerlingen met een migratieachtergrond en leerlingen met een psychische problematiek. Daarnaast gaat het meer dan vroeger om zeer complexe problematieken.

Hoe organiseert Bednet zich om zo snel mogelijk een gepast onderwijsaanbod aan zieke leerlingen te garanderen, bijvoorbeeld inzake inzet van personeel, organisatie, ...? Hoe garandeert men dat men de organisatorische capaciteit en het personeel en de expertise hebben om onderwijs aan zieke leerlingen te voorzien?

Het aanbod van S&Z is nog onvoldoende gekend. Dit geeft de organisatie zelf aan, en konden we ook uit de survey bij de scholen afleiden. Zij weten in mindere hoe ze een traject voor S&Z kunnen opstarten dan een traject in Bednet of TOAH. Gezien S&Z als organisatie voornamelijk tekorten opvangt die niet door de overheid zelf opgevangen kunnen worden, vindt de organisatie dat de overheid sterker de werking van S&Z mee bekend kan maken opdat zij als organisatie kunnen focussen op het begeleiden van de leerlingen.

De organisatie maakt gebruik van een duidelijke organisatiestructuur en procedure om een traject op te zetten. De taken zijn duidelijk verdeeld tussen dossier-verantwoordelijken en vrijwilliger-lesgevers. Dossier-verantwoordelijken focussen op de opstart en kiezen op basis van overleg met de school en een huisbezoek een geschikte vrijwilliger-lesgever. Dit is volgens S&Z een grote meerwaarde van hun werking. Met deze werkwijze kan de organisatie op maat werken van de noden van de leerling en de lesgever. Tijdens het overleg met de school zal de organisatie ook altijd polsen naar het zorg- of geïndividualiseerd plan van de school voor de leerling. Het probeert hiermee scholen op hun verantwoordelijkheid aan te spreken om voor elke zieke leerling een gepast aanbod te organiseren. De werkwijze zorgt in de praktijk ook voor een snelle reactietijd om een traject op te zetten. Ouders en scholen rapporteerden hierover een grote tevredenheid. Idealiter zouden volgens S&Z de scholen zelf meer dan vandaag de initiatiefnemer moeten zijn voor het opstarten van een traject. Vandaag gebeurt dit volgens de organisatie nog te vaak door ouders. Echter om alle leerlingen gelijke kansen te bieden, heeft de school hierin een belangrijke taak te volbrengen volgens de organisatie.

De lessen zelf worden door vrijwilliger-lesgevers gegeven. In de praktijk zijn dit voornamelijk leerkrachten, een groot aandeel daarvan is gepensioneerd. Zij kunnen voornamelijk focussen op de individuele begeleiding van de leerlingen. Door het werk van de dossier-verantwoordelijken hebben zij minder administratieve taken te volbrengen. Een belangrijk aandachtspunt bij de lesgevers blijkt het bewaken van de mate waarin ze naast lesgever ook een rol van vertrouwenspersoon opnemen, zowel voor de leerling als de ouder. Hun rol mag niet verglijden tot die van therapeut. Daar trekt de organisatie sterk de grens. Om de competenties van hun vrijwilligers te professionaliseren, biedt S&Z éénmalig per jaar een vorming aan.



Hoewel de vrijwilligers vanuit vrijwillig engagement op een positieve manier hun rol opnemen, uitten ze tijdens het veldwerk toch hun ontevredenheid over de financiering. Voor het dekken van onkosten, zouden ze graag kunnen evolueren naar een werking waarbij men niet meer afhankelijk is van sponsoring.

Op welke wijze worden de maatregelen ten aanzien van zieke kinderen onderwijskundig vormgegeven? Welke didactische praktijken zijn er (o.a. aard van het aanbod, inhoud, omvang, timing, werkvormen, enzovoort)? In welke mate en hoe wordt er ingezet op betrokkenheid van de zieke leerling?

De keuzes voor de twee à drie vakken die door S&Z begeleid zullen worden, gebeurt in afstemming met ouders en de school. Bij deze keuze wordt rekening gehouden met hoe de school de leerling inschat (bijv. op welke vakken zetten we voor een leerling prioritair in). Dit vinden scholen veelal niet gemakkelijk (zie ook Hoofdstuk 3). Daarnaast houdt men ook rekening met het profiel van de leerling en andere ondersteuning die de leerling krijgt (bijv. TOAH, ...). S&Z wil vooral doelgericht werken: het beperken van leerachterstand en bevorderen van de slaagkans op het einde van het schooljaar staat daarbij voorop. Vandaar is voor S&Z een goede samenwerking met de school belangrijk.

De lessen van S&Z kunnen zowel flexibel in tijd, als qua locatie ingepland worden. Het bepalen van het tijdstip van lessen gebeurt in overleg tussen ouder/leerling en de vrijwilliger. S&Z blijft ook tijdens de zomermaanden actief, waardoor leerlingen die via een gespreid traject examens in augustus afleggen, toch ook in de zomermaanden begeleid kunnen worden. Dit is een reden waarom ouders soms opteren voor S&Z eerder dan TOAH, waar deze begeleiding in de zomer niet mogelijk is. Daarnaast is S&Z ook flexibeler dan TOAH op vlak van locatie. De begeleiding kan zowel thuis, als op school of in een k-dienst/revalidatiecentrum plaatsvinden.

Gezien de vrijwilligers 1-op-1 begeleiding voorzien waarin ze leerachterstand trachten te beperken, is een goede communicatie met de thuischool belangrijk om vlot lesmaterialen uit te kunnen wisselen. De mate waarin dit vlot verloopt blijkt afhankelijk van leraar tot leraar. Idealiter beschikken de vrijwilligers over een account van het leerplatform van de school. Hierdoor hebben ze snel toegang tot lesmaterialen, maar ook tot handleidingen of bordboeken, waardoor de begeleiding effectiever verloopt. De vrijwilligers nemen de communicatie met de thuischool ook op zich om hiermee de zieke leerling zelf en zijn/haar ouder(s) te ontzorgen.

Op een begeleiding van S&Z staat geen minimum of maximum duur. In sommige gevallen begeleiden ze leerlingen voor meerdere schooljaren. Het traject wordt stopgezet wanneer de ouder aangeeft dat de leerling terugkeert naar de thuischool. Na afloop van de begeleiding maakt men een eindverslag. Op het einde van een schooljaar contacteren de dossierverantwoordelijken de ouders en scholen waar ze leerlingen begeleid hebben en vragen ze slaagcijfers op. Hiermee trachten ze hun effectiviteit te monitoren.

Wat zijn de mogelijkheden en wat is de invloed van de meer veralgemeende introductie van afstandsonderwijs en blended leren in het (post-) coronatijdperk op de vormgeving van het onderwijs voor zieke leerlingen?

In welke mate hebben de maatregelen een meerwaarde ten opzichte van de in het (post)corona-onderwijs veralgemeend georganiseerde vormen van afstandsonderwijs en blended leren? Zo ja welke, voor wie en onder welke voorwaarden?

De coronapandemie had invloed op de werking van S&Z. Sommige lessen konden niet doorgaan. Bij de meeste trajecten trachtte men oplossingen te zoeken: schermen werden gezet of men schakelde naar online lessen. Deze omschakeling was niet altijd evident, bijv. voor oudere vrijwilligers. Voor sommige zieke leerlingen bleek de toegenomen schermtijd niet evident.

Een aantal veranderingen naar aanleiding van de pandemie hoopt de organisatie duurzaam te kunnen verderzetten: het verkrijgen van een account om toegang te hebben tot het leerplatformen van de school (bijv. Smartschool) verloopt vlotter sinds de pandemie; leraren delen gemakkelijker dan voor de pandemie digitale leermaterialen die vrijwilligers kunnen downloaden; evolutie naar een blended aanpak waarbij online lessen



ingezet zullen worden wanneer leraren voor een specifiek vak ontbreken in een regio; er vindt meer dan voor de pandemie overleg plaats met de verschillende betrokken partijen waarop ook S&Z aanwezig is.

Wat zijn belemmerende en bevorderende context- of omgevingsfactoren op microniveau (in het bijzonder het gezin van de leerling) en hoe wordt hier door de uitvoerende organisaties en uitvoerders rekening mee gehouden?

De sociaaleconomische status van een leerling en de thuiscontext hebben ook in het kader van S&Z een belangrijke impact. Deze impact manifesteert zich voornamelijk op twee momenten: om toegang te vinden tot S&Z en bij de begeleiding. Gezinnen met een kwetsbare thuissituatie blijken meer drempels te ervaren om bij S&Z terecht te komen. Volgens S&Z kunnen de scholen hier mee aan werken door ouders naar S&Z toe te leiden. Daarnaast heeft de thuissituatie ook impact op de begeleiding (bijv. taalachtergrond ouders, voldoende plaats om les te geven in de thuisplek, IT-mogelijkheden, ...). Via een huisbezoek op voorhand tracht men een goede inschatting en goede afspraken te maken.



9 / Keuze en combinatie van maatregelen

Nu in de voorgaande hoofdstukken alle maatregelen onder de loep zijn genomen, gaan we in dit hoofdstuk in op de keuze en combinatie van maatregelen. We bespreken achtereenvolgens:

- ▶ Indicaties en tegenindicaties per maatregel;
- ▶ Hoe de keuze wordt gemaakt;
- ▶ De meerwaarde en het voorkomen van combinaties van maatregelen.

In de conclusie formuleren we een antwoord op de evaluatievragen die betrekking hebben op dit thema. Bijkomend bespreken we in dit hoofdstuk ook de niet ingevulde noden: welke noden kunnen door geen enkele van de (combinaties van) maatregelen worden ingevuld?

9.1. Indicaties en tegenindicaties per maatregel

Met indicaties en tegenindicaties per maatregel verwijzen we naar de afwegingscriteria die in overweging worden genomen bij de keuze: waarvoor of wanneer is elke maatregel meer of minder aangewezen? Wat zijn de sterktes en zwaktes van elk van de maatregelen?

We zetten ze hieronder in tabellen tegenover elkaar. Onder de tabellen volgen enkele quotes ter illustratie.

Tabel 24: Tijdelijk onderwijs aan huis

Indicaties	Tegenindicaties
<ul style="list-style-type: none">▶ Op maat en flexibel: kan het ritme van het kind volgen.▶ Cognitieve vakken: om leerstof bij te houden/bij te benen.▶ Voor leerlingen die om uiteenlopende redenen niet goed functioneren in/zich niet goed voelen in een groep (bv. anorexia, ASS, gedragsproblemen,...)▶ Vanuit perspectief ziekenhuisschool/DMOB: voor specifieke vakken, waarvoor zij niet de nodige expertise hebben, aanvullend.▶ Om band met thuisschool te behouden/op te bouwen/te versterken (vanuit perspectief ziekenhuisschool, maar ook anderen). Persoonlijk contact met de leerkracht is daarin zeer belangrijk (werkt enkel als het effectief de leerkracht van de eigen school is).▶ Ondersteuning van kwetsbare gezinnen (althoewel, geen eensgezindheid hierover).	<ul style="list-style-type: none">▶ Sociale contacten met medeleerlingen vallen weg en de afstand tot de school vergroot (zeker als periode te lang duurt).▶ Geen oplossing voor praktijkvakken/leerlingen die vooral gemotiveerd zijn voor praktijkvakken.▶ Risico op infectie als leerkracht aan huis komt, in het bijzonder tijdens Corona (werd door sommigen opgelost via TOAH via afstandsonderwijs, anderen kiezen dan voor Bednet).▶ Lerarentekort: TOAH praktisch onmogelijk omdat men geen leerkrachten vindt.▶ Als het gezin onvoldoende steun kan bieden.



“TOAH is meer een **proces** waarbij **op zoek** gegaan moet worden **wat helpt en niet helpt** terwijl Bednet eerder het verderzetten van de normale praktijken zijn met juiste omkadering.” (focusgroep CLB-medewerkers)

“We kiezen vooral voor **TOAH, wanneer** de patiënt heel hard in ondergewicht is en het **te vermoeiend** is om **Bednet** mee te volgen.” (FG artsen)

“Als de **ouders niet kunnen bijdragen in de zorg** en het kind hierdoor moeilijk naar school kan gaan dan gaan wij ook sneller grijpen naar tijdelijk onderwijs aan huis.” (focusgroep CLB-medewerkers)

“Het kind moet voor TOAH ook **voldoende steun** krijgen **van thuis** uit, de thuissituatie is heel belangrijk. Als dit niet het geval is dan is TOAH misschien niet de ideale situatie..” (focusgroep CLB-medewerkers)

“Een anorexiapatiënt gaat zelden voorstander zijn van Bednet. Ze zitten in een ziekenhuis omgeving dat veel vragen opwekt van medeleerlingen. Daarnaast gaat een **anorexiapatiënt** zelden hun **camera niet aanzetten**. Zij gaan **eerder voor TOAH** kiezen.” (FG artsen)

“TOAH wordt bij ons ook ingezet **om de band met de thuishoofschool te onderhouden** of de link te leggen naar de nieuwe school door de leerkrachten te leren kennen etc. De TOAH-leerkrachten komen dan bij ons in de ziekenhuisschool langs voor een uurtje. Dit mag eigenlijk niet maar we maken een uitzondering.” (focusgroep directie ziekenhuisscholen)

“Dit zijn zelfs kinderen die nog nooit in een klasgroep geweest zijn. Vaak is dit gecombineerd met onderwijs aan huis dus de leerkracht is ook betrokken met het onderwijs bij de leerling. Dan zorgt hij/zij voor de **connectie met de kindjes uit een bepaalde klasgroep.**” (focusgroep leerlingenbegeleiders BuO)

“Ik denk in het geheel dat **het persoonlijke van TOAH** niet mag wegvallen, want dat was ook de band, die ik aanhaalde, die belangrijk is met het school. Corona heeft ons veel geleerd, ik denk ook wel dat het menselijke, het persoonlijke toch wel de bovenhand moet blijven houden. De waarde van de leerkracht is echt wel prominent geworden, van het persoonlijk contact.” (focusgroep ondersteuningsnetwerken)

Tabel 25: BEDNET

Indicaties	Tegenindicaties
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sociaal contact, om de binding met de thuishoofschool, in het bijzonder de klasgenoten te houden. ▶ Als isolatie medisch aangewezen is, bv. chronische aandoening met risico op infecties, spierziekte chemo, muco,... en TOAH of ziekenhuisschool een risico. ▶ Onderwijs ondersteunen: leerachterstand beperken door lessen te kunnen blijven volgen. ▶ Vanuit perspectief ziekenhuisschool/DMOB: voor specifieke vakken, waarvoor zij niet de nodige leerkrachten/expertise hebben – vooral in het secundair onderwijs. ▶ Vanuit perspectief ziekenhuisschool/DMOB: i.f.v. re-integratie. ▶ Als er geen leerkracht wordt gevonden voor TOAH. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Te veel achterstand t.o.v. klas en tempo van de lessen in de thuishoofschool. ▶ Vanuit perspectief ziekenhuisschool: te groot tempoverschil t.o.v. ritme ZHS (vooral in BaO) ▶ Moeilijk in te passen in behandelingschema/therapie. ▶ Moeilijker bij praktijkvakken of kunstonderwijs (maar Bednet zoekt mee naar oplossingen). ▶ Bij de leerling: nood aan motivatie/engagement, fysieke/mentale mogelijkheid tot concentratie, mogelijkheid/wens om medeleerlingen te zien, ... ▶ Gebrek aan ICT-geletterdheid (bij leerling en gezin) of toegang tot het internet ▶ Voldoende zelfstandigheid nodig (of voldoende begeleiding, bv. meestal van ouders, soms –



maar zelden - lkr ziekenhuisschool, want hebben er geen tijd voor).

- ▶ Te korte periode/onvoldoende gebruik.

“Er zijn drie aspecten: De **leerinhoud**, het **sociale** en de **betrokkenheid** en alle drie facetten zijn nodig. Alles staat in het teken in de **terugkeer naar school zo goed mogelijk te faciliteren**.(focusgroep consulenten Bednet)

“Ja die ouders hebben ons gecontacteerd als ze inderdaad langdurig afwezig zal zijn en dan hebben wij eigenlijk eerst gedacht voor **TOAH** op te starten. Maar **met Corona** nog persoon extra daar **thuis** laten komen is dan ook **niet zo'n goed idee**. **Dan** hebben we eigenlijk **Bednet** opgestart.” (focusgroep leerkrachten)

“Bednet hebben we ook gebruikt voor kinderen met een **spierziekte**. **Door corona** was het **te gevaarlijk** om naar **school** te gaan voor deze kinderen. Zij bleven **thuis** en volgende via **Bednet** de lessen in (de ziekenhuisschool) Inckendaal.” (focusgroep leerkrachten ziekenhuisschool)

“Het **sociale aspect** bij Bednet ook heel belangrijk. Dus dat vooral **op momenten** dat er **geen les gegeven** wordt, kunnen er **informele contact momenten** zijn met de jongeren.” (focusgroep directie ziekenhuisscholen)

“Soms zetten we Bednet gewoon verder als dit er al was tijdens het voortraject. **Als we inzetten op re-integratie** starten we bijna **altijd** met **Bednet**. Voor de meeste jongeren is dit een belangrijk hulpmiddel om de terugkeer naar school te vergemakkelijken. Als re-integratie de doelstelling is maar er nog twee opname periodes volgen dan gaan we ook Bednet opstarten en kijken we hoe de doelstelling verder kan evalueren.” (focusgroep DMOB)

Soms is **Bednet niet mogelijk**: bijv. **wanneer achterstand te groot is**. Daarnaast stellen zij ook vast bij kinderen met psychische problematiek, dat veel van die **kinderen** echt **niet geconfronteerd willen worden met de klas/de leerlingen of leerkracht**. Zij zijn vaak een bron van stress voor het kind. Sommige kinderen zitten soms zo diep in de put dat het echt niet lukt om op een scherm les te volgen (ze zijn te ziek of te vermoeid).” (School & Ziekzijn)

“Met Bednet kan je niet inhalen met TOAH wel. **Als je lessen gemist hebt kan je met Bednet moeilijk volgen**.” (focusgroep artsen)

“Die Bednet dat dat toch wel soms **lastig** is als je een **leerling** hebt die er **niet altijd kan bij zijn**. Ook niet altijd op de momenten die afgesproken zijn.” (focusgroep leerkrachten)

“Het is inderdaad **moeilijk te organiseren met een therapie**. Een les wiskunde in de thuisschool staat gepland op een bepaald uur en dan moet deze les ook dan gevolgd worden.” (focusgroep directie ziekenhuisscholen)

“Bij ons is Bednet in eerste plaats ondersteunend maar in de eerste plaats zijn we een school waar leerlingen vanuit een bepaalde therapie verbonden zijn. De **therapie staat**



primair. We kunnen niet zomaar een flexibel rooster opstellen.” (focusgroep leerkrachten ZHS K-diensten)

“Op oncologie wordt Bednet wel regelmatig gebruikt. Er moet een bepaalde mate van **zelfstandigheid** van het **kind of begeleiding** van de **ouders** zijn om Bednet te gebruiken.” (focusgroep leerkrachten ziekenhuisscholen)

“Op psychiatrie wordt Bednet niet aangeboden omdat ze in de meeste gevallen hierbij **begeleiding nodig** zouden hebben en **hiervoor niemand is.**” (focusgroep leerkrachten ziekenhuisscholen K-diensten)

“Voor Bednet zien we dat sommige gezinnen afhaken omdat het **te ingewikkeld** is omdat ze de **apparatuur niet opgestart** krijgen of dat ouders niet altijd het mandaat hebben om tegen hun kind te zeggen van ‘kom we gaan nu wel onderwijs doen’, **kinderen die niet gemotiveerd** zijn bijvoorbeeld.” (psycholoog case)

“Een ander voorbeeld van een informeel criteria is of dat ze **voldoende gebruik** hebben. Normaal gezien zouden er 4 weken Bednet gebruik in de toekomst moeten kunnen voorspellen. Maar soms is dit heel moeilijk, zeker bij chronisch zieke leerlingen. We hebben geen glazen bol en moeten dan naar de andere context voorwaarden gaan kijken of het nuttig is om Bednet uit te rollen.” (Focusgroep consulenten Bednet)

Tabel 26: SCHOOL & ZIEKZIJN

Indicaties	Tegenindicaties
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Als er geen leerkracht wordt gevonden voor TOAH of de ziekenhuisschool. ▶ Om het aantal lessen te verhogen in aanvulling op het onderwijs aangeboden via TOAH of de ziekenhuisschool. ▶ Om gericht bijles te geven voor een bepaald vak, efficiënt. ▶ Als leerling wachtende is op opname in k-dienst. ▶ Leerlingen met psychische problematiek. ▶ Steun voor ouders. ▶ Als leerling niet terecht kan bij één van de reguliere maatregelen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Niet voor praktische vakken. ▶ Niet voor leerlingen uit het buitengewoon onderwijs. ▶ Sociale contacten met medeleerlingen vallen weg en de afstand tot de school vergroot (zeker als periode te lang duurt). ▶ Risico op infectie als leerkracht aan huis komt, in het bijzonder tijdens Corona.

“Als de school zegt: ‘De leerling mag meedoen aan het **examen frans**’. Maar als achteraf de leerling aangeeft dat hij er niet goed in is en **extra les nodig** heeft dan wordt het afgesproken dat er een aanvraag gedaan wordt bij **School & Ziekzijn voor een leerkracht Frans.**” (focusgroep DMOB)

“Via de mensen van Bednet zijn we op de hoogte gesteld van School & Ziekzijn. Dit was zowel **op onderwijsvlak** als **op moreel vlak** een heel grote **meerwaarde**. Ook qua **steun voor de ouders.**” (focusgroep ouders)



Tabel 27: Ziekenhuisonderwijs & DMOB

Indicaties	Tegenindicaties
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Opname, voor type 5: minstens 5 schooldagen aanwezig. ▶ Mogelijkheid om aan te sterken/behandeling te krijgen/... en tegelijk onderwijs te krijgen. ▶ Therapie/behandeling komt op de eerste plaats. ▶ Individuele aandacht, afgestemd op individuele noden van het kind. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Geen engagement van de jongere. ▶ Medisch risico op infecties. ▶ Niet steeds oplossing voor praktijkvakken (afhankelijk van leerkrachten/infrastructuur ziekenhuisschool).

“Op oncologie is het zo dat zodra de jongere de diagnose gekregen heeft de psychologe langsgaat om een kennismakingsgesprek. Zij stelt dan ook de ziekenhuisschool voor. Ze moeten dan ook een **engagementsverklaring** ondertekenen als ze mee les willen volgen, aangezien we vorig schooljaar ondervonden hebben dat we jongeren inschrijven maar dat zij overschakelen naar Bednet.” (focusgroep leerkrachten ZHS)

“En dan praktisch, is heel belangrijk, maar zij is niet in staat om op school te komen en leerkrachten kunnen ook niet naar de ziekenhuisschool gaan om daar de praktijk aan te bieden en de leerkrachten aanwezig in de ziekenhuisschool hebben geen idee over hoe de praktijk wordt aangeboden, er waren op dat moment **geen praktijkleerkrachten aanwezig.**” (focusgroep ondersteuningsnetwerken)

9.2. Hoe wordt de keuze gemaakt?

In het kiezen welke maatregel of combinatie van maatregelen zullen ingezet worden, is de ziekte op zich niet bepalend. Er is geen 1-op-1 link tussen een ziekte en een maatregel.

De betrokken scholen en zorgverleners vertellen vanuit hun perspectief dat telkens vanuit de noden van de leerling het totale plaatje wordt bekeken, en in overleg met het gezin, de arts en de school, de meest gepaste combinatie van maatregelen gezocht wordt om het vooropgesteld geïndividualiseerd leertraject te proberen volgen. Het doel is maatwerk te bieden voor elke leerling.

“Ik denk dat dat nodig is om de valkuilen en de mogelijkheden te kunnen benoemen... Het **gaat nooit over de inhoud van de ziekte.** Het advies van de behandelende arts is heel belangrijk in onder andere de gesprekken met het gezin en de school. Eens dat het afwezigheidsattest er is gaat het alleen maar om de leerling... Ik vind het hierbij wel belangrijk dat er voor elke nieuwe leerling het **totale plaatje** bekeken worden. ... Ligt de focus op de slaagkansen dan is de invulling natuurlijk anders dan wanneer de focus ligt op de sociale interactie.” (focusgroep consulenten Bednet)

“Dat kan Ziekenhuisonderwijs zijn, dat kan TOAH zijn, maar ook heel out-of-the-box denken naar Time-Out trajecten waar ik mee ga zoeken. Ik vind het heel belangrijk om op zoek te gaan naar trajecten die **heel nauw aansluit bij interesses en sterktes van de leerling**, om daar tijd in te steken om dat heel goed af te stemmen, omdat we dan zien dat het echt een meerwaarde is en een stap vooruit is voor de leerling. **Hoe fijner we kunnen afstemmen op de sterktes, noden van de omgeving en de leerling, hoe beter de outcome kan zijn.**” (focusgroep ondersteuningsnetwerken)

In 89% van de scholen uit de survey (n=71) staan de noden en mogelijkheden van zieke leerlingen volgens de directies centraal in de organisatie van hun onderwijsaanbod.



Het centrale begrip in het maatwerk i.f.v. de noden van het kind, is het 'tempo' van het kind, het 'ritme'. Dit is afhankelijk van de mate van ziekte of herstel, vermoeidheid, cognitief vermogen, ... Scholen uit de survey die de noden centraal zetten, geven aan dat het onderwijsaanbod van de zieke leerling vorm krijgt in functie van het welbevinden, de draagkracht van het kind en de mogelijkheden binnen de thuiscontext. Er wordt naar een balans gezocht tussen slaagkansen en fysiek en/of mentaal herstel van de leerling.

Daarnaast is het ook praktisch belangrijk – en vaak uitdagend – om een haalbare planning te maken, in combinatie met behandeling of therapie. Bv. in de ziekenhuisschool komt eerst therapie/behandeling, dan ziekenhuisschool, en dan evt. nog Bednet.

“Die tijd volgde Staartmees soms Bednet en ook uren van School & Ziekzijn maar ondertussen had zij ook nog therapie en moest ze nog naar de psycholoog gaan en nog 1 keer per week naar de psychiater. We moesten dat maar allemaal proberen dat tussen de lessen door te plannen. ... Dus dat was altijd een **hele moeilijke puzzel** om te maken. Laat staan dat die lessenrooster dan ook nog een regelmatig wijzigt. Dus dat was gewoon heel moeilijk.” (ouder Staartmees)

“Ik denk dat het voornamelijk ook leerkrachten of scholen zijn, die zouden moeten **kijken wat er buiten de schooluren met die kinderen allemaal gebeurt**, dat die nog kiné moeten volgen, dat die nog medische zaken, dat die medicatie moeten nemen. Ik denk dat scholen dat vaak te weinig zien. Dat die denken van 'het leven van die kinderen eindigt als de bel gaat', maar dat is natuurlijk niet zo, dan komt er nog een heel stuk bij wat allemaal moet voor die kinderen en ook energie kost natuurlijk.” (psycholoog case Mus)

Dit is ook geen statisch gegeven. Wat een kind aankan, maar ook de behandeling of therapie, zijn beiden steeds in evolutie. Vooral bij leerlingen met chronische of psychische aandoeningen kan het tempo dat mogelijk is, sterk fluctueren.

“We hebben ook veel **chronisch zieke kinderen die met periodes wel naar school kunnen**. Dus afhankelijk van de periodes loopt Bednet en TOAH. Het is een samenwerking waar kinderen gebruik maken van alle maatregelen.” (FG directie ziekenhuisscholen)

Het perspectief van de ouders in onze survey is enigszins anders: 54% van de ouders vindt dat de noden en mogelijkheden van hun kind centraal stonden in het onderwijsaanbod dat aan hun ziek kind geboden werd. (% akkoord-helemaal akkoord, n=188). De tevredenheid hierover is groter in het gewoon onderwijs (55% i.p.v. 48% in het BuO) en in het basisonderwijs (63% ipv 50% in het SO). Uit de toelichting bij bovenstaande resultaten in een open vraag blijkt dat de ontevredenheid vooral te maken heeft met het uittekenen van het geïndividualiseerd leertraject door de thuischool (zie 3.2.1). De thuischool moet in staat en bereid zijn om vanuit het zorgbeleid het onderwijsaanbod te organiseren, als eerste belangrijke randvoorwaarde (zie hoofdstuk 3).

Maar ook vanuit de maatregelen zijn er vaak praktische of organisatorische obstakels die het centraal zetten van de zieke leerling verhinderen:

“Ik denk dat er soms **praktische dingen** - zoals het niet vinden van leerkrachten- **in de weg** staan om echt vanuit het belang van het kind een goed pakket samen te stellen.” (interview Bednet)

Heel wat tegenindicaties uit voorgaande analyse gaan niet over de intrinsieke kenmerken van de maatregel, maar over dergelijke organisatorische obstakels: de maatregelen bieden geen oplossing voor praktijkvakken, lerarentekort bemoeilijkt TOAH, steun en hulp van ouders is noodzakelijk als cruciale contextfactor, ...

9.3. Combinaties van maatregelen

Combinaties van maatregelen komen vaak voor, want elke maatregel heeft zijn eigen sterktes en zwaktes in het maatwerk dat voor elke leerling wordt nagestreefd.



Ook de combinatie met (deeltijds) naar school gaan komt voor, bv. i.f.v. re-integratie. Hieronder een voorbeeld van Bednet, maar dit geldt even goed voor TOAH:

“Ook de **combinatie met schoolgaan** is belangrijk mee rekening te houden. Naar de **integratie** wil je het stapsgewijs aanpakken, het is niet altijd van de één dag op de andere dat een kind volledig terug naar school kan gaan. Dit willen we als consulent bespreekbaar maken. Bednet valt zeker te combineren met (deeltijds) naar school gaan.”
(focusgroep consulenten Bednet)

De maatregelen voor thuisonderwijs – TOAH en Bednet – worden vaak gecombineerd omdat hun mogelijkheden complementair zijn: TOAH om efficiënt achterstand in te halen, Bednet om mee te blijven en voor het sociaal contact. Volgens cijfers van Bednet hadden in 2020 40% van de leerlingen die Bednet gebruikten ook TOAH.

“**Bednet en TOAH** kunnen elkaar perfect **aanvullen**: Bednet: om niet achter te lopen en sociaal contact - TOAH: om lessen in te halen.” (focusgroepen artsen)

“De combinatie van **TOAH en SIO** biedt heel veel mogelijkheden omdat je dan de **leerstof sneller** kan **bijwerken** en **rapper in interactie** kunt gaan binnen de klas.” (interview Bednet)

School & Ziektijd wordt vaak toegevoegd als er geen leerkrachten voor TOAH worden gevonden, maar ook om bovenop de 4 TOAH-uren extra te doen voor leerlingen die cognitief sterk zijn en leerachterstand willen inhalen:

“Maar ik weet dat we dat toen wel bekeken hebben voor een bepaalde leerling zodat er toen thuis een **groter aanbod** kon zijn en dat was dan de **combinatie TOAH en School & Ziektijd**. En ik denk dat dat dat wel goed was want op dat moment, die leerling was ook zeker in staat, ik denk dat die toen thuis was door een operatie aan haar benen, in staat mentaal om wel wat meer onderwijs te krijgen. Dus dat was voor die leerling zeker positief.” (focusgroep ondersteuningsnetwerken)

“Vaak is ook **4u te weinig** voor een kind. Daarom dat **School & Ziektijd extra** moet ingeschakeld worden TOAH voorziet dan les voor 2 vakken en dan S&Z 2 andere vakken. Alleen TOAH is vaak onvoldoende voor een kind.”
(interview School & Ziektijd)

Uit cijfers van School & Ziektijd blijkt dat hun aanbod regelmatig wordt gecombineerd met TOAH (in 2019 34% van de trajecten) en Bednet (in 2019 21% van de trajecten). De combinatie met TOAH komt dus iets meer voor. De combinatie met TOAH stijgt, de combinatie met Bednet kende een zeer kleine daling in 2020 (wegens de schoolsluitingen t.g.v. corona).

De maatregelen voor thuisonderwijs worden ook in combinatie met ziekenhuisonderwijs ingezet. Welke en de manier waarop is afhankelijk van de noden van de doelgroep:

- ▶ Bednet wordt vooral in het secundair onderwijs ingezet, zowel vanuit de inhoudelijke als de sociale functie. Dit gebeurt in het ziekenhuis, maar ook na ontslag of in een tussenperiode voor chronisch zieke leerlingen. Bednet in het ziekenhuis gebeurt vaak bij leerlingen die al Bednet hadden voor dat ze opgenomen werden, of voor bepaalde vakken of specialiteiten die een ziekenhuisschool zelf niet kan aanbieden

“In Pulderbos werken we al heel veel jaren samen en hebben we Bednet mee zien evolueren. We gebruiken het voor langere opnames en vakken die we zelf niet kunnen geven. Maar ook het sociaal aspect valt zeker niet te onderschatten.” (focusgroep leerkrachten ziekenhuisscholen)

- ▶ TOAH wordt ook ingezet in het ziekenhuis (zelfs in de ziekenhuisschool, wat strikt genomen niet mag). Soms aanvullend, als een school niet te ver weg is en het heel specifieke vakken zijn. Of in functie van re-integratie,



om de band met de thuishoel te behouden of de link te leggen naar een nieuwe school. Of als TOAH al aanwezig was voor opname

“Bij ons is TOAH voornamelijk voor oncologie patiënten of langdurig zieke leerlingen. Het is de school wel die het organiseert maar de verdeling van de vakken gebeurt in samenspraak met ons. In de specifiek technische vakken gaat de vakleerkracht vaak aan huis en spitsen wij ons toe op de algemene vakken. De opsplitsing in vakken is het ideale scenario.” (focusgroep leerkrachten ziekenhuisscholen)

“TOAH wordt bij ons ook ingezet om de band met de thuishoel te onderhouden of de link te leggen naar de nieuwe school door de leerkrachten te leren kennen etc. De TOAH-leerkrachten komen dan bij ons in de ziekenhuisschool langs voor een uurtje. Dit mag eigenlijk niet maar we maken een uitzondering.” (focusgroep leerkrachten ziekenhuisscholen)

“Bij mij in de klas is het eigenlijk zo dat ik een leerling heb die eigenlijk 36 weken chemo doet momenteel. Dus ik werk volop via Bednet de momenten dat hij het kan. En er is ook elke keer een TOAH-leerkracht die naar huis ging gaan, maar dat gebeurt nu altijd op afstand ook. Omdat het voor hem te gevaarlijk is voor de leerling om daar nu echt ook in praktijk langs te gaan. Bij mij is het inderdaad ook zo dat ik met de TOAH-leerkracht echt wel afspreken wat er gegeven wordt op het moment dat er les gegeven wordt door hem. Ook met het ziekenhuis heb ik ook nauw contact. Dus de meester die daar lesgeeft weet ook perfect wat ik die week allemaal in de klas doe en die probeert dan ook zoveel mogelijk met de leerlingen te doen.” (focusgroep leerkrachten)

Tot slot dient nog vermeld te worden dat heel wat zieke leerlingen, naast de maatregelen, ook beroep doen op andere vormen van ondersteuning bij hun onderwijstraject. Voorbeelden zijn: privéles, NAFT-traject, zorgboerderij, anti-coach, logopedist, internaat, ...

9.4. Niet ingevulde noden en eventueel verruimen van de doelgroep

Ruim de helft van de scholen in de survey (52% akkoord-helemaal akkoord, n=90) vindt dat er ondanks de inspanningen van de school toch nog zieke leerlingen uit de boot vallen. Scholen verschillen echter in de mate waarin ze akkoord gaan met de stelling: zo hebben de secundaire scholen (60% akkoord – helemaal akkoord) de ervaring dat er nog meer leerlingen uit de boot vallen dan de basisscholen (37% akkoord – helemaal akkoord). Op basis van de open antwoorden blijkt het in het basisonderwijs voornamelijk om leerlingen uit kwetsbare thuiscontexten (bv. kansarmoede, anderstalige ouders, ...) te gaan. In het secundair onderwijs eveneens, maar bijkomend ook om leerlingen met een psychische problematiek.

Op basis van de interviews en focusgroepen komen twee lijnen naar voor in de verhalen over niet ingevulde noden: er zijn noden van zieke leerlingen die niet door de maatregelen kunnen worden ingevuld, en er zijn niet ingevulde noden van kinderen en jongeren in het algemeen waarvoor de maatregelen – in het bijzonder TOAH – ook (kunnen) worden ingezet.

9.4.1 Noden van zieke leerlingen die niet door de maatregelen kunnen worden ingevuld

Ten eerste zijn er meerdere drempels voor kinderen uit kwetsbare gezinnen om beroep te doen op de maatregelen. Dit sluit aan bij bovenstaande analyse van tegenindicaties: zowel bij TOAH en Bednet is steun vanuit de thuiscontext cruciaal. Kansarmoede en een andere thuistaal vormen een drempel. Het aanbod is er wel, maar bereikt sommige kwetsbare doelgroepen niet omdat de communicatie moeilijk verloopt. Ook is een arts of psychiater voor financieel kwetsbare gezinnen gewoon te duur.

“...die leerlingen die in kansarmoede leven of leerlingen waarvan de ouders de taal niet beheersen. In het hele verhaal van zorg is dat sowieso een doelgroep die daar heel sterk buiten valt. Op een school waar ik sta, waar



vooral bso en tso aangeboden wordt, zeer veel jongeren zijn vanuit een andere afkomst en dus de taal niet goed beheersen of dus die zelf geen Nederlands spreken die omwille van verschillende redenen langdurig afwezig zijn. Of dat dat dan al wel of niet gekend is die reden, die ook zeer moeilijk te bereiken zijn. Het aanbod is er wel, maar zij **vallen** gewoon **door de mazen van het net** en ze zijn gewoon **niet** meer **te bereiken**. Het aanbod kan er dan wel zijn, het gaat dan eerder over het inspringen op het aanbod, de gekendheid van dat aanbod voor die groep mensen, ouders, leerlingen. En ik denk dat dat wel een groep is die daar wel heel veel baat kan bij hebben, maar daar niet tot bij geraken.” (focusgroep ondersteuningsnetwerken)

“Ik denk ook aan **financieel kwetsbare gezinnen die niet naar een arts of psychiater kunnen gaan**. Deze leerlingen vallen soms door de mazen van het net omdat ze niet aan het nodige ziektebriefje kunnen geraken.” (interview pedagogische begeleiding)

Ook chronisch zieke leerlingen dreigen uit de boot te vallen. Ze kunnen af en toe wel naar school gaan, waardoor hun afwezigheid onvoorspelbaar is, hun potentiële achterstand en gebrek aan welbevinden en betrokkenheid kan worden onderschat en niet snel genoeg aan ondersteuning wordt gedacht. Ook verpleegkundige zorgen op school kunnen voor deze leerlingen niet overal even goed geboden worden.

“De **chronisch zieke kinderen** worden in veel scholen vergeten. Bij astma bijv. leerkracht zegt dan ‘Ah je bent 3 dagen afwezig geweest, je ziet er weer goed uit. Je kan weer mee.’ Maar kind dat regelmatig af en toe thuis zit, **bouwt ook leerachterstand op.**” (interview School & Ziekzijn)

Voor leerlingen die zich voorbereiden op de examencommissie zijn de maatregelen in principe niet van toepassing. Ook zieke leerlingen in het tweedekansonderwijs, dbso, ... kunnen er geen beroep op doen.

“We merken ook dat heel wat jongeren niet per se vanuit een ziekte, maar omdat ze in de bestaande schoolorganisaties niet thuis voelen en daardoor depressief worden en dan beslissen om examens te doen voor **examencommissie**. Veel jongeren in psychiatrie doen dat en dat is een groeiende groep. Die hebben ook begeleiding nodig. Maar waar vallen die onder? Ze hebben ook nood aan materiaal om voor te bereiden voor die examens.” (interview ziekenhuisschool)

“Eens dat je de **examencommissie** doet ben je helemaal aan je lot overgelaten”. (focusgroep ouders)

Uit bovenstaande opsomming van tegenindicaties komen de praktijkvakken naar voor als algemene leemte in het aanbod. Deze zijn belangrijk voor leerlingen in beroepsgerichte opleidingen, maar kunnen door geen enkele van de maatregelen afdoende worden ingevuld.

“Daarnaast is er ook nog het BSO. Daar kan noch TOAH, noch Bednet, noch S&Z de kinderen... **Voor de praktische vakken is er geen onderwijs**. PAV doen ze dan bijv. wel. Maar praktijkscholen moeten nog meer eigen oplossingen bedenken, die scholen vallen volledig uit de boot.” (interview School & Ziekzijn)

Tot slot willen zieke leerlingen ook gewoon ‘kind’ zijn: begeleiding voor zieke leerlingen bij uitstappen zoals zeeklassen of bosklassen, of ondersteuning van zieke leerlingen bij hobby’s (bv. muziekschool), is echter een leemte in het aanbod.

9.4.2 Niet ingevulde noden van kinderen en jongeren waarvoor de maatregelen – in het bijzonder TOAH – ook voor worden ingezet

De tweede lijn in de verhalen over niet ingevulde noden heeft de ‘thuiszitters’ als rode draad. Het Kinderrechtencommissariaat verwijst met die term naar leerlingen die om uiteenlopende redenen gedwongen moeten thuis zitten maar ook niet kunnen blijven in het gewoon onderwijs. Ook andere actoren benoemen dit zo:

“Misschien toch nog even zeggen dat er een **hele groep niet bereikt** wordt. Nogmaals herhalen. Dat dat duidelijk in dat verslag komt... Een **groep die thuis zit** en waar wij niet van weten dat ze thuis zitten, de scholen



doen er niks mee en ook de overheid, die het weet via zijn databank, doet er ook niks mee.” (focusgroep School & Ziekzijn)

Deze problematiek kwam herhaaldelijk naar voor in de gesprekken en meerdere redenen werden aangehaald: wachten op een diagnose, geen plaats in psychiatrie, attest/verslag buitengewoon onderwijs maar niet binnen geraken omwille van plaatstekort, geweigerd worden (in onderwijs, maar ook in zorg) omwille van gedrag of complexiteit van de problematiek, ... Dit blijkt recent ook toe te nemen bij jonge kinderen.

“Sommige kinderen krijgen we gewoon niet meer in school. We denken dat het taboe bij leerlingen vaak nog altijd heel hoog is. De **leerlingen met psychische aandoeningen** die **thuis** zitten, doen vaak niets totdat er een diagnose gesteld is. Dit is heel versnipperd en problematisch.” (focusgroep artsen)

“Leerlingen die een diagnose **type-9** autisme hebben maar waar het op het gedragsmatige stuk niet goed gaat is er geen aanbod in het onderwijs... Anderzijds hebben we ook leerlingen die in een time-out zitten en een traject lopen in een ziekenhuisschool. Maar daar past het **gedrag van de leerling** niet binnen de draagkracht van de ziekenhuisschool. Het is frappant dat de gezondheidszorg kan zeggen: “wij doen het niet”. Als je kijkt naar time-out projecten dan is daar de **type-2** leerling ook niet welkom”. (focusgroep leerlingenbegeleiders buitengewoon onderwijs)

“Voor die doelgroep zijn wij echt moeten op zoek gaan, is het heel moeilijk voor een gratis of een goed betaalbaar aanbod om heel jonge kinderen te helpen. Voor tieners en gedragsproblemen is er al meer voorgekomen. Ik vind dat we de laatste twee jaren echt wel noodkreten gezien hebben van kinderen 5,6,7,8 jaar, heel **jonge kinderen**”. (focusgroep ondersteuningsnetwerken)

“We zien ook een probleem bij **kleuters met ontwikkelingsstoornissen** die in afwachting tot verder onderzoek nergens terecht kunnen. Er is geen plaats in het buitengewoon onderwijs. In afwachting van de diagnose zegt de school dat het kind (ASS-syndroom) maar 2 halve dagen naar school mag gaan. Voor deze leerlingen wordt soms ook TOAH opgestart. Dit is oneigenlijk gebruik van thuis onderwijs. Je hebt vaak een diagnose nodig om het exact type onderwijs voor het kind te kunnen kiezen maar in revalidatiecentrums heb je wachttijden van een jaar tot anderhalf jaar. Die kinderen kunnen in de tussentijd nergens naartoe”. (focusgroep artsen)

Vanuit deze niet ingevulde noden vindt 64% van de scholen (n= 67, percentage akkoord-helemaal akkoord) dat de maatregelen ook bij andere doelgroepen ingezet zouden moeten kunnen worden. Wanneer we scholen vergelijken zien we dat dit voor het buitengewoon- en het basisonderwijs belangrijker is dan het gewoon- en secundair onderwijs. Ook de coördinatoren jeugdhulp-onderwijs en Samen tegen Schooluitval pleiten voor een verruiming van de doelgroepen, in het bijzonder van TOAH, om het leerrecht van deze kinderen en jongeren te garanderen. Het Kinderrechtencommissariaat vindt de vraag eveneens het overwegen waard:

“Dat zou moeten bekeken worden... Bv. bij die leerling die gevraagd werden om een ziektebriefje te hebben, ... Als een leerling echt geen onderwijs kan krijgen op school omwille van gedrags- of psychologische problematiek, zou kunnen overwogen worden... Vraag is zeker ook gesteld als het gaat om **kinderen die gedwongen moeten thuis zitten** (bv. geen plaats in psychiatrie, attest/verslag buitengewoon onderwijs maar niet binnen geraken omwille van plaatstekort, maar ook niet kunnen blijven in gewoon onderwijs). Zijn soms moeilijke situaties, alternatief zoeken, ... **‘Thuiszitters’** die toch recht op onderwijs kunnen krijgen. Ouders kunnen niet steeds thuisonderwijs voorzien. Moet dan goed geregeld worden, niet via oneigenlijke ziekenbriefjes. Moet steeds transparant zijn naar iedereen.” (interview Kinderrechtencommissariaat)



9.5. Conclusie

Op basis van de inzichten uit dit hoofdstuk, kunnen we een antwoord formuleren op de volgende evaluatievragen:

Welke elementen spelen mee vanuit het perspectief van verschillende actoren (ouders, scholen, leerlingen en andere partners) in de keuze voor een maatregel of combinatie van maatregelen? Hoe wordt deze keuze gemaakt? Welke maatregelen worden op welke wijze ingezet? In welke mate staat de zieke leerling centraal?

Elk van de onderzochte maatregelen heeft specifieke sterktes en zwaktes: indicaties en tegenindicaties van waarvoor of wanneer een maatregel meer of minder aangewezen is. In dit hoofdstuk werden deze systematisch op een rij gezet.

Al deze elementen spelen mee in de keuze voor een maatregel of een combinatie van maatregelen. Wat niet zozeer een rol speelt is de ziekte op zich. Volgens scholen en zorgverleners wordt telkens vanuit de noden van het kind het totale plaatje bekeken, en in overleg met het gezin, de arts en de school, de meest gepaste combinatie van maatregelen gezocht, om maatwerk te bieden voor elk kind. Men richt zich op het tempo van het kind, dat afhankelijk is van de mate van ziekte of herstel, vermoeidheid, cognitief vermogen, ... Tegelijk moet een haalbare planning gemaakt worden, in combinatie met behandeling of therapie. Beiden zijn steeds in evolutie.

Ouders ervaren niet steeds dat hun ziek kind centraal staat. Dit heeft deels te maken met de kwaliteit van het zorgbeleid in de thuischool en de manier waarop het uittekenen van het geïndividualiseerd leertraject wordt aangepakt, maar er zijn vaak ook praktische of organisatorische obstakels in de maatregelen die het centraal zetten van de zieke leerling verhinderen, bv. de maatregelen bieden geen oplossing voor praktijkvakken, het lerarentekort bemoeilijkt TOAH, steun en hulp van ouders is noodzakelijk als cruciale contextfactor, ...

Welke partnerschappen worden aangegaan rondom een zieke leerling tussen de thuischool en de andere organisaties verantwoordelijk voor de uitvoering van de maatregelen? Welke combinaties van maatregelen zijn het meest succesvol, voor wie, waarom (hefbomen & sterktes en zwaktes) en onder welke voorwaarden?

Combinaties van maatregelen komen vaak voor. TOAH en Bednet worden vaak gecombineerd omdat hun mogelijkheden complementair zijn: TOAH om efficiënt achterstand in te halen, Bednet voor het sociaal contact. School & Ziekzijn wordt vaak toegevoegd als er geen leerkrachten voor TOAH worden gevonden, of bovenop de 4 TOAH-uren om leerachterstand in te halen.

Bednet en TOAH worden geregeld in combinatie met ziekenhuisonderwijs ingezet. Vaak aanvullend, voor bepaalde vakken of specialiteiten die een ziekenhuisschool zelf niet kan aanbieden. In veel gevallen ook voor leerlingen die al Bednet of TOAH hadden voor dat ze opgenomen werden. De maatregelen blijven dan doorlopen na ontslag of in een tussenperiode voor chronisch zieke leerlingen. Beide maatregelen spelen zo ook een rol om de band met de thuischool te behouden of op te bouwen.

Tot slot dient nog vermeld te worden dat heel wat zieke leerlingen, naast de maatregelen, ook beroep doen op andere vormen van ondersteuning bij hun onderwijs traject (bv. privéles, NAFT-traject, zorgboerderij, auti-coach, logopedist, internaat, ...).

In welke mate voldoet het aanbod aan de noden van de doelgroep(en)? Welke noden worden onvoldoende ingevuld? Is een uitbreiding en/of gewijzigde afbakening van de doelgroep wenselijk en mogelijk voor bepaalde maatregelen, in het bijzonder naar leerlingen die om andere dan medische redenen langdurig of veelvuldig afwezig zijn? Wat zijn hierbij bepalende factoren?

Ondanks de mogelijkheden van het onderwijsaanbod, zijn er toch nog niet ingevulde noden. Daarin komen twee lijnen naar voor: er zijn noden van zieke leerlingen die niet door de maatregelen kunnen worden ingevuld, en er zijn niet ingevulde noden van kinderen en jongeren in het algemeen waarvoor de maatregelen – in het bijzonder TOAH – ook worden ingezet.



Wat de leemten in de maatregelen betreft, zijn kinderen in kansarmoede en met een andere thuistaal benadeeld. Het aanbod is er wel, maar bereikt hen niet omdat de communicatie moeilijk verloopt. Ook is een arts of psychiater voor hen vaak te duur. Ook chronisch zieke leerlingen dreigen uit de boot te vallen. Ze kunnen af en toe wel naar school gaan, waardoor hun afwezigheid onvoorspelbaar is, hun potentiële achterstand kan worden onderschat en niet snel genoeg aan ondersteuning wordt gedacht. Ook verpleegkundige zorgen op school kunnen voor deze leerlingen onvoldoende geboden worden. Voor leerlingen die zich voorbereiden op de examencommissie zijn de maatregelen in principe niet van toepassing. Ook zieke leerlingen in het tweedekansonderwijs, dbso, ... kunnen er geen beroep op doen. Praktijkvakken zijn een volgende leemte in het aanbod. Deze zijn belangrijk voor leerlingen in beroepsgerichte opleidingen, maar kunnen door geen enkele van de maatregelen afdoende worden ingevuld. Tot slot willen zieke leerlingen ook gewoon 'kind' zijn: begeleiding voor zieke leerlingen bij uitstappen zoals zeeklassen of bosklassen, of ondersteuning van zieke leerlingen bij hobby's (bv. muziekschool), is echter ook een leemte in het aanbod.

Bij de niet ingevulde noden van kinderen en jongeren in het algemeen waarvoor de maatregelen – in het bijzonder TOAH – ook worden ingezet, is 'thuiszitten' de rode draad. Het gaat om leerlingen die om uiteenlopende redenen gedwongen moeten thuis zitten maar ook niet kunnen blijven in het gewoon onderwijs. Aangehaalde redenen zijn: wachten op een diagnose, geen plaats in psychiatrie, attest/verslag buitengewoon onderwijs maar niet binnen geraken omwille van plaatstekort, geweigerd worden (in onderwijs, maar ook in zorg) omwille van gedrag of complexiteit van de problematiek, ... Dit blijkt recent ook toe te nemen bij jonge kinderen. Meerdere actoren geven aan dat de maatregelen ook voor deze doelgroepen zouden moeten ingezet kunnen worden.



10 / Samenwerking

In dit hoofdstuk gaan we dieper in op de samenwerking tussen de thuishooschool en de organisaties verantwoordelijk voor de uitvoering van de maatregelen. We bespreken achtereenvolgens:

- ▶ Overleg als basis voor samenwerking;
- ▶ De mate waarin thuishooscholen de regie opnemen;
- ▶ Communicatie tussen thuishooschool en ziekenhuisschool als bijzonder aandachtspunt;
- ▶ De meerwaarde van PoZiLiv, het Platform voor Onderwijs aan Zieke Leerlingen in Vlaanderen.
- ▶ In de conclusie formuleren we een antwoord op de evaluatievraag die betrekking heeft op dit thema.

10.1. Samenwerking op basis van overleg

Uit ons onderzoek blijkt dat in de praktijk overleg de enige basis vormt voor samenwerking tussen de thuishooschool en de organisaties betrokken bij het onderwijsaanbod voor een zieke leerling.

Er is immers geen geïndividualiseerd leer-/of zorgplan per kind of geen gemeenschappelijk dossier. Elke betrokken organisatie werkt vanuit zijn eigen dossier, doet zijn eigen intake, ... Bv. in de thuishooschool zijn er de afspraken rond het geïndividualiseerd leertraject die worden opgevolgd in een leerlingvolgsysteem/leerling dossier/zorgdossier/..., in de ziekenhuisschool verzamelt men deze info via een schoolvragenlijst en maakt men een onderwijsplan, daarnaast is het nog heel het medische dossier en behandelplan. Er is geen enkele plek waar de informatie over onderwijs en therapie of behandeling samen komen (tenzij in het hoofd van de ouders of de leerling zelf).

“CLB heeft **geen één dossier** van een leerling en het is **moeilijk om het overzicht te bewaren**. Ieder werkt vanuit zijn eigen dossier en de zaken die doorgegeven worden zijn eerder informeel. De **enige oplossing** is - zoals ondersteuning op school - dat er **regelmatig met alle partners rond de tafel** gezeten wordt. Het initiatief hierbij kan bij het CLB liggen maar evengoed ouders, scholen, ... Wij als CLB bewaken het wel vaak.” (focusgroep CLB-medewerkers)

“Het zou **beter** zijn om voor dit traject een **gemeenschappelijk (ouders, leerling, leerkracht, arts,..) dossier** bij te houden. Want het loopt moeilijk wanneer een kind geen observeerbare ziektes heeft. Het is moeilijk te begrijpen voor een actor als hij/zij dit niet kent. Een gemeenschappelijk dossier zou dit oplossen. Soms begint de discussie elk schooljaar opnieuw terwijl als er informatieoverdracht is overheen de jaren zou dit veel **makkelijker** zijn.” (interview pedagogische begeleiding)

Overleg tussen alle betrokken actoren (multi- of interdisciplinair) is in deze context de enige oplossing. Goede communicatie, op basis van regelmatig overleg, staat dan ook centraal in de manier waarop een samenhangend aanbod voor een leerling wordt vormgegeven. Dit is zeer tijdsintensief voor alle betrokkenen.

“(Heel veel) **regelmatig overleg, multi/interdisciplinair**... Je moet daarin blijven investeren. Je moet op **regelmatige basis** samenzitten om kleine onduidelijkheden op te lossen.

We voelen de nood om systematisch op de dossiers terug te komen. **Het is een hoge druk en workload** voor de collega's.” (focusgroep leerlingenbegeleiders buitengewoon onderwijs)

De onderwerpen die typisch in dit overleg aan bod komen zijn:

- ▶ de verwachtingen van alle betrokken partijen;
- ▶ informatie over de mogelijkheden, beperkingen, verwachtingen i.v.m. maatregelen;



- ▶ afspraken over het geïndividualiseerd traject (welke vakken, lessen, toetsen, taken, examens,...?);
- ▶ afspraken over welke onderdelen van dit traject via welke maatregel worden nagestreefd, en de timing ervan.

“En heel veel overleg van **welke lessen** ze kan volgen, **wat er mogelijk** is voor haar, moeten we een terugkeer naar school voorzien, hoe kunnen haar **punten** gaan. Er is ook **School&Ziek** opgestart, om te kijken van **welke vakken** ze **daarmee** kan volgen. Ik heb ook overleg met hun gehad.” (leerlingenbegeleider Staartmees)

De afspraken die in dergelijk overleg worden gemaakt, worden zelden schriftelijk vastgelegd. I.f.v. rechtszekerheid dringt het Kinderrechtencommissariaat erop aan dit wel te doen:

“Het Kinderrechtencommissariaat dringt dan steeds aan op **duidelijke afspraken** met iedereen aan tafel (leerkracht, zorgleerkracht, directie, arts, leerling, ouders), die ook **schriftelijk** worden vastgelegd. Doel: **rechtszekerheid** voor de leerling en zijn ouders.” (interview Kinderrechtencommissariaat)

Ook inzake dit overleg is er een impact van de meer veralgemeende digitalisering t.g.v. corona. Het overleg met de thuischool verloopt meer en meer digitaal. Ook het zorgteam kan digitaal overleggen, al dan niet met de ouders erbij. Dit wordt voornamelijk door de partners gewaardeerd, de communicatie verloopt vlotter. Vanuit het perspectief van de partners zijn leerlingenbegeleiders/zorgleerkrachten immers zeer moeilijk aan de gewone telefoon te krijgen.

“**Scholen** zijn ook beter georganiseerd **door corona** waardoor de **communicatie nu digitaal veel vlotter** verloopt.” (focusgroep leerkrachten ziekenhuisscholen)

“Soms is er een **overleg, sinds corona** is dat dan **online**, waardoor je **vlotter** eens een overleg hebt over een bepaalde leerling hebt, want anders wordt het moeilijk om allemaal op hetzelfde moment ergens naartoe te rijden.” (focusgroep vrijwilligers School & Ziekzijn)

Communicatie met leerkrachten over het uitwisselen van lesmateriaal bijvoorbeeld, gebeurt veelal via e-mail. Soms is er uitwisseling via Smartschool, maar thuischolen zijn hier soms terughoudend, om niet te veel accounts te moeten aanmaken.

“**Sinds een aantal jaren** is **Smartschool** een heel **belangrijke factor in de communicatie** met de scholen. Na telefonisch contact krijgen we dan toegang tot het smartschoolaccount van de leerkracht of leerling. Dan zien we wat ze in de klas aan het doen zijn en kunnen we hierop inspelen. Zeker gemakkelijk voor het middelbaar. Smartschool heeft de communicatie met de thuischool vereenvoudigd.” (focusgroep leerkrachten ziekenhuisscholen)

Ouders zijn eerder ontevreden over het overleg: 61% van de ouders in onze survey vindt dat er voldoende overleg plaatsvond tussen alle betrokken partijen (TOAH-leerkrachten, thuischool, CLB, ouders,...) om het lesprogramma van hun kind te bepalen (% akkoord-helemaal, n=56).

Voor de informatiedoorstroming vanuit de thuischool is een heikel punt. Slechts 48% van de ouders vindt dat de school hen voldoende op de hoogte bracht over het schoolse functioneren van hun ziek kind tijdens de periode van afwezigheid op de school (% akkoord-helemaal akkoord, n=180). 60% van de ouders vindt dat het contact met de school vlot verliep tijdens de periode van afwezigheid van hun kind. (% akkoord-helemaal akkoord, n=206). 50% van de ouders vindt dat de school voldoende informatie heeft bezorgd over hoe de terugkeer van hun kind naar de school zou verlopen na de periode van afwezigheid (%akkoord-helemaal akkoord, n=162). In de toelichting/open vraag blijkt dat ouders vooral zelf initiatief hiervoor moeten nemen en een proactieve rol moeten opnemen. Deze vaststellingen liggen dus in lijn van het beeld over het zorgbeleid in de thuischolen dat ook in hoofdstuk 3 naar voor kwam.

In de beleving van de ouders en de leerlingen is vooral de manier van communiceren cruciaal. Er moet open communicatie zijn, vanuit een begripvolle houding, ... Ouders ervaren dat er niet altijd echt tijd genomen wordt



om dergelijke communicatie te hebben. Voorbeelden die werden aangehaald zijn: in de marge van infoavond voor andere ouders, beslissingen nemen zonder uitleg, digitaal overleg zonder camera, heel veel communicatie via e-mail, ... Hun beleving van digitale communicatie is dus niet zo rooskleurig als die van de partners.

“...en denk ik dat er zeker dingen die ze niet zo bedoeld hebben op een andere manier bij mij zijn binnengekomen. Maar we hebben ook **op geen enkel moment** na dat overleg op school de **kans gehad om samen te zitten** of dat iedereen in dat team hoort hoe het loopt, **dat is via mail**.. Wat ik dan mis dat is iemand die alle betrokken partijen eens samenroept ook die van Bednet. ... Ik heb ook **nooit de kans gehad om uit te leggen hoe moeilijk dat dat soms is** want dat gebeurde **allemaal via mail**.” (ouder Staartmees)

10.2. Regie bij de thuishchool?

In hoofdstuk 3 legden we al uit dat te thuishchool verantwoordelijk blijft voor de ingeschreven leerling, dus in principe de regie van het traject van de leerling zou moeten opnemen (zelfstandig in Fase 0 en 1 van het zorgcontinuüm – en met ondersteuning van het CLB in Fase 2). Dit verloopt soms goed, maar vaak ook niet. De verklaring zit opnieuw in de verschillen tussen scholen op vlak van zorgbeleid, verschillen tussen leerlingenbegeleiders/zorgcoördinatoren,... die in hoofdstuk 3 grondig werden geanalyseerd:

“Ik vind dat je heel hard merkt als een school een leerlingenbegeleider heeft die uitsluitend dit als job heeft. Dit werkt heel goed. Als ze dit deeltijds doen dan hebben ze vaak de tijd niet om alles heel snel op te volgen. De **samenwerking staat of valt met een goede leerlingenbegeleiding in de school**. ‘Goed’ in de zin van of dat hij de ruimte heeft om alle informatie te verzamelen.” (focusgroep K-diensten DMOB)

“Ouder 1: Wij hadden het geluk een **fantastische zorgcoördinator** (van de school) te hebben. Zij was de **spin in het web** om te zorgen dat iedereen mee was en volgde alles goed op. We hadden een **wekelijks overleg** met haar. Zij durfde ook tegen de directie in te gaan.

Ouder 2: Wij misten deze zorgcoördinator. Deze vrouw gaf ook nog les en deed niet uitsluitend zorgcoördinatie. Er was een gebrek aan tijd om het goed op te volgen.” (focusgroep ouders)

“Als lln dan specifieke hulp krijgt van kinderpsychiater: deze **externe hulpverleners** zijn vaak **niet welkom op scholen**. Sommige scholen staan afkering om externen binnen te laten **in multidisciplinair overleg** over leerlingen, terwijl dat noodzakelijk is - brug tussen onderwijs-welzijn/medisch. Scholen staan niet open om deze externen hun expertise te laten delen. Merken het ook op andere vlakken: bv. CLB-medewerkers niet welkom op klassenraden, of enkel spreken als er iets gevraagd wordt, maar als hen iets opvalt worden ze niet geacht het woord te nemen. Verklaring: schoolcultuur, ‘dit is onderwijs, wij zijn de professionals, wij beslissen zelf,...’, maar niet altijd duidelijk... School moet er tijd voor maken: moet in dossier, extra werk,...” (interview Kinderrechtencommissariaat)

In de praktijk is het gebrek aan 1 duidelijke contactpersoon die het traject van een leerling opvolgt een gemis. Zowel de ouders als de betrokken zorgverleners ervaren dit.

Slechts 47% van de ouders in onze survey vindt dat ze een duidelijk contactpersoon hadden die het onderwijs traject van hun kind opvolgde over de verschillende organisaties heen (% akkoord-helemaal akkoord, n=194). Als er wel een aanspreekpunt is, is dit veelal de zorgcoördinator of leerlingenbegeleider. In sommige gevallen ook de directie of een secretariaatsmedewerker. Maar heel vaak hebben ouders het gevoel er alleen voor te staan:

“Dat we dan heel vaak zien dat het dan **ouders** zijn die wel een beetje **die taak opnemen**, soms met advies van ons of andere actoren. Maar vaak zijn het wel ouders die wel een beetje dat **traject uitstippelen**.” (psycholoog case xxxx)



“Ik ben de tussenpersoon dus dokter Geerts belt meestal mij als ze iets wil weten over de school en andersom ook.” (ouder Peruk)

“Ik ben nu niet meer degene die alles regelt. Ze doen het zelf en dat wordt dan teruggekoppeld naar mij, wat ik prettiger vind. Nu kan ik het een beetje loslaten. Het zorgteam is oké, de psychiater volgt het mee op, de autisme coach wordt betrokken, fijn CLB. Nu gaat dat een pak beter. Ik heb het ook wel anders gezien.” (focusgroep ouders)

“Het is belangrijk dat er één contactpersoon is per school die het overzicht behoudt. Anders heb je als ouder het gevoel dat je helemaal alleen staat.” (focusgroep ouders)

Het CLB is volgens velen de logische actor om de regierol over trajecten op te nemen, maar men merkt dat de CLB al zo overberaagd zijn, dat men dit geen realistische piste acht.

“De zorgverlening is te veel versnipperd, er zou iemand centraal de regie in handen moeten nemen. In het beste geval het CLB, maar die worden ook overstelpt met dat soort vragen.” (focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)

“We missen coördinatie in alle maatregelen. Heel vaak wordt er gekeken naar het CLB maar zij zijn al zo overberaagd zodat ze niet de nodige aandacht binnen hun mogelijkheden eraan kunnen geven.” (focusgroep consulenten Bednet)

Daarnaast zijn er ook leerlingen die al lang niet meer naar school gaan, waarbij het contact verwatert. Voor deze leerlingen nemen ook actoren buiten de school de regierol of rol van aanspreekpunt op:

“In het bijzonder bij leerlingen die heel lang afwezig zijn/enkel nog administratief ingeschreven zijn in een school: na verloop van tijd verwatert contact

Eens ze in hulpverlening zijn laat onderwijs het ook wel wat los (“Ze zijn bij jullie, doe er mee, genees ze” Doe er iets mee en zorg dat hij terug kan functioneren in onze school).” (interview jeugdzorg)

Actoren die we deze rol in de praktijk zien opnemen, zijn TOAH-leerkrachten, ondersteuners (indien van toepassing), psycholoog vanuit een multidisciplinair team vanuit een ziekenhuis, ...

10.3. Communicatie thuischool – ziekenhuisschool bijzonder aandachtspunt

De communicatie tussen de thuischool en de ziekenhuisschool werd dit onderzoek geregeld aangehaald als knelpunt. Het zijn twee werelden, met een andere logica. We bekijken het hier zowel vanuit het perspectief van de thuischool als van de ziekenhuisschool.

Vanuit het perspectief van de thuischool betekent samenwerken met een ziekenhuisschool een deel controle loslaten:

“Er is een verschil tussen de maatregelen die we zelf in handen kunnen nemen zoals TOAH en Bednet waarin meer het gevoel is dat de school zelf aanzet is en er gestuurd kan worden terwijl de afstemming en communicatie met de ziekenhuisscholen en K-diensten vaak nog verbeterpunten heeft.” (focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)

De lengte van de opname blijkt een factor van belang te zijn: scholen hebben het moeilijk als de leerling na een korte periode ziekenhuisschool in hun beleving abrupt terugkomt en men te weinig voorbereidingstijd ervaart.

“Vaak is de communicatie vrij laat als een leerling gedurende een redelijk korte periode opgenomen is. Dan is het moeilijk voor ons om heel snel te schakelen in de week voordat de leerling terugkomt. Als het een langduriger verblijf is dan is het eenvoudiger omdat er vaak éénzelfde contactpersoon is.” (focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)



“Ik vind het belangrijk dat ze sterk inzetten op de terugkeer en dat de communicatie met de school blijft. Bij een **plotse stopzetting van de ziekenhuisschool** is de terugkeer naar de thuishooschool te abrupt en niet voorbereid.” (focusgroep CLB-medewerkers)

Als men elkaar kent – op basis van eerdere ervaringen, of als leerlingen langer in de ziekenhuisschool blijven – loopt de samenwerking vlotter.

“Wij hebben in Leuven ook **goede ervaringen** met de collega's van de ziekenhuisschool. Heeft vermoedelijk ook te maken dat we ondertussen deze **collega's kennen** vanuit vorige opnames.” (focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)

Sommige leerlingen hebben een slechte relatie met hun thuishooschool, of ten gevolge van hun medische situatie geen vooruitzicht meer op terugkeer. Voor deze leerlingen blijken ziekenhuisscholen soms beslissingen te nemen over het traject, zonder de thuishooschool voldoende te betrekken:

“Vroeger **vroegen wij Bednet** standaard **aan zonder de school** op voorhand **te contacteren** maar sinds Corona contacteren we eerst de school om te vragen of ze al niet met een ander online platform werken.” (focusgroep leerkrachten ziekenhuisscholen)

“We **laten vaak de thuishooschool los** omdat de kinderen vaak niet teruggaan naar de thuishooschool en er in het verleden geregeld iets misgelopen is.” (focusgroep leerkrachten ziekenhuisscholen)

“Ik wilde ook toevoegen dat het contact echt cruciaal is. We hebben soms **leerlingen die heel lang afwezig zijn** en dat er dan **een oplossing boven onze hoofden besloten** wordt.” (focusgroep leerlingenbegeleider gewoon onderwijs)

Vanuit het perspectief van de ziekenhuisschool is een veel aangehaalde bekommernis de communicatie met vakleerkrachten van de thuishooschool om leerstof en lesmateriaal door te geven.

In de ziekenhuisschool staat doorgaande klastitularis daarvoor in. Als dit niet vlot verloopt, schakelt men over naar werken met eigen materiaal.

“Wij merken wel dat **niet elke thuishooschool**, ondanks de verplichting en dubbele inschrijving, even betrokken is met de **informatiedoorstroming**. Dan **gaan we heel snel over naar eigen observaties en materiaal etc.**” (focusgroep directie ziekenhuisscholen)

Spanningen in de communicatie hebben vaak ook te maken met te hoge verwachtingen van de thuishooschool. In de ziekenhuisschool geeft het medisch team of de psychiater immers aan wat haalbaar voor de leerling, en de ziekenhuisschool voorziet van daaruit een aanbod op maat. In de thuishooschool heeft men de leerplandoelen en het afgesproken traject voor ogen. Daarnaast kunnen we verwachtingen ook te maken hebben met nazorg, waarvoor de ziekenhuisscholen eigenlijk geen middelen hebben.

“Vooraf bij **kinderen uit kinderpsychiatrie** bellen we de school en vragen de **handboeken** maar bij veel van deze kinderen is het **niet zo eenvoudig om dit aanbod te volgen**. We bekijken het heel individueel en geven ook aan dat **niet alles haalbaar** is aan de thuishooschool. Bij langere opnames kaderen we dus naar de thuishooschool toe wat de mogelijkheden zijn en wat wel of niet haalbaar is.”

(focusgroep leerkrachten ziekenhuisscholen)

“Wij moeten soms **lobbyen voor de belangen van de kinderen**. Het is **vaak dat thuishooscholen te hoge eisen** stellen of niet het juiste gewicht kunnen toemeten aan de problematiek. Het komt erop aan dat de input van het multidisciplinair team via ons ook resulteert in de samenspraak waardoor het aanbod op maat van het kind is.”

(focusgroep directie ziekenhuisscholen)

“Wat we ook vaststellen is dat **thuishooscholen** ook **andere verwachtingen** hebben naar **nazorg** toe. Hier hebben we eigenlijk geen middelen voor in de type-5 school. Thuishooscholen verwachten soms dat de terugkoppeling en



ondersteuning ook nog gebeurt wanneer de kinderen terug volledig in de thuisschool zitten. Wij proberen dat soms wel nog maar dat is ten koste van de lestijd die we aan andere kinderen kunnen geven.” (focusgroep directie ziekenhuisscholen)

Er zijn diverse ervaringen i.v.m. de samenwerking tussen de ziekenhuisschool en de thuisschool: van positief tot negatief. Uit de antwoorden op de survey blijkt dat de meeste thuisscholen (79%, n = 48) tevreden zijn over de communicatie en uitwisseling met de ziekenhuisscholen.⁴⁴ Een kleiner aandeel, namelijk 60% van de ouders die de survey invulden, vindt dat er voldoende contact en afstemming is tussen de ziekenhuisschool en de thuisschool van hun kind (n=88). Uit de interviews komt een gemengd beeld naar voren, waarin er een variatie is in de ervaringen met ziekenhuisscholen.

Sommigen zijn positief over de samenwerking en de communicatie:

“Ik heb ook wel eerder een **positieve ervaring met de ziekenhuisschool**, maar dat komt mede ook wel doordat de leerling die daar momenteel is een heel **sterke leerling** is. De afspraken rond de proefwerken zijn hier goed geregeld en uitgevoerd.” (zorgco/ln begeleider GO)

“dat was echt een hele **goeie samenwerking** met de leerkracht van het ziekenhuis” (leerkracht)

“Mijn ervaring is dat de **communicatie tussen de thuisschool en ziekenhuisschool heel goed** ging. Dat de ziekenhuisschool op de hoogte was bij de vakken die moeilijk liepen.” (ouder leerling revalidatiecentrum)

Anderen spreken over negatieve ervaringen i.v.m. communicatie, afstemming en/of verschil in visie van medische actoren en de thuisschool. Zo is er sprake van beperkte informatiedoorstroom tijdens de opname met als gevolg een beperkt zicht op wat er gebeurt in de school, alsook te late aankondiging van terugkeer van de leerling. Dit kan samenhangen met de complexe context van het medische traject. Vaak is het bijvoorbeeld niet duidelijk hoe lang een leerling opgenomen zal worden, doordat het traject heel variabel kan zijn. Deze complexiteit (en gebrek aan controle en overzicht) is soms moeilijk voor thuisscholen, daarom dat er extra nood is aan goede communicatie en het managen van verwachtingen, waar ziekenhuisscholen blijkbaar niet steeds in slagen.

“Waar we het veel moeilijker mee hebben is die ziekenhuisschool en K-dienst waar we soms pas heel **laattijdig terug reactie van krijgen** en waarbij we soms niet weten wat er wel of niet gebeurd is. Het komt vaak vanuit een psychiater die een heel **andere visie** heeft dan de school.” (zorgco/ln begeleider GO).

“Alle keren dat we met ziekenhuisscholen gewerkt hebben hoor ik bij leerkrachten dat er **frustraties** zijn omdat ze **niet kunnen inschatten waar de nadruk** opgelegd werd in de ziekenhuisschool. Ze **weten niet in welke omstandigheden de toetsen gemaakt werden**. De toets zegt niet alles over hoe de leerling in de ziekenhuisschool heeft gefunctioneerd. We hebben ook een aantal keer gehad dat de verbeterde toets uit de ziekenhuisschool naar ons werd teruggestuurd en dat de vakleerkracht merkt dat de **verbetering op een hele andere manier gebeurt**. ... We hebben al situaties gehad waar we **maanden niets gehoord** hebben van de ziekenhuisschool en dat op het einde van het schooljaar komen ze dan met een heel overzicht van hun bevindingen. Dit is niet fijn aangezien we tijdens het schooljaar op de klassenraden ook de leerling willen opvolgen.” (zorgco/ln begeleider GO).

“We hebben verschillende keren samengewerkt met de K-diensten maar hier hadden we nog meer **moelijkheden** mee. Het is bijzonder **moeilijk om in te schatten wat er van de school verwacht** wordt. Daarnaast wordt de **school vaak pas te laat verwittigd wanner de leerling terugkomt**.” zorgco/ln begeleider GO).

“Daarnaast is er ook nog een **samenwerkingsverbetering mogelijk** tussen ziekenhuisscholen en (thuis)scholen. In praktijk merk je dat er onderling te **weinig contact** met elkaar opgenomen wordt. Vorig jaar was het

⁴⁴ Belangrijke beperking hierbij is dat we over de ziekenhuisscholen als geheel spreken, mogelijke verschillen tussen ziekenhuisscholen kunnen we niet uit deze gegevens halen.



bijvoorbeeld gemakkelijker om leden van de delibererende klassenraad als adviserende klassenraad mee op te nemen in de ziekenhuisschool. Maar in de praktijk liggen ze vaak heel sterk uit elkaar." (PBD)

In alle ziekenhuisscholen (uitgezonderd De Haan) blijft de leerling ingeschreven in de thuishooschool. De thuishooschool blijft verantwoordelijk voor het uitschrijven van attesten (en ontvangt hier financiering voor). Dit wordt positief ervaren door de ziekenhuisscholen omdat het als hefboom ingezet kan worden om de scholen op hun verantwoordelijkheid te wijzen i.v.m. overleg en het bezorgen van materialen. Toch rapporteren ziekenhuisscholen variatie in de medewerking van thuishooscholen, afhankelijk van cultuur, visie, tijd, inzet en competenties van de zorgcoördinator/leerlingbegeleider ... Het is ook moeilijker om scholen te betrekken als de leerlingen al lange tijd niet of zelfs nog nooit naar de school gegaan zijn. Men stelt dat betrokkenheid van de thuishooschool tijdens het traject een vlottere terugkeer faciliteert.

10.4. Meerwaarde Poziliv

PoZiLiV is een letterwoord dat staat voor Platform voor Onderwijs aan Zieke Leerlingen In Vlaanderen. Het is een door het Vlaams Agentschap Onderwijs erkend platform waarin alle spelers die onderwijs voor zieke leerlingen mogelijk maken, verenigd zijn, met name: alle ziekenhuisscholen, Bednet, School & Ziekzijn, en Kom op tegen Kanker. Op de website verwijst men ook naar TOAH en POAH. Op regelmatige basis vindt overleg plaats met een kernteam en met alle leden. Daarnaast treedt PoZiLiV op als gesprekspartner naar de overheid en organiseert het soms studiedagen.

De leden geven aan dat overleg in het kader van het platform het vertrouwen tussen de organisaties heeft doen groeien en de samenwerking i.f.v. de zieke leerlingen heeft verbeterd:

"We komen vaak samen. We hebben geïnvesteerd in kennis maken met elkaars werking. En meer naar elkaar toegegroeid. Zo wordt er ook nagedacht om voor bepaalde leerlingen samen te werken en aanbod samen aan te bieden." (interview voorzitter PoZiLiv)

"Het is een platform dat alle mensen, alle actoren in het veld van het onderwijs aan het zieke kind verenigt. En daar zien wij mekaar en worden er ook wel afspraken onderling gemaakt waardoor dat we veel gemakkelijker dan vroeger... waardoor dat we ook vertrouwen in mekaar gekregen hebben. Dat vertrouwen was er misschien niet altijd zo. Uh, maar dat is de laatste jaren toch wel heel, heel veel verbeterd. En wij kunnen als wij denken ergens te...als wij ergens komen en we denken: "hier kan een andere organisatie écht iets betekenen", dan kunnen wij die heel gemakkelijk contacteren en omgekeerd is dat ook zo. Hè, dus dat loopt wel goed. Maar die contacten moeten toch wel altijd onderhouden worden. Dat is wel belangrijk." (interview School & Ziekzijn)

10.5. Conclusie

Op basis van de inzichten uit dit hoofdstuk, kunnen we een antwoord formuleren op de volgende evaluatievragen:

In welke mate en hoe organiseren de thuishooschool en de organisaties verantwoordelijk voor de uitvoering van de maatregelen zich om te waken over een samenhangend aanbod van gedeelde zorg voor de doelgroep(en)? Hoe loopt de samenwerking, in het bijzonder met de thuishooschool? Hoe wordt deze afstemming of het gebrek daaraan ervaren door de betrokkenen?

Veelvuldig (multi- of interdisciplinair) overleg tussen alle betrokken actoren vormt de basis voor samenwerking tussen de thuishooschool en de organisaties verantwoordelijk voor de uitvoering van de maatregelen. Er is immers geen geïndividualiseerd leer-/of zorgplan per kind. Afspraken worden bovendien zelden schriftelijk vastgelegd.



Dit overleg gaat doorgaans over de verwachtingen van alle betrokken partijen; informatie over de mogelijkheden, beperkingen, verwachtingen i.v.m. maatregelen; afspraken over het geïndividualiseerd traject (welke vakken, lessen, toetsen, taken, examens, ...); afspraken over welke onderdelen van dit traject via welke maatregel worden nagestreefd, en de timing ervan. Ouders zijn eerder ontevreden over de kwaliteit van dit overleg, en vooral over de informatiedoorstroming vanuit de thuischool. Voor hen en hun kinderen is vooral de manier van communiceren cruciaal: er moet open communicatie zijn, vanuit een begripvolle houding.

De regie van het traject van de leerling zou in principe bij de thuischool moeten liggen, maar in de praktijk is er zelden 1 duidelijke contactpersoon die het traject van een leerling opvolgt. Ook het CLB neemt deze regierol onvoldoende op. Heel vaak hebben ouders het gevoel er alleen voor te staan. Voor leerlingen die al lang niet meer naar school gaan, nemen actoren buiten de school geregeld deze rol van aanspreekpunt op.

De communicatie tussen de thuischool en de ziekenhuisschool blijkt een bijzonder aandachtspunt in de samenwerking. Het zijn twee werelden, met een andere logica. In de ziekenhuisschool geeft het medisch team of de psychiater aan wat haalbaar voor de leerling, in de thuischool heeft men de leerplandoelen voor ogen. Als men elkaar beter kent, loopt de samenwerking vlotter. Sommige leerlingen hebben een slechte relatie met hun thuischool, of ten gevolge van hun medische situatie geen vooruitzicht meer op terugkeer. Voor deze leerlingen blijken ziekenhuisscholen soms beslissingen te nemen zonder de thuischool voldoende te betrekken. Tot slot is vanuit het perspectief van de ziekenhuisschool een veel aangehaalde bekommernis de niet altijd vlotte communicatie met vakleerkrachten om leerstof en lesmateriaal door te geven.

Inzake de samenwerking tussen de organisaties verantwoordelijk voor de uitvoering van de maatregelen is PoZiLiV (Platform voor Onderwijs aan Zieke Leerlingen In Vlaanderen) een belangrijk initiatief. De leden geven aan dat overleg in het kader van het platform het vertrouwen tussen de organisaties heeft doen groeien en de samenwerking i.f.v. de zieke leerlingen heeft verbeterd. De thuischolen en de CLB's zijn echter niet vertegenwoordigd in dit netwerk: gezien de cruciale rol van het zorgbeleid van de thuischolen in de vormgeving van het onderwijs voor zieke leerlingen, lijkt dit een belangrijk gemis.

Wat zijn de mogelijkheden en wat is de invloed van de meer veralgemeende introductie van afstandsonderwijs en blended leren in het (post-) coronatijdperk op de vormgeving van het onderwijs voor zieke leerlingen?

Ook de samenwerking ziet er in het (post-) coronatijdperk anders uit. Het overleg en de informatiedoorstroming tussen alle betrokken actoren en de ouders verloopt meer en meer digitaal. Vooral de partners vinden dat dit de samenwerking gemakkelijker maakt. Ouders houden minder van digitale meetings en e-mails: zij vinden dat dit weinig begrip of betrokkenheid toont.



11 / Effecten

In dit hoofdstuk gaan we in op de effecten van de maatregelen.

We beginnen wel met enig voorbehoud: algemene uitspraken hierover doen is om meerdere redenen onmogelijk. Op basis van het onderzoek hebben we toch wel enkele inzichten kunnen ontwikkelen: we bespreken wat we leerden uit de survey's en verrijken dit verder met informatie uit de interviews en focusgroepen.

11.1. Algemene uitspraken onmogelijk

Doorheen de vorige hoofdstukken werd duidelijk dat de situatie van elke zieke leerling uniek is. Er zijn de medische of therapeutische noden en de behandeling die daarvoor nodig is, er is de gezins- en ruimere context die hun invloed hebben, op school wordt een geïndividualiseerd leertraject afgesproken, elk kind heeft eigen ambities, mogelijkheden, persoonlijke behoeften, en met het oog op dit alles streeft men ernaar om op maat de meest gepaste combinatie van maatregelen in te zetten.

Het is dus onmogelijk om algemene uitspraken te doen over 'de' effecten van 'de' maatregelen. Het criterium voor effectiviteit - wanneer zijn de ingezette maatregelen een succes? - is immers voor elke leerling anders.

“Dit is één van de moeilijkste vragen, want het varieert sterk van kind tot kind.

Stel dat jongeren schoolmoe zijn dan is doelstelling niet goed onderwijs geven, maar eerder ze te motiveren tot iets. Jongeren die verlamd zijn voor het leven bv. is de doelstellingen om te zoeken naar een alternatieve invulling van het leven. Het gaat echt over op maat!” (focusgroep directie ziekenhuisscholen)

Bovendien weten we ook dat er voor sommige maatregelen organisatorische drempels de goede uitvoering bemoeilijken. Dat kan ook het oordeel van respondenten over de effectiviteit beïnvloeden. Een maatregel kan pas de verhoopte effecten hebben, als hij op de vooropgestelde manier kan worden uitgevoerd. En tot slot weten we dat niet elke maatregel voor elke leerling geschikt of toegankelijk is (zie indicaties en tegenindicaties in 9.1). Een maatregel kan dus pas het verhoopte effect hebben voor een leerling, als deze aansluit bij zijn of haar mogelijkheden.

11.2. Inzichten i.v.m. effecten

Onderstaande tabel toont de reacties van ouders en scholen op de items over effectiviteit in de surveys. Deze items werden geformuleerd als 'Met de volgende vragen peilen we naar hoe u de impact van het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen inschat'. En dan volgde per maatregel een reeks stellingen om te beoordelen op een 5-puntenschaal. Ook de optie 'niet van toepassing' was voorzien. Echter, niet elk item werd bij elke groep bevroegd.



Tabel 28: Overzicht resultaten surveys⁴⁵

	Type 5		Bednet		TOAH	
% eerder-helemaal akkoord	Ouders (n = 88)	School (n = 47)	Ouders (n = 54)	School (n = 40)	Ouders (n = 56)	School (n = 58)
Beperken schoolse achterstand van het kind	63%	42%	74%	73%	66%	85%
Behoud van motivatie voor school van het kind	63%	56%	78%	65%	61%	74%
Een positieve impact op het welbevinden van het kind	76%		72%		72%	
Een positieve impact op het contact tussen het kind en de klasgenoten in de thuischool	22%	27%	70%	75%	29%	60%
Een positieve impact op het contact tussen het kind en de leerkrachten in de thuischool	28%		72%		50%	
Vlotte terugkeer naar de thuischool	35%	49%		60%		67%

Hieronder bespreken we eerst algemeen deze surveyresultaten. Vervolgens gaan we dieper in op wat we weten uit de interviews en focusgroepen over de betekenis van elk van de mogelijke of beoogde effecten. Ook enkele effecten waar we bij het opstellen van de survey nog niet aan dachten, komen aan bod.

⁴⁵ Om de redenen aangehaald in Hoofdstuk 7 beschouwen we de verzamelde gegevens over DMOB als onbetrouwbaar. Daarom werden ze niet opgenomen in deze tabel.



ALGEMEEN

Alle maatregelen hebben volgens de ouders blijkbaar een positieve impact op het welbevinden van de leerlingen. Bednet blijkt van alle maatregelen het sterkste effect te hebben op de schoolse doelstellingen: beperken schoolse achterstand, behoud van motivatie voor school, contact tussen het kind en de klasgenoten, en contact tussen het kind en de leerkrachten in de thuisschool. Dit is logisch, aangezien Bednet het ritme van de school volgt en inzet op het behoud van het contact. Maar hierbij moeten we dus zeker in rekening brengen dat Bednet niet voor alle leerlingen geschikt of haalbaar is.

Ouders beoordelen zowel ziekenhuisonderwijs en TOAH gematigd positief op vlak van beperken van schoolse achterstand en behoud van motivatie voor school. Scholen zelf zijn positiever over TOAH, en negatiever over ziekenhuisonderwijs: dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat scholen TOAH (in het beste geval) zelf in handen hebben, en bij ziekenhuisonderwijs de afstand groter is en de communicatie soms moeilijk. Een andere hypothese is dat ouders bij het invullen van de survey denken aan de ziekenhuisschool als ze 'school' lezen, en dan vinden dat hun kind het in die context (waarvan we weten dat die soms eerder los staat van de thuisschool) goed doet.

Inzake contact met de klasgenoten, contact met de leerkrachten en vlotte terugkeer naar de thuisschool wordt ziekenhuisonderwijs door zowel ouders als scholen het minst positief beoordeeld. Vanuit de eigen doelstellingen en context van het ziekenhuisonderwijs – behandeling en therapie komen eerst – en de medische of therapeutische situatie van de leerling – terugkeer naar dezelfde school is niet steeds een optie – is dit resultaat logisch te verklaren.

TOAH wordt op deze criteria positiever beoordeeld door scholen dan ouders. Vermoedelijk denken scholen aan de TOAH die ze met eigen leerkrachten kunnen organiseren, en dan zijn de resultaten aannemelijk. Voor de ouders kunnen de ervaringen diverser zijn (externe TOAH-leerkrachten, geen TOAH-leerkracht), wat het verschil kan verklaren.

BEPERKEN SCHOOLSE ACHTERSTAND

Voor de leerlingen met de cognitieve mogelijkheden en de nodige energie, kunnen alle maatregel een krachtig instrument zijn om de schoolse achterstand te beperken. Via Bednet, door te kunnen volgen wat er in de klas gebeurt, en via ziekenhuisonderwijs en TOAH, omdat er 1-op-1 begeleiding mogelijk is en er efficiënt kan worden geleerd. Ook School & Ziekzijn is op dit vlak heel krachtig.

“Het **individueel bijwerken van de leerstof** ging ook **vlotter** dan mocht ze in de klas de leerstof moeten meevolgen.” (focusgroep ouders)

Bednet houdt cijfers bij over de schoolresultaten na Bednet begeleiding. In '20-'21 bleek van de begeleide leerlingen waarvan men over de informatie beschikte, ruim de helft geslaagd te zijn.

Echter, voor sommige leerlingen is dit omwille van hun medische situatie niet haalbaar:

“En hebben we eigenlijk ook al vrij snel gezegd van dat het **getuigschrift zeer moeilijk nog behaald** kan worden, zeker omdat ze ook al in het vijfde zit. Dus zijn we nu eigenlijk ook tot een besluit gekomen dat we het **heel rustig** moeten aandoen. Wat ook heel jammer is, want we willen heel graag alles nog erdoor drammen om het zo te zeggen. Maar we kunnen dat ook niet doen. Dat gaat ook niet **voor haar welzijn**, en dus zijn we eigenlijk daar een beetje van afgestapt. Ook rapporten krijgt zij niet of **toetsen krijgt ze eigenlijk ook bijna niet.**” (focusgroep leerkrachten)

En tot slot kan schoolse achterstand voor praktijkvakken ook niet vermeden worden:

“**In de hogere jaren** gaan zeker de **praktijkervaringen** een belangrijkere rol in het lessenpakket opnemen. Als een leerling dan langdurig afwezig is **mist** hij vaak hele **stageblokken**. Dan is het **moeilijk om te slagen.**” (focusgroep leerlingenbegeleiders gewoon onderwijs)



VOELING MET EN MOTIVATIE VOOR SCHOOL

Het behoud van motivatie voor school blijkt belangrijk voor een vlotte terugkeer naar de thuisschool na de periode van afwezigheid.

Dat is de reden dat er in ziekenhuisscholen zoveel mogelijk echt naar de klas wordt gegaan, om het gevoel van 'naar school gaan' en het 'leren' te behouden.

“Vooral die verbinding met de thuisschool is belangrijk. Vaak verliezen ze dit doordat ze vaak afwezig geweest zijn. Wij zorgen ervoor dat ze het **leren terug gaan ontdekken**. Dit is zelfs nog **belangrijker dan het blijven van de lessen.**” (focusgroep directie ziekenhuisscholen)

Ook bij Bednet gaat het om het contact met de dynamiek van de klas niet verliezen. Bij TOAH speelt de leerkracht de verbindende rol.

Voor sommige leerlingen met een psychische aandoening is de stress van 'school' een deel van het probleem, andere leerlingen zijn schoolmoe,... Voor die leerlingen ligt de focus op het terugbrengen van de motivatie voor school, vaak in kleine stapjes.

“Bij onze SOLK-kinderen (Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten) gaat het voornamelijk om de druk eraf te halen en het **vertrouwen terug op te bouwen**. In de **psychiatrie** gaat het om heel **kleine motiefactoren** te geven.” (focusgroep directie ziekenhuisscholen)

WELBEVINDEN

De interviews en focusgroepen geven inzicht in wat dat brede begrip 'welbevinden', waar alle maatregelen een positieve impact op blijken te hebben, kan omvatten, of welke factoren ertoe kunnen bijdragen. We zien vier elementen:

► Zelfvertrouwen

Voor heel wat zieke leerlingen blijkt het opbouwen van zelfvertrouwen en zelfstandigheid een belangrijk resultaat van de begeleiding, als eerste stap richting (misschien, later) een schools traject. Het gaat om het versterken van hun zelfbeeld. In veel gevallen draagt de individuele, 1-op-1 begeleiding en ondersteuning daartoe bij.

“Ik denk naar **zelfstandigheid** toe. Ze is hier gestart in het 3de middelbaar. Ze is dan sowieso ouder geworden je groeit daar meer in. Los van wie dat je bent. Mus is daar ook serieus in gegroeid ook met die examencommissie met dat zo te doen dat traject. Dat is ook een goede voorbereiding geweest op het vervoltraject dat ze nu in Leuven volgt. Die zelfstandigheid is een grote meerwaarde geweest voor Mus.”
(interview ziekenhuisschool case Mus)

“Mijn **zelfzekerheid** is hier ook gegroeid. Ik kreeg meer de tijd om zaken voor te bereiden waardoor ik me zelfzekerder voelde” (interview leerling case Peruk)

“Bijvoorbeeld bij de ziekenhuisschool kreeg ze nog altijd haar wiskunde. Wat ik heel frappant vond was dat bij haar eerste 2 opnames mijn dochter thuiskwam en zei dat de wiskunde leerkracht zei dat ze slim is. Ze twijfelt altijd aan zichzelf, en ik zei dat dat wel fijn is. Dat hielp haar wel in haar **zelfvertrouwen**.”
(focusgroep ouders)

“Leerlingen die kunnen ervaren dat ze stappen kunnen zetten, **succeservaring, zelfvertrouwen**... voel ik aan als meerwaarde. Dat zijn de redenen waarom ik dit zo graag doe.” (focusgroep TOAH-leerkrachten)

► Rust, routine en veiligheid

De maatregelen bieden op verschillende manieren aan zieke leerlingen een rustige en veilige omgeving.



“Het opkrikken van het zelfvertrouwen van het kind, **structuur en routine** aan de dag geven is ook heel belangrijk.” (focusgroep consultants Bednet)

In het bijzonder in de ziekenhuisscholen, blijkt de ervaring dat ook andere kinderen dezelfde problemen hebben en dat dat OK is, bij te dragen aan dat gevoel van veiligheid.

“(In de ziekenhuisschool): de normale gang van zaken verderzetten. De **routine** is belangrijk om haar interesse te blijven stimuleren. Ze kreeg ook het **gevoel dat het niet enkel bij haar slecht was.**” (ouder case Peruk)

“En als ze vastliep en ze ging in een crisis, had ze daar ook **de tijd en de ruimte om dat te kunnen laten gebeuren.** Omdat je in zo een kleine groep zit, was het minder ingrijpend voor de anderen. Als je in een klas van 20 in uitbarsting gaat, of in een groepje van 4,... En als je in een groepje van 4 zit met **allemaal een beetje dezelfde problematiek**, wat dat **meer begrepen.** Je zit allemaal wel met dezelfde mentale problemen die daarachter zitten, dus je wordt eerder begrepen als het niet meer gaat. Dat is voor haar heel belangrijk die erkenning van het geeft niet als het niet gaat.” (interview ouder)

► Zingeving

Voor zieke leerlingen is les volgen of naar de ziekenhuisschool een van de weinige positieve, ‘normale’, zaken in hun leven. Het laat hen toe om gewoon ‘kind te zijn’.

“Ook het sociaal-emotionele effect is heel belangrijk. Even naar de klas komen betekent ook weg van de kamer. Leerlingen kunnen dankzij ons onderwijs ook **even terug gewoon ‘kind’ zijn.**”(focusgroep leerkrachten ziekenhuisscholen)

“Bij jongeren tijdens hun laatste fase van hun leven gaat het ook vaak om **zingeving.**”(focusgroep directie ziekenhuisscholen)

“In het verleden zeiden mensen vaak: ‘Amai jouw job moet zwaar zijn omdat je veel met zieke kinderen in contact komt.’ Ik ervaar dit eerder als een lichtpunt. Wij kunnen **perspectief** bieden voor de zieke leerlingen. Wij zorgen voor **positief nieuws.**” (focusgroep consultants Bednet)

► Sociaal isolement doorbreken

Contact met klasgenoten blijkt voor sommige leerlingen belangrijk voor het welbevinden: met de klasgenoten van de thuishoofschool in het geval van Bednet, maar ook de contacten met de klasgenoten in de ziekenhuisschool zijn een meerwaarde.

Er zijn ook leerlingen die hun klasgenoten liever niet (meer) zien, dan speelt dat effect uiteraard niet. Maar dan nog is voor deze leerlingen bv. een leerkracht thuis een manier om het sociaal isolement te doorbreken.

“Er zijn kinderen met psychische problematiek daarvan zijn er een aantal schoolweigeraars, kinderen die gepest geweest zijn. Die hun **klas** gedurende een tijd **niet wensen te zien** en hun juf soms ook niet. Omdat dat juist soms die nare gevoelens naar boven brengt.” (focusgroep School & Ziekzijn)

“Het **enige contact met de buitenwereld** waren de leerkrachten van School & Ziekzijn bij mijn dochter.” (focusgroep ouders)

HERORIËNTATIE I.P.V. TERUGKEER

In het bijzonder in de ziekenhuisscholen zijn er leerlingen die na hun opname niet meer terug kunnen naar hun oude school. Een succesvolle heroriëntatie moet dus gezien worden als een even positieve uitkomst van deze maatregel dan een vlotte terugkeer.

“We hebben hier zo een uiteenlopend publiek. Dan speel je als school een belangrijke rol in het zoeken naar wat er mogelijk is en waartoe kunnen we de jongeren bewegen. Dan zijn we als **ziekenhuisschool** heel goed



geplaatst om de jongeren te helpen met hun toekomstvisie en het **heroriëntatietraject**." (focusgroep directie ziekenhuisscholen)

"We kunnen ook vaak een **re-oriëntatie succesvol** doen. Je zorgt voor iets **betekenisvol** in het traject van de leerling." (focusgroep leerkrachten ziekenhuisscholen)

"In het ziekenhuis hebben ze **Peruk geheroriënteerd** naar het type-9 onderwijs. Dit **verloopt wel heel goed**." (ouder case Peruk)

STEUN VOOR OUDERS

Leerkrachten die aan huis gaan, zoals bij TOAH en School & Ziekzijn, blijken ook een effect te hebben op ouders, door steun te kunnen bieden of een vertrouwenspersoon te zijn.

"Je komt ook thuis. De ouders accepteren u en ze gaan vele met u delen. Een van de enige die de leerling ziet in zijn thuiscontext, die ook de ouders ziet. Je ontdekt ook beetje oorzaak van de problemen. Dat is een grote meerwaarde, dat je er **niet alleen bent voor de leerling, maar ook voor de ouders**." (focusgroep TOAH-leerkrachten)

11.3. Conclusie

Op basis van de inzichten uit dit hoofdstuk, kunnen we een antwoord formuleren op de volgende evaluatievraag:

Wat zijn de effecten van de inzet van de maatregelen ten aanzien van zieke kinderen?

Het is moeilijk om algemene uitspraken te doen over de effecten van de inzet van de maatregelen. De situatie van elke zieke leerling is immers uniek, het criterium voor effectiviteit – wanneer zijn de ingezette maatregelen een succes? – is voor elke leerling anders.

Toch durven we een aantal conclusies trekken. Volgens de surveyresultaten hebben alle maatregelen (ziekenhuisscholen, TOAH, Bednet) volgens de ouders een positieve impact op het welbevinden van de leerlingen. Zo blijkt voor heel wat zieke leerlingen concreet het opbouwen van zelfvertrouwen en zelfstandigheid een belangrijk resultaat. Daarnaast bieden de maatregelen op verschillende manieren aan zieke leerlingen een rustige en veilige omgeving, wat ook bijdraagt aan het welbevinden. Zingeving is ook element van welbevinden: voor zieke leerlingen is les volgen of naar de ziekenhuisschool een van de weinige positieve, 'normale', zaken in hun leven. En tot slot doorbreken de maatregelen op verschillende manieren het sociaal isolement.

Op het vlak van het beperken van de schoolse achterstand, kunnen alle maatregelen een krachtig instrument zijn, op voorwaarde dat de leerlingen de cognitieve mogelijkheden en de nodige energie hebben. Via Bednet – dat op dit punt de beste resultaten behaalt in de survey – door te kunnen volgen wat er in de klas gebeurt, en via ziekenhuisonderwijs en TOAH, omdat er 1-op-1 begeleiding mogelijk is en er efficiënt kan worden geleerd. Ook School & Ziekzijn is op dit vlak heel krachtig. Echter, voor sommige leerlingen is schoolse achterstand beperken of inhalen omwille van hun medische situatie niet haalbaar. Ook voor praktijkvakken kan schoolse achterstand niet vermeden worden.

Het behoud van motivatie voor school blijkt belangrijk voor een vlotte terugkeer naar de thuishoofschool na de periode van afwezigheid. Inzake contact met de klasgenoten, contact met de leerkrachten en vlotte terugkeer naar de thuishoofschool wordt ziekenhuisonderwijs door zowel ouders als scholen het minst positief beoordeeld. Maar in de ziekenhuisscholen zijn er leerlingen die na hun opname niet meer terug kunnen naar hun oude school. T.a.v. het criterium vlotte terugkeer naar de thuishoofschool, moet een succesvolle heroriëntatie naar een andere school dus gezien worden als een even positieve uitkomst van deze maatregel.

Tot slot blijken maatregelen waarbij leerkrachten aan huis gaan, zoals TOAH en School & Ziekzijn, ook een effect te hebben op ouders, door steun te kunnen bieden of een vertrouwenspersoon te zijn.



12 / Algemene conclusies

In dit hoofdstuk brengen we alle inzichten uit dit evaluatierapport samen in algemene conclusies. We gebruiken de evaluatiecriteria relevantie, coherentie, effectiviteit, en efficiëntie als kapstok, en daaronder vatten we de belangrijkste conclusies samen die voortvloeien uit het beantwoorden van de evaluatievragen in de afzonderlijke hoofdstukken. Ook evaluatievragen die nog onvoldoende werden beantwoord, worden hier verder uitgediept.

12.1. Relevantie

Het criterium relevantie gaat over de mate waarin het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen aansluit bij de noden van de doelgroep. Om dit te kunnen beoordelen moeten we eerst een beeld geven van de doelgroep, om vervolgens het aanbod, en de manier waarop dit vorm krijgt, er tegenover te kunnen stellen.

Doelgroep 'zieke leerlingen': kwantitatief kleine groep, breed spectrum aan problematieken – oververtegenwoordigd in buitengewoon onderwijs, sociaaleconomisch kwetsbaar

De 'zieke leerlingen' waar het in deze studie over gaat, zijn de langdurig en chronisch zieke leerlingen. Er is geen eenduidige afbakening en definitie van deze doelgroep.

De term 'ziek' is immers niet eenduidig. De enige zekerheid is dat 'zieke leerlingen' in deze context leerlingen zijn die gewettigd afwezig zijn met een medisch attest. Het is de arts of psychiater die bepaalt of een leerling ziek is en om die reden niet (voltijds) naar school mag of kan gaan. Volgens de definitie uit de regelgeving i.v.m. Tijdelijk Onderwijs aan Huis (TOAH) voor zieke leerlingen, wordt een leerling beschouwd als 'langdurig ziek' als hij of zij meer dan 21 kalenderdagen na elkaar afwezig is door een ziekte of ongeval. 'Chronisch ziek' betekent volgens diezelfde definitie dat een kind een terugkerende behandeling ondergaat en daarom telkens een korte periode niet naar school kan gaan. Echter, uit dit onderzoek blijkt dat voor het zo snel mogelijk aanbieden van een gepast onderwijsaanbod, deze drempel en dit onderscheid rigide en overbodig zijn: elke zieke leerling is anders, en vanuit specifieke noden moet maatwerk kunnen worden geboden, indien nodig al vanaf dag 1 van de afwezigheid.

Uit dit onderzoek blijkt dat achter de term 'ziek' een breder spectrum aandoeningen, kwetsbaarheden, problemen en situaties schuilt dan de klassieke fysieke ziekte die er gewoonlijk onder wordt verstaan. Dit ligt in lijn met de evolutie in het begrip 'ziek' die we breder in samenleving zien, waar er een opvallende verschuiving is van fysieke naar psychosociale, emotionele en gedragsproblematieken. Uit dit onderzoek blijkt bovendien dat 'ziek zijn' niet enkel een *oorzaak* is van niet meer naar school kunnen gaan en de nood aan een gepast onderwijsaanbod, maar dat leerlingen ook 'ziek zijn' als *gevolg* van een onaangepast onderwijsaanbod (bv. ASS), van de afwezigheid van een gepast onderwijsaanbod (bv. plaatstekort), of van een school die een leerling niet op school kan of wil houden.

In aantallen gaat het om een kleine groep leerlingen die regelmatig of langdurig ziek zijn: het gaat om ongeveer 2% van de leerlingen in het lager onderwijs en ongeveer 7% in het secundair onderwijs. In absolute aantallen gaat het de laatste jaren gemiddeld om ruim 41.000 leerlingen. Daarbinnen vormen de langdurig zieke leerlingen (> 15 schooldagen achtereen) een groep van zo'n 8.000 leerlingen. De anderen zijn vaak afwezig wegens ziekte (meer dan 10% van de schooldagen), maar niet per se in een aansluitende periode. Kwantitatief gaat het dus om een relatief klein probleem dat – zo blijkt uit dit onderzoek – echter kwalitatief een grote impact heeft op een individu (kind, ouder) en de organisatie (de school) wanneer het zich voordoet. Bovendien heeft het eveneens een potentiële grote impact op het verdere leven van het kind of de jongere.

In het buitengewoon onderwijs is het aandeel zieke leerlingen groter. Dit kan enerzijds erop wijzen dat leerlingen in het buitengewoon onderwijs verhoudingsgewijs vaker te kampen hebben met andere aandoeningen (psychisch en/of lichamelijk). Ook kan het liggen aan een gebrek aan inclusiviteit van het gewoon onderwijs, waarbij men er in sommige gevallen niet in slaagt voor zieke leerlingen een afgestemd onderwijsaanbod te organiseren en deze



leerlingen doorverwijst naar het buitengewoon onderwijs. Tot slot stelden we in dit onderzoek vast dat TOAH in het buitengewoon onderwijs geregeld wordt ingezet op een manier waarop het eigenlijk niet bedoeld is (bv. als alternatief voor Permanent Onderwijs aan Huis): dit kan ook een invloed hebben op het aantal leerlingen met medische attesten in het buitengewoon onderwijs. Uit onze cijfers blijkt dat meer dan de helft van de TOAH aanvragen uit het buitengewoon onderwijs komen (ongeveer 1600 in '20-'21). Binnen die groep gaat het in ongeveer de helft van de gevallen om aanvragen voor een volledig schooljaar.

Qua geslacht zien we in het lager onderwijs een oververtegenwoordiging van jongens in de doelgroep van zieke leerlingen, in het secundair een oververtegenwoordiging van meisjes. Ook blijkt er een link met sociaaleconomische status: leerlingen met een laagopgeleide moeder of waarvan de ouders recht hebben op een schooltoelage, behoren verhoudingsgewijs vaker tot de doelgroep.

Aanbod: niet elke maatregel relevant voor elke zieke leerling, maar complementariteit maakt combinaties op maat mogelijk

In deze evaluatie werden, naast het zorgbeleid van de school, vier maatregelen voor onderwijs aan zieke leerlingen onder de loep genomen (Tijdelijk Onderwijs aan Huis of TOAH, Bednet, ziekenhuisonderwijs, DMOB) en School & Ziekzijn als belangrijkste initiatief van vrijwilligers.

Uit dit onderzoek blijkt dat elk van de onderzochte maatregelen specifieke sterktes en zwaktes heeft: indicaties en tegenindicaties van waarvoor of wanneer een maatregel meer of minder aangewezen is.

Onderwijs in een ziekenhuisschool of een DMOB hangen automatisch samen met een opname in de zorginstelling (ziekenhuis, revalidatiecentrum, psychiatrie, ...) waaraan deze verbonden zijn. In ziekenhuisscholen hebben leerlingen recht op les vanaf een minimaal aantal dagen in de zorginstelling. Dit onderwijsaanbod biedt de mogelijkheid om aan te sterken of een behandeling te krijgen, en tegelijk onderwijs te krijgen dat afgestemd is op de individuele noden van het kind. Therapie of behandeling komt hier echter altijd op de eerste plaats, het onderwijsaanbod volgt.

Ook TOAH en School & Ziekzijn kunnen het ritme van het kind volgen: ze bieden 1-op-1 onderwijs, dat flexibel en op maat kan worden ingezet. Dit maakt dat leerlingen die het aankunnen, op cognitief vlak snel en efficiënt kunnen leren. Daarnaast geven de (vrijwillige) leerkrachten aan huis ook sociaalemotionele steun, zowel voor de leerling als voor het gezin.

Het belangrijkste nadeel van bovenstaande maatregelen is dat contact met medeleerlingen verwatert en de afstand tot de thuishoofschool vergroot, zeker als de periode van afwezigheid lang duurt. Dat sociaal contact, de binding met de thuishoofschool en in bijzonder de klasgenoten, is dan weer de uitgesproken sterkte van Bednet: de leerlingen kunnen de lessen in de thuishoofschool blijven volgen. Cruciale randvoorwaarde hier is dat er geen te grote achterstand mag zijn t.o.v. de klas en dat de leerling het tempo van de lessen in de thuishoofschool kan blijven volgen in combinatie met behandeling of therapie.

Bovenstaande kenmerken van de maatregelen maken dat niet elke maatregel relevant is voor elke zieke leerling. Dit maakt het aanbod echter wel complementair. Combinaties van maatregelen blijken in de praktijk dan ook vaak voor te komen.

Sterk zorgbeleid in thuishoofschool cruciaal voor onderwijsaanbod waarin zieke leerling centraal staat

Bij de organisatie van het onderwijsaanbod voor een individuele zieke leerling, wordt volgens scholen met een sterk zorgbeleid en betrokken zorgverleners, telkens vanuit de noden van het kind het totale plaatje bekeken. In overleg met het gezin, de arts en de school, wordt de meest gepaste combinatie van maatregelen gezocht, om maatwerk te bieden voor elk kind. De ziekte op zich is niet bepalend: er is geen 1-op-1 link tussen een ziekte en de maatregelen. Men richt zich eerder op het tempo van het kind, dat afhankelijk is van de mate van ziekte of herstel, vermoeidheid, cognitief vermogen, ... Tegelijk moet een haalbare planning gemaakt worden, in combinatie met behandeling of therapie. Zowel het schooltraject als het behandelingstraject zijn steeds in evolutie.



Uit dit onderzoek blijkt echter dat ouders niet steeds ervaren dat de noden en mogelijkheden van hun kind centraal staan in het onderwijsaanbod dat aan hun zieke kind geboden wordt. Vaak ervaren ze dat de thuischool van hun kind niet in staat of bereid is om zelf vanuit het zorgbeleid een onderwijsaanbod te organiseren.

Een cruciale taak van de thuischool bij de organisatie van het onderwijsaanbod, is het uittekenen van een geïndividualiseerd leertraject. Dit omvat het selecteren van de leerdoelen die een zieke leerling moet bereiken, bepalen welke vakken de leerling moet volgen, en wat dat vervolgens betekent voor de evaluatie en eventueel studiebewijs. Andere partners in het onderwijsaanbod voor de zieke leerling richten zich op deze beslissing van de thuischool, en er wordt afgesproken wie wat doet.

In het buitengewoon onderwijs is deze individuele aanpak de gebruikelijke manier van werken. In het gewoon onderwijs is dit een recenter fenomeen. Hoewel het uittekenen van een geïndividualiseerd traject normaal zou moeten zijn bij zieke kinderen, wijzen onze vaststellingen erop dat scholen moeite hebben met dispensereren. Er ontstaat niet zelden een spanningsveld tussen de verwachtingen van de school versus de mogelijkheden, beperkingen of ambities van leerlingen en ouders. Een uitdaging hierbij – zeker in het secundair onderwijs – zijn enerzijds de verschillende eisen van verschillende leerkrachten, en anderzijds zorgen dat het niet te veel wordt voor de leerling. Bovendien is er onduidelijkheid bij partnerorganisaties en ouders wat al dan niet mogelijk is. De verwachtingen die dan uiteindelijk voorop worden gesteld door de thuischool blijken vaak onduidelijk voor ouders en leerlingen.

Een sterk zorgbeleid in de thuischool blijkt een bepalende factor in de vormgeving van het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen. Scholen verschillen sterk in de kwaliteit van hun zorgbeleid. Hierdoor ontstaan onaanvaardbare verschillen tussen scholen. Dit toont zich doorheen de evaluatieresultaten op verschillende vlakken:

- ▶ Scholen met een sterk zorgbeleid stellen vlotter geïndividualiseerd leertrajecten voor;
- ▶ Er is ook een grotere alertheid en systematiek waarmee ze afwezigheden – ook als deze gewettigd zijn met een medisch attest – opvolgen. Indien nodig, schakelt men het zorgteam en eventueel het CLB in;
- ▶ Er is eveneens een meer ondersteunende en begripvolle houding bij opstart, doorheen het traject, en bij terugkeer;
- ▶ Ook wordt meer tijd genomen voor open communicatie met de ouders en is er een grotere bereidheid om informatie en materiaal te delen met bv. de ziekenhuisschool of andere partnerorganisaties, ...

Volgende factoren verklaren verschillen in hoeverre scholen al dan niet een sterk zorgbeleid hebben:

- ▶ De mate waarin de brede ontwikkeling van alle leerlingen in alle contexten voorop staat in de schoolvisie of -cultuur;
- ▶ De mate waarin de directie belang hecht aan zorg (en er dus personeel en middelen voor inzet);
- ▶ De inzet en competenties van de individuele leerlingenbegeleider of zorgcoördinator;
- ▶ Het draagvlak voor zorg binnen het team.

Ook ervaring met concrete casussen speelt een belangrijke rol. Dit laatste is voor de relatief kleine groep van zieke leerlingen een slechte zaak. Er is in scholen vaak eerder beperkte ervaring, en bijgevolg ook geen specifiek beleid: ondersteuning gebeurt eerder ad hoc.

Sommige maatregelen ook relevant voor andere dan de vooropgestelde doelgroepen of noden

De bestaande maatregelen bieden ook een meerwaarde of oplossing voor andere doelgroepen dan waarvoor ze initieel ingericht zijn. Voor TOAH is deze vaststelling het meest uitgesproken. Het aantal TOAH-aanvragen ligt 3 tot 4 keer hoger in het secundair onderwijs dan in het basisonderwijs. Meer dan de helft van de TOAH-aanvragen komt uit het buitengewoon onderwijs. Het gaat vaak om leerlingen die op vraag van de school, niet of niet voltijds



naar school gaan (en dus 'op vraag' 'ziek geschreven worden' door arts of psychiater). In het buitengewoon onderwijs blijken TOAH-aanvragen voor een volledig schooljaar een veel voorkomende praktijk.

Voor heel wat leerlingen blijkt de school niet meer de beste oplossing te zijn: voor hen wordt vaak gekeken naar TOAH om via (tijdelijk) 1-op-1 onderwijs hun leerrecht te garanderen. Het gaat enerzijds om leerlingen wiens gedrag of noden de school voor uitdagingen stelt, zélf in het buitengewoon onderwijs, en anderzijds om leerlingen die omwille van een psychische problematiek/psychisch lijden niet naar school kunnen gaan (bv. voor jongeren met autisme voor wie de schoolcontext bijkomende psychiatrische problemen veroorzaakt). Dit zijn vaak ook leerlingen die wachten op opname in de psychiatrie of een residentiële voorziening of zonder school thuis zitten wegens schorsing of definitieve uitsluiting.

Achter elk van deze casussen schuilt niet zelden een schrijnend verhaal, dat moet gezien worden in een context van plaatsgebrek in scholen voor buitengewoon onderwijs, een concentratie van zorgnoden in het buitengewoon onderwijs sinds de invoering van het M-decreet, wachtlijsten in de kinder- en jeugdpsychiatrie en plaatsgebrek in de (residentiële) zorgvoorzieningen voor jongeren in het algemeen. Het gaat om leerlingen die om uiteenlopende redenen gedwongen moeten thuis zitten en ook niet kunnen blijven in onderwijs.

Meerdere actoren geven aan dat de maatregelen – in het bijzonder TOAH – ook voor deze doelgroepen zouden moeten ingezet kunnen worden.

Om tegemoet te komen aan de noden van de leerling en/of de school, wordt er vandaag al door meerdere actoren creatief met de regelgeving omgegaan.

Ziekenhuisonderwijs is de tweede maatregel met potentieel een ruimere relevantie. Ook daar kijkt men vanuit de bijzondere jeugdzorg met aandacht naar: volgens de huidige regelgeving is het aanbieden van dit type onderwijs in de residentiële jeugdzorg nog niet volledig mogelijk. Er lopen momenteel experimenten om de mogelijkheden van dit model te verkennen.

Leemten in de maatregelen

Ondanks de mogelijkheden van het onderwijsaanbod, zijn er toch nog leemten in de maatregelen. Vooral leerlingen in kansarmoede en met een andere thuistaal zijn benadeeld (zie ook verder). Het aanbod is er wel, maar bereikt hen niet omdat de communicatie moeilijk verloopt. Ook is een arts of psychiater voor hen vaak te duur. Chronisch zieke leerlingen dreigen eveneens uit de boot te vallen. Ze kunnen af en toe wel naar school gaan, waardoor hun afwezigheid onvoorspelbaar is, hun potentiële achterstand en gebrek aan welbevinden en betrokkenheid kan worden onderschat en niet snel genoeg aan ondersteuning wordt gedacht. Ook verpleegkundige zorgen op school kunnen voor deze leerlingen niet overal even goed geboden worden. Voor leerlingen die zich voorbereiden op de examencommissie zijn de maatregelen in principe niet van toepassing. Ook zieke leerlingen in het tweedekansonderwijs, dbso, ... kunnen er geen beroep op doen. Praktijkvakken zijn een volgende leemte in het aanbod. Deze zijn belangrijk voor leerlingen in beroepsgerichte opleidingen, maar kunnen door geen enkele van de maatregelen afdoende worden ingevuld. Tot slot willen zieke leerlingen ook gewoon 'kind' zijn: begeleiding voor zieke leerlingen bij uitstappen zoals zeeklassen of bosklassen, of ondersteuning van zieke leerlingen bij hobby's (bv. muziekschool), is dus ook een leemte in het aanbod.

12.2. Coherentie

Het criterium coherentie verwijst naar de mate waarin de diverse maatregelen op elkaar afgestemd zijn en een coherent aanbod vormen, inclusief de samenhang met initiatieven van andere organisaties.



Complementaire maatregelen, maar geen structurele garanties voor een coherent aanbod

Zoals gezegd komen combinaties van maatregelen vaak voor. Het kan gaan om combinaties tegelijk in de tijd of achtereenvolgend in een traject. TOAH en Bednet worden vaak gecombineerd omdat hun mogelijkheden complementair zijn: TOAH om efficiënt achterstand in te halen, Bednet voor het sociaal contact. Als er geen leerkrachten voor TOAH worden gevonden, wordt School & Ziekzijn vaak ingeschakeld. Soms ook om bovenop de 4 TOAH-uren leerachterstand in te halen. Bednet en TOAH worden ook in combinatie met ziekenhuisonderwijs ingezet: aanvullend, voor bepaalde vakken of specialiteiten die een ziekenhuisschool zelf niet kan aanbieden, of voor leerlingen die al Bednet of TOAH hadden voor dat ze opgenomen werden. De maatregelen blijven dan doorlopen na ontslag of in een tussenperiode voor chronisch zieke leerlingen. Beide maatregelen spelen zo ook een rol om de band met de thuishoofschool te behouden of op te bouwen. Heel wat zieke leerlingen doen, naast de maatregelen, ook beroep op andere vormen van ondersteuning bij hun onderwijstraject (bv. privéles, NAFT-traject, zorgboerderij, anti-coach, logopedist, internaat, ...).

Er is echter geen geïndividualiseerd leer-/of zorgplan per kind of geen gemeenschappelijk dossier: tenzij in het hoofd van de ouders of de leerling zelf, is er geen enkele plek waar de informatie over onderwijs en therapie of behandeling samen komen. Elke betrokken organisatie werkt vanuit zijn eigen dossier, doet zijn eigen intake, ...

De regie van het traject van de leerling zou in principe bij de thuishoofschool moeten liggen: waar dit goed gaat, is dit doorgaans de verdienste van de zorgcoördinator of leerlingenbegeleider, maar in de praktijk is er zelden 1 duidelijke contactpersoon die het traject van een leerling opvolgt. Ook het CLB neemt deze regierol onvoldoende op. Het CLB werkt op vraag, van scholen en van ouders, waardoor het CLB niet noodzakelijk betrokken is bij de organisatie van een onderwijsaanbod voor zieke leerlingen. De algemene ervaring is dat CLB's dikwijls overbevraagd zijn. Ook actoren buiten de school nemen geregeld deze rol van regisseur op (bv. consultant Bednet, ondersteuningsnetwerk, ...).

Het resultaat van dit alles is dat ouders heel vaak het gevoel hebben er alleen voor te staan.

Het huidige systeem biedt dus geen structurele garanties voor een coherent aanbod. De maatregelen lijken uit te gaan van een eerder verouderd model, waarin 'ziek zijn' moet worden opgelost buiten de school, waarna de leerling 'gezond' kan terugkomen. Maar bij chronische aandoeningen, psychosociale, emotionele en gedragsproblematieken gaat deze redenering niet op: de school is en blijft een centrale partner in het gezond zijn van leerlingen. Het ontbrekend statuut van 'bekwame helper' dat leerkrachten zou toelaten zelf bepaalde paramedische zorgen toe te dienen, is in die context een concreet gemis.

Breder beleidsmatig ontbreekt er een duidelijk gedeeld kader voor alle betrokken actoren. De decreten leerlingenbegeleiding en het M-decreet/decreet leersteun zouden hiervoor een basis kunnen bieden, maar langdurig en chronisch zieke leerlingen worden niet expliciet benoemd als doelgroep van deze decreten. Deze leerlingen zijn echter ook 'gewoon' leerlingen met zorgnoden, en indien hun noden complex zijn, zijn onderwijs voor leerlingen met een beperking en voor zieke leerlingen in algemene zin gelijklopend. De vaststelling dat thuishoofscholen en de CLB's niet vertegenwoordigd zijn in PoZiLiV, het netwerk van de organisaties verantwoordelijk voor de uitvoering van de maatregelen, illustreert ook deze beperkte integratie. Hoewel de leden aangeven dat overleg in het kader van het platform het vertrouwen tussen de organisaties heeft doen groeien en de samenwerking i.f.v. de zieke leerlingen heeft verbeterd, negeert dit toch enigszins de cruciale rol van het zorgbeleid van de thuishoofscholen in de vormgeving van het onderwijs voor zieke leerlingen.

Veelvuldig overleg als basis voor samenwerking: tijdsintensief, met risico op onduidelijkheid en misverstanden

In de praktijk vormt veelvuldig (multi- of interdisciplinair) overleg tussen alle betrokken actoren de basis voor samenwerking tussen de thuishoofschool en de organisaties verantwoordelijk voor de uitvoering van de maatregelen. Dit overleg gaat doorgaans over de verwachtingen van alle betrokken partijen; informatie over de mogelijkheden,



beperkingen, verwachtingen i.v.m. maatregelen; afspraken over het geïndividualiseerd traject; afspraken over welke onderdelen van dit traject via welke maatregel worden nagestreefd, en de timing ervan.

Dergelijk overleg is zeer tijdsintensief voor alle betrokkenen, wat in sommige gevallen een trage reactiesnelheid verklaart. Bovendien worden de afspraken die in dergelijk overleg worden gemaakt, zelden schriftelijk gedocumenteerd, met risico op onduidelijkheid en misverstanden.

12.3. Effectiviteit

Het criterium effectiviteit gaat over de mate waarin de maatregelen (elk afzonderlijk of in combinatie) bijdragen aan de doelstellingen, in het bijzonder leerachterstand beperken en terugkeer naar school voorbereiden. Het gaat over de effecten en de vraag welke combinaties van maatregelen het meest succesvol zijn, voor wie, waarom *en onder welke voorwaarden*.

Uit dit onderzoek blijkt dat het bekijken van deze voorwaarden cruciaal is bij het beoordelen van de maatregelen. Er zijn heel wat contextfactoren op micro- (de leerling en zijn gezin), meso- (de betrokken scholen, organisaties en zorginstellingen) en macroniveau (maatschappelijke evoluties en regelgeving) die eerst en vooral het bereik, en vervolgens de doelmatigheid van de maatregelen ondersteunen of net beperken. Om de conclusies over effecten in het juiste perspectief te kunnen plaatsen, gaan we eerst dieper in op deze contextfactoren.

Ziekte of aandoening leerling - maar ook andere individuele kenmerken - geven aan wat mogelijk is

Een cruciale factor op individueel niveau is uiteraard de ziekte of aandoening van de leerling. Dit speelt een rol in de manier waarop thuis scholen het onderwijsaanbod voor de leerling vormgeven. Zo blijkt de mate waarin zieke leerlingen een ondersteunende en begripvolle houding ervaren, samen te hangen met de aard van de ziekte of aandoening. Er blijkt over het algemeen meer begrip voor bekende, zichtbare aandoeningen. De aandoeningen waar minder begrip voor is - of in sommige gevallen zelfs een negatieve houding van wantrouwen tegenover bestaat - hebben volgende kenmerken: ze zijn minder zichtbaar of duidelijk gediagnosticeerd, ze zijn onvoorspelbaar, of ze gaan gepaard met moeilijk gedrag. Heel wat psychische aandoeningen vertonen een combinatie van deze kenmerken. Het heeft ook een invloed op de reactiesnelheid van scholen: vooral psychische/mentale problemen blijven langer onder de radar, omdat ze minder zichtbaar en voorspelbaar zijn, en er nog een zeker taboe op rust (bij leerkrachten of ouders), wat ze moeilijker bespreekbaar maakt.

Wat de maatregelen zelf betreft, is het ziekenhuisonderwijs, door de flexibele en individuele invulling van de lessen, het meest uitgesproken in staat om het onderwijsaanbod af te stemmen op de ziekte of aandoening van de leerling. Ook TOAH en School & Ziekzijn kunnen in grote mate tegemoetkomen aan de noden van leerlingen met uiteenlopende ziektes of aandoeningen. Enkel bij risico op infectie als een leerkracht aan huis komt, is er een beperking (wat soms wordt opgelost via afstandsonderwijs). Vooral Bednet blijkt niet bij elke ziekte of aandoening de gepaste oplossing: leerlingen moeten de fysieke of mentale mogelijkheid hebben om zich te concentreren op het moment dat de les doorgaat, ze moeten het psychologisch aankunnen om hun medeleerlingen te zien, en het moet in te passen zijn in hun behandelingschema of therapie. Bednet kan dan weer voor sommige leerlingen een oplossing zijn als isolatie medisch aangewezen is, bv. chronische aandoening met risico op infecties, spierziekte chemo, muco,... en TOAH, School & Ziekzijn of ziekenhuisschool een risico vormen.

Het geïndividualiseerd traject dat voor de zieke leerling wordt afgesproken, is het bepalende criterium voor effectiviteit inzake beperken van schoolse achterstand. Uit dit onderzoek blijkt dat leerlingkenmerken een rol spelen in de vlothed waarmee een geïndividualiseerd traject kan worden opgezet: het heeft te maken met het eerdere traject van het kind op de school, zowel op vlak van schoolprestaties als gedrag, cognitieve capaciteiten, of leeftijd (hoe jonger, hoe meer er nog mogelijk is). Treffend is hier dat voor sommige leerlingen leerkrachten niet *bereid* zouden zijn om een individueel traject in overweging te nemen, op basis van hun gedrag. Voor



sommige leerlingen beslist de arts of psychiater echter dat medische of therapeutische doelstellingen primeren. Dan wordt het schoolse traject zelfs (tijdelijk) losgelaten.

Thuisituatie cruciale pijler van ondersteuning

Leerlingen met Nederlandstalige, mondige, hoogopgeleide, en financieel bemiddelde ouders blijken beter af te zijn bij het bekomen van een aangepast onderwijsaanbod. Dit is een lastige vaststelling als we weten dat de doelgroep verhoudingsgewijs een lagere sociaaleconomisch status heeft.

Het begint opnieuw al in de thuisschool, aangezien ouders veelal het initiatief blijken te nemen om het onderwijs voor hun kind te regelen en dit afhankelijk is van de mondigheid van ouders. Contact zoeken met de school om te vragen naar of aan te dringen op een aangepast traject voor je kind blijkt een grote stap die niet alle ouders durven of kunnen zetten.

In het kader van TOAH is een rustige, gezonde werkplek van belang. Dit is in sommige thuiscontexten niet mogelijk. Bovendien moet het gezin ervoor open staan om een leerkracht thuis te ontvangen, wat niet voor elke ouder evident is, omwille van thuistaal, een negatieve houding t.a.v. school/onderwijs, schaamte over de thuisituatie, ... De verwachtingen t.a.v. ouders i.k.v. TOAH zijn hoog: er wordt verwacht dat ze aanwezig zijn tijdens het lesmoment, ondersteuning bieden, ... Ook voor Bednet zijn de verwachtingen hoog: er moet thuis een rustige werkplek zijn, en als leerlingen onvoldoende zelfstandig zijn, is begeleiding door de ouders – en dus de nodige digitale geletterdheid – nodig.

In de ziekenhuisscholen ziet men dat 'sterkere' ouders, als de aandoening dit toelaat, meer in staat zijn hun kinderen in een ambulante programma te ondersteunen.

Scholen en zorginstellingen faciliteren (of net niet)

Onderwijsvorm en -niveau blijken samen te hangen met de mate waarin scholen er in slagen zelf acties te ondernemen voor zieke leerlingen. Secundaire scholen lijken het op vlak van zorgbeleid, het uittekenen van geïndividualiseerde trajecten, de organisatie van TOAH, ... beter te doen dan basisscholen. Scholen uit het buitengewoon onderwijs doen het dan weer beter dan scholen uit het gewoon onderwijs. Dit heeft niet zozeer met intrinsieke eigenschappen te maken, maar wordt in grote mate verklaard door het feit dat ze meer geconfronteerd worden met de problematiek en hebben kunnen leren uit ervaring.

Voor ziekenhuisonderwijs en DMOB is het beleid van de gezondheidszorginstellingen van belang voor de onderwijsoplossing die kan worden geboden aan de leerlingen. Vooral hoelang leerlingen blijven, bepaalt of er al dan niet een onderwijsaanbod wordt opgestart. Op vlak van opnameduur is er in het algemeen sprake van een verkorting en meer ambulante trajecten.

Of er in het ziekenhuis of psychiatrie waar een leerling wordt opgenomen, al dan niet een ziekenhuisschool of (voor psychiatrie) DMOB is, is uiteraard ook een belangrijke contextfactor op organisatieniveau die het onderwijstraject bepaalt. Binnen het landschap hebben de laatste jaren een aantal DMOB's de overstap gemaakt naar een ziekenhuisschool. Ziekenhuisscholen ontvangen een hogere financiering/leerling, maar dienen zich aan de onderwijsregelgeving te houden. Voor zij die dit (nog) niet deden, valt het op dat er weinig kruisbestuiving is met onderwijs, noch met andere DMOB's. Ook hebben de DMOB's minder toegang tot bepaalde tools en informatie waar scholen wel gebruik van kunnen maken. De meerwaarde van een DMOB in vergelijking met een ziekenhuisschool, is dat het meer organisatorische flexibiliteit geeft binnen de zorginstelling in termen van uurroosters (die hetzelfde zijn als die van andere therapeutisch personeel).

Maatschappelijke evoluties en regelgeving bemoeilijken doelmatige implementatie

Uiteenlopende maatschappelijke evoluties, inclusief de coronacrisis, zetten druk op de mate waarin het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen doelmatig kan zijn.



Eerder werd al verwezen naar het plaatstekort in scholen voor buitengewoon onderwijs, het aanvoelen dat de concentratie van zorgnoden in het buitengewoon onderwijs toeneemt sinds de invoering van het M-decreet, wachtlijsten in de kinder- en jeugdpsychiatrie en plaatstekort in de (residentiële) zorgvoorzieningen voor jongeren in het algemeen. Naast het oprekken van de doelgroep van TOAH, zorgen deze factoren ervoor dat alle maatregelen te maken krijgen met leerlingen die vaak al een lange tijd niet meer naar school zijn gegaan, waardoor het een uitdaging wordt om de kloof met het schoolse te dichten.

Een ander cruciaal probleem is het lerarentekort. Samen met de coronacrisis van de voorbije jaren, waarin er veel gevraagd werd van leerkrachten, zet dit druk op de thuischolen en CLB's: beperkte tijd en middelen maken het niet gemakkelijk om alert, proactief, goed georganiseerd, ondersteunend en begripvol te zijn of te blijven. Voor TOAH is het tekort aan TOAH-leerkrachten het grootste struikelblok: scholen slagen er vaak niet in het personeel te vinden om TOAH te organiseren, wat hen er soms van weerhoudt een aanvraag te doen.

Daarnaast zitten er voor TOAH ook fundamentele knelpunten in de regelgeving. Een eerste knelpunt is de wachtperiode: het feit dat de afwezigheid eerst bewezen moet worden voordat de aanvraag kan gebeuren, terwijl men vaak al sneller weet dat TOAH zinvol en nodig is, is een belangrijke drempel om zo snel mogelijk een gepast onderwijsaanbod op te starten. Bij Bednet en School & Ziekzijn loopt dit anders: daar kan men starten van zodra verwacht wordt dat de afwezigheid lang zal duren. Een tweede knelpunt is de afstandsregel: deze wordt in de praktijk strikt toegepast en als beperkend ervaren. Voorts is men het er algemeen over eens dat 4 lestijden/week te weinig zijn: ook dit beperkt aantal uren doet de betrokken actoren geregeld de vraag stellen of de aanvraag wel zin heeft.

De regelgeving rond TOAH en Bednet sluit enkele doelgroepen uit, met name leerlingen in het deeltijds beroepssecundair onderwijs, de voorbereidende leerjaren op het hoger onderwijs van de derde graad ASO en KSO, de Se-n-Se TSO en KSO, de alternerende beroepsopleiding in het buitengewoon secundair onderwijs, de opleiding verpleegkunde van het hoger beroepsonderwijs en leerlingen die zich voorbereiden op de examencommissie, al dan niet via tweedekansonderwijs.

Ook voor ziekenhuisonderwijs zitten er knelpunten in de regelgeving. Het belangrijkste knelpunt voor een kwaliteitsvolle werking is het feit dat type 5, in tegenstelling tot andere vormen van buitengewoon onderwijs, geen middelen krijgt voor het aanstellen van een orthopedagoog. Aangezien de afstemming met alle verschillende thuischolen heel wat tijd inneemt, geeft men aan nood te hebben aan specifieke personeelsmiddelen hiervoor. Nu gebeurt dit door leerkrachten, vaak ten koste van lestijd, of door ondersteunende functies die met eigen middelen aangesteld worden.

Positieve impact op welbevinden, uiteenlopend potentieel voor beperken schoolse achterstand

Gezien de situatie van elke zieke leerling uniek is, en het criterium voor effectiviteit voor elke leerling anders, kunnen we moeilijk algemene uitspraken doen over effecten. Maar uit deze evaluatie blijkt dat - als de relevante contextfactoren ondersteunend werken, en de maatregelen op de voorziene manier kunnen worden geïmplementeerd - ze wel degelijk een belangrijks impact kunnen hebben voor de betrokken leerlingen.

Alle maatregelen blijken een positieve impact te hebben op het welbevinden van de leerlingen. Zo blijkt voor heel wat zieke leerlingen concreet het opbouwen van zelfvertrouwen en zelfstandigheid een belangrijk resultaat. Daarnaast bieden de maatregelen op verschillende manieren aan zieke leerlingen een rustige en veilige omgeving, wat ook bijdraagt aan het welbevinden. Zingeving is ook element van welbevinden: voor zieke leerlingen is les volgen of naar de ziekenhuisschool een van de weinige 'normale' zaken in hun leven. En tot slot doorbreken de maatregelen op verschillende manieren het sociaal isolement.

Op het vlak van het beperken van de schoolse achterstand, kunnen alle maatregelen een krachtig instrument zijn, op voorwaarde dat de leerlingen de cognitieve mogelijkheden en de nodige energie hebben. Via Bednet door



te kunnen volgen wat er in de klas gebeurt, en via ziekenhuisonderwijs en TOAH, omdat er 1-op-1 begeleiding mogelijk is en er efficiënt kan worden geleerd. Ook School & Ziekzijn is op dit vlak heel krachtig.

Het behoud van motivatie voor school blijkt belangrijk voor een vlotte terugkeer naar de thuishooschool na de periode van afwezigheid. Inzake contact met de klasgenoten, contact met de leerkrachten en vlotte terugkeer naar de thuishooschool wordt ziekenhuisonderwijs door zowel ouders als scholen het minst positief beoordeeld. Maar in de ziekenhuisscholen zijn er leerlingen die na hun opname niet meer terug kunnen naar hun oude school. T.a.v. het criterium vlotte terugkeer naar de thuishooschool, moet een succesvolle heroriëntatie naar een andere school dus gezien worden als een even positieve uitkomst van deze maatregel.

Tot slot blijken maatregelen waarbij leerkrachten aan huis gaan, zoals TOAH en School & Ziekzijn, ook een versterkend effect te hebben op ouders, door steun te kunnen bieden of een vertrouwenspersoon te zijn.

12.4. Efficiëntie

Het criterium efficiëntie tot slot, legt de link tussen de resultaten en de ingezette middelen. Staan de resultaten van de maatregelen in verhouding tot de ingezette middelen of konden de resultaten bereikt worden met minder inzet van middelen? Dit heeft ook te maken met onderbenutting, onrechtmatig gebruik, of dubbele financiering van een gelijkaardige dienst. Ook administratieve of praktische problemen die de uitvoering van het onderwijsaanbod bemoeilijken, brengen we onder deze noemer samen.

Te weinig cijfermateriaal om beoordeling efficiëntie te staven

Het criterium efficiëntie valt het moeilijkst te beoordelen. Niet in het minst omdat er weinig cijfermateriaal beschikbaar is om de beoordeling mee te staven. Er zijn heel wat uitdagingen op vlak van beschikbare gegevens. Ten eerste weten we niet precies hoeveel leerlingen behoren tot de doelgroep. Ook is er geen centrale en gestandaardiseerde manier waarop het gebruik van de maatregelen geregistreerd wordt. Het ontbreken van een link tussen de leerlingen ingeschreven in onderwijs die afwezig zijn wegens ziekte en de leerlingen die gebruik maken van de maatregelen, maakt het moeilijk om gebruik en noden te analyseren en te monitoren. We weten bv. niet hoeveel leerlingen gebruik maken van een combinatie van maatregelen, en welke dan precies. Om het gebruik goed te kunnen opvolgen en met zekerheid te kunnen zeggen of de thuishooscholen en de maatregelen tegemoet komen aan de vraag van alle zieke kinderen, of om vragen i.v.m. efficiëntie te beantwoorden, is er nood aan een betere gecentraliseerde registratie. Ook een eenduidige manier om de kosten per leerling per (combinatie van) maatregel(en) te berekenen, zou daarvoor bedacht moeten worden.

Hierbij willen we wel de vraag opwerpen of een enge invulling van de efficiëntievraag in de context van onderwijs aan zieke leerlingen gepast is. Onderwijs, of leren, is een basisrecht voor elke leerling. In termen van opbrengst moet er op de lange termijn gekeken worden, vanuit het bewustzijn dat elke (zieke) leerling wiens leerrecht of ondersteuningsnood niet wordt ingevuld, potentieel ongekwalificeerd zal uitstromen, wat op termijn een grote maatschappelijke kost met zich meebrengt.

Bereik onderwijsaanbod lijkt beperkt, met indicaties van onderbenutting (maar omvang vraag is onbekend)

De meest gebruikte maatregel is de ziekenhuisschool (bijna 5.000 leerlingen/schooljaar). Deze wordt gevolgd door TOAH (ongeveer 3.000 aanvragen/schooljaar), DMOB (ongeveer 900 leerlingen/jaar), en Bednet (ruim 1.000 trajecten/schooljaar). Tot slot komt School & Ziekzijn (ruim 300 leerlingen/jaar).

Als we het bereik van alle maatregelen optellen en vergelijken met de volledige doelgroep van zieke leerlingen, zien we een gemengd beeld. Wanneer het aantal langdurig zieke leerlingen wordt afgezet tegen de (indicatie van) het gebruik van de maatregelen, zijn er geen indicaties dat er grote aantallen leerlingen zouden zijn die geen beroep doen op een maatregel. Als we de groep uitbreiden met ook leerlingen die meer dan 10% van de schooldagen binnen een schooljaar afwezig zijn met medisch attest, lijken er indicaties te zijn dat voor deze



ruimere groep er wel sprake is van een grote meerderheid die geen gebruik maakt van de maatregelen. Hoeveel van deze leerlingen mogelijk geen nood hebben aan extra ondersteuning weten we echter niet (bv. het aandeel voor wie het niet mogelijk of wenselijk is om les te volgen wegens medische/psychologische redenen, of leerlingen die met de goede zorgen en steun van de thuishoofschool voldoende in staat zijn om zelfstandig te leren, ...). De hogere geschetste contextfactoren en de complexe interactie tussen deze factoren onderling en de maatregelen, bieden een deel van de verklaring voor het feit dat de maatregelen – en in het bijzonder TOAH en Bednet – al bij al een beperkt bereik hebben. Gezien de beperkingen van de registratie, weten we echter niet precies welk deel van het verhaal we kennen, en of we alle verklaringen in beeld hebben.

Administratieve of praktische problemen bemoeilijken de uitvoering van sommige maatregelen

Hier en daar kunnen concrete administratieve of praktische problemen worden aangewezen die de uitvoering van sommige maatregelen bemoeilijken. Rigide administratie en regelgeving blijken contraproductief in deze context waarin er gegeven de doelgroep nood is aan flexibiliteit om een aanbod op maat te bieden.

Bij TOAH wordt de aanvraag door scholen geregeld ervaren als complex, en de organisatie als veel werk en belastend (zeker als met het vergelijkt met de vlotheid waarmee School & Ziekzijn kan worden opgestart). Een van de knelpunten is het onderscheid tussen langdurig en chronisch ziek: dit ziet men als te rigide, iets dat de regelgeving onnodig complex maakt. Voor Agodi is de regelgeving moeilijk op te volgen. Ook de 'zelfstandige' TOAH-leerkrachten – leerkrachten die enkel TOAH geven aan leerlingen uit verschillende scholen en zo een voltijdse opdracht vullen – botsen op de grenzen van het systeem. Zij hebben geen statuut, en administratief is het zeer complex (omdat zij kilometervergoedingen moeten indienen bij meerdere scholen).

Ook in de regelgeving rond het ziekenhuisonderwijs zitten er praktische anomalieën. Doordat de regelgeving organisch gegroeid is, zijn er diverse onduidelijkheden, zaken die onvoldoende doordacht zijn, en/of niet afgestemd zijn op de flexibele context van de ziekenhuisscholen in de praktijk.

12.5. Lessen uit het afstands- en e-leren tijdens de coronapandemie

Tot slot gaan we in deze paragraaf in op de lessen die kunnen worden getrokken uit het afstands- en e-leren tijdens de coronapandemie.

Digitaal afstandsonderwijs kan maatregelen niet vervangen

Sommige scholen gebruiken de ervaringen uit de coronaperiode met digitaal afstandsonderwijs om zelf afstandsonderwijs te voorzien voor zieke leerlingen. Ook sommige ouders verwachten dat het gebeurt. Voornamelijk bij leerlingen die sporadisch of niet langdurig afwezig zijn, kunnen scholen eenvoudiger een online lesalternatief opzetten. Dit gebeurt meer in het gewoon en het basisonderwijs dan in het buitengewoon en het secundair onderwijs. De mate waarin scholen erop inzetten, blijkt afhankelijk van de (infrastructuur en digitale vaardigheden) in de thuiscontext van de leerling, de mate waarin de school reeds over digitale tools en infrastructuur beschikte, en de flexibiliteit en bereidwilligheid van het leerkrachtenteam. In het buitengewoon onderwijs blijkt het minder evident omdat er gewerkt wordt met ervarings- en praktijkgerichte onderwijsvormen. Daarvoor kan men op dit moment nog moeilijker een digitaal alternatief voorzien. Ook hebben deze leerlingen sterker nood aan individuele ondersteuning tijdens het leren. Uit bovenstaande vaststellingen en wat we weten over de doelgroep, kunnen we afleiden dat een groot en bovendien het meer kwetsbare deel van de doelgroep hiermee niet geholpen is.

Onder invloed van de veralgemeende digitalisering t.g.v. corona zijn ook TOAH en School & Ziekzijn gedigitaliseerd. In enkele gevallen werden tijdens de corona-periode lessen online gegeven. Men is het erover eens dat online les geenszins de leerkracht aan huis vervangt, maar aanvullend kan zijn in situaties waarin de



leerling en de leerkracht elkaar al kennen en fysiek contact om medische redenen tijdelijk niet mogelijk is, of leerling en lesgever op grote afstand van elkaar wonen.

De veralgemeende digitalisering t.g.v. corona heeft invloed gehad op de werking van Bednet. Door de toegenomen digitale basiscompetenties van scholen, leraren, leerlingen en ouders moeten consulenten tijdens de trajecten minder focussen op technische vragen of problemen. Hierdoor is meer tijd vrijgekomen voor pedagogisch-didactische ondersteuning van scholen en leraren en het extra ondersteunen van kwetsbare gezinnen. Hoewel veel scholen zelf afstandsonderwijs kunnen voorzien, gaven de meeste scholen tijdens het onderzoek aan dat een Bednettraject voor zieke leerlingen meer toegevoegde waarde biedt dan andere alternatieven voor digitaal afstandsonderwijs; zowel voor de leerling (bijv. meer autonomie, meer authentieke ervaring, ...) als de leraren/school (bijv. meer ondersteuning, ...).

Het onderwijsaanbod van de ziekenhuisscholen en de DMOB is eerder onveranderd gebleven. Het enige verschil is dat er sinds corona meer en meer didactisch materiaal online beschikbaar is, wat het gemakkelijker maakt om onderwijs op maat te voorzien indien de thuisschool geen materiaal doorgeeft (dit is ook een meerwaarde voor TOAH en School & Ziekzijn).

Flottere communicatie tussen professionals, ouders minder positief

Voor de samenwerking tussen alle betrokken actoren en de ouders ziet er in het (post-) coronatijdperk anders uit. Het overleg en de informatiedoorstroming verloopt meer en meer digitaal. Zo is het gemakkelijker om informatie te verkrijgen via online platformen. Vooral de partners vinden dat de mogelijkheid van online meetings de samenwerking gemakkelijker maakt.

Ouders houden minder van digitale meetings en e-mails: zij vinden dat dit weinig begrip of betrokkenheid toont.





DEEL 3

Aanbevelingen



1 / Leeswijzer

Dit laatste deel van het rapport presenteert onze aanbevelingen. Eerst rapporteren we over het verkennend onderzoek dat we uitvoerden om inspiratie te verzamelen. Daarna volgen de beleidsaanbevelingen zelf.



2 / Inspiratie

Om tot gefundeerde en concrete aanbevelingen te kunnen komen, selecteerden we drie cases als inspiratiebron. Elk van de cases sluit aan bij geïdentificeerde pijnpunten en noden in het onderzoek. De drie cases werden via deskresearch in kaart gebracht, en vervolgens via een interview verder uitgediept.

Hieronder beschrijven we achtereenvolgens de volgende drie cases: (1) Klasziekaal, (2) het actieplan 'Samen tegen Schooluitval', (3) het beleid voor zieke leerlingen in het Verenigd Koninkrijk (met een focus op de rol van lokale overheden en de home tuition service). Elke case wordt eerst omschreven en vervolgens worden enkele lessen geformuleerd die als inspiratie voor aanbevelingen kunnen dienen. We eindigen met een overzicht van andere relevante buitenlandse praktijken die we in de loop van dit onderzoek op het spoor zijn gekomen.

2.1. Case 1: Klasziekaal

De eerste case 'Klasziekaal' is een Provinciaal Steunpunt Onderwijs voor zieke leerlingen in West-Vlaanderen. Het richt zich tot ouders, scholen, CLB's en artsen om hen te informeren over de onderwijsmogelijkheden voor zieke leerlingen. Via de oprichting van een leerkrachtenpool ondersteunt men scholen bij het inrichten van TOAH. Het project ging van start in 2020 en wordt vanuit de provincie gefinancierd tot augustus 2023.

Klasziekaal streeft volgende doelstellingen na:

- ▶ Het recht op onderwijs voor zieke leerlingen garanderen en de gekwalificeerde uitstroom versterken
- ▶ Onderwijsmogelijkheden voor zieke leerlingen meer bekendmaken
- ▶ Meer TOAH-begeleidingen realiseren

Klasziekaal	
Uitvoerende organisatie	Provincie West-Vlaanderen (dienst flankerend onderwijsbeleid)
Uitvoerders	<ul style="list-style-type: none">▶ 2 medewerkers van de provincie West-Vlaanderen volgen het project op▶ Vrijwilligers in de leerkrachtenpool
Partners/-organisaties	<p>De kerngroep van Klasziekaal omvat een partnerschap tussen de Provincie West-Vlaanderen en volgende organisaties:</p> <ul style="list-style-type: none">▶ West-Vlaamse ziekenhuisscholen: Basisschool aan Zee (De Haan , Kortrijk, Brugge, Ieper, Roeselare), het Zeelyceum (De Haan, Kortrijk en Brugge) en Twoape (Pittem, Roeselare en Ieper)▶ Vzw Bednet▶ Vzw school & ziekzijn <p>Driemaal per jaar komt een stuurgroep samen om de werking van Klasziekaal op te volgen. In de stuurgroep zetelen naast de bovenvermelde organisaties ook vertegenwoordigers van het Kinderrechtencommissariaat, CLB, Netwerk Samen tegen Schooluitval, Kabinet Onderwijs, AGODI, Vlaamse vereniging van Kinderartsen, Vlaamse vereniging van Kinderpsychiaters, Huisartsen, Katholiek onderwijs Vlaanderen, GOI.</p>



Praktijken en organisatievormen	Activiteiten uitgevoerd door Klasziemaal: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Campagnes die de onderwijsmogelijkheden voor zieke leerlingen bekend maken. De campagnematerialen maken steeds het holistisch aanbod voor zieke leerlingen bekend. ▶ Info-, steun- en coördinatiepunt voor scholen, ouders, artsen, en CLB's. Men kan bij Klasziemaal terecht voor vragen. ▶ Het in kaart brengen van pijnpunten van het onderwijs aan zieke kinderen via onderzoek en mee zoeken naar middelen om de onderwijsmogelijkheden voor zieke leerlingen te verbeteren. ▶ Het opzetten van een TOAH-leerkrachtenpool met inzetbare en opgeleide leerkrachten.
Doelgroep	Alle betrokken actoren (scholen, ouders, CLB,...) rondom zieke leerlingen in West-Vlaanderen.
Ecologische context	Microfactoren die (de werking van) Klasziemaal beïnvloeden: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Personeelwissels in scholen, CLB's,... ▶ Wisselende beschikbaarheden van leraren ▶ Bekwaamheidsbewijzen van leraren in de pool (niet voor alle gezochte vakken leraren ter beschikking) ▶ Onzekerheid financiering (proefproject gefinancierd vanuit provincie tot augustus 2023) Macrofactoren die (de werking van) Klasziemaal beïnvloeden: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Het algemene lerarentekort (bemoeilijkt de rekrutering van leraren binnen de lerarenpool) ▶ Regelgeving TOAH (bemoeilijkt implementatie van lerarenpool: administratie van leraren is verspreid over diverse (thuis)scholen) ▶ Coronapandemie

EEN BREDE, HOLISTISCHE, MAATWERKGERICHTE AANPAK VOOR INFORMATIEVERSPREIDING EN ONDERSTEUNING

Klasziemaal zet in op een brede bekendmaking van het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen. Zowel via folders, affiches, nieuwsbrieven, ..., als via infosessies verspreidt de organisatie informatie. Deze brede bekendmaking is volgens Klasziemaal van voortdurend belang gezien personeelwissels bij de betrokken actoren (scholen, CLB's, ...) courant zijn en scholen vaak slechts met tussenpozen te maken hebben met zieke leerlingen.

(Para)medici ((huis)artsen, specialisten, kinesisten, ...) zijn volgens Klasziemaal een cruciale partner in deze bekendmaking. Zij komen vaak het eerst met een zieke leerling in contact en kunnen een vlotte doorverwijzing naar het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen bevorderen.

Bij de bekendmaking hanteert Klasziemaal een holistische aanpak. Door stevast over alle maatregelen in hun geheel te communiceren, tracht men leerlingen sneller door te verwijzen naar een (combinatie van) maatregel(en) die het best aansluit bij hun noden.

Daarnaast biedt de organisatie informatie via een infopunt voor West-Vlaamse ouders, scholen, artsen en andere betrokken actoren. Telefonisch of per e-mail kunnen zij bij Klasziemaal terecht met vragen of problemen.



Klasziekaal bouwde de afgelopen twee jaar positieve ervaringen op met dit infopunt. De sterktes zijn zowel de *laagdrempelige aanpak* (actoren vonden gemakkelijk de weg tot bij hen en werden snel via praktische hulp verder op weg geholpen), als de *lokale verankering* (men kon binnen een regio snel en gepast doorverwijzen en dossieropvolging was mogelijk).

Klasziekaal stelde op basis van haar ervaring de afgelopen twee jaren vast dat scholen het infopunt veelvuldig contacteerden voor praktische vragen. Het ging daarbij voornamelijk om administratieve vragen (bijv. hoe men concreet de regelgeving moet/kan interpreteren) of men zocht ondersteuning bij het zoeken naar een concrete oplossing (bijv. wanneer geen TOAH-leerkracht gevonden werd). Om in te spelen op deze nood aan ondersteuning, ontwikkelde Klasziekaal zowel een draaiboek voor zieke, als één voor afwezige leerlingen. Via de draaiboeken tracht men scholen zo concreet mogelijke handvaten te geven (waar informatie terugvinden, hoe maatwerk creëren, ...). Daarnaast leerde men dat vooral een vraag- en maatwerkgerichte aanpak werkte, waarbij samen met de school bekeken werd welke (combinatie van) maatregel(en) geschikt bleken voor de betreffende zieke leerling.

Wat kunnen we hieruit leren?

- ▶ Een brede bekendmaking van de maatregelen blijft van continu belang. Enerzijds blijkt het daarbij belangrijk om via diverse kanalen te informeren (folders, nieuwsbrieven, infosessies, ...), anderzijds om de communicatie op een breed aantal doelgroepen te richten. (Para)medici blijken daarbij cruciaal.
- ▶ Bij het communiceren blijkt een holistische, vraag- en maatwerkgerichte aanpak aangewezen om een goede afstemming tussen de gekozen maatregelen en de noden van de zieke leerling te realiseren.
- ▶ Scholen hebben nood aan laagdrempelige, praktische informatie die hen concrete handvaten biedt en ondersteunt. Dit kan via draaiboeken, maar ook laagdrempelige ondersteuning via een infopunt (via telefoon, e-mail) blijkt effectief.

VAN LEERKRACHTENPOOL NAAR 'ONDERSTEUNINGSNETWERK TYPE-5 MET EEN STATUUT TOAH-LERAAR'

Via de oprichting van een 'leerkrachtenpool' wil het project Klasziekaal meer TOAH-begeleidingen realiseren door in te spelen op de moeilijkheid om TOAH-leraren te rekruteren. Leraren, waaronder ook gepensioneerde leraren, die interesse hebben in het opnemen van een occasionele TOAH-opdracht kunnen zich aanmelden via een digitaal formulier. Vervolgens komen zij in een database terecht. Wanneer scholen Klasziekaal contacteren in de zoektocht naar een TOAH-leraar, matcht Klasziekaal een leraar uit haar database aan de school. De leraar wordt ingeschreven in de school, waarna hij/zij de TOAH-uren kan uitvoeren. Alle nodige administratie gebeurt ook in de school waar de opdracht wordt uitgevoerd. Klasziekaal zorgt voor de nodige vorming en begeleiding van de leraren.

Tegen juli 2022 hadden 32 leraren zich aangemeld. Ondanks de geleverde inspanningen staat Klasziekaal vandaag nog niet waar men zou willen staan. Volgende moeilijkheden blijken een vlotte matching tussen school en leraar te belemmeren: (1) gebrek aan een goed overzicht van de beschikbaarheden van de leraren (en een gekoppelde database waarin beschikbaarheden up-to-date gehouden kunnen worden); (2) niet voor alle gezochte vakken heeft men leraren ter beschikking; (3) leraren worden ontmoedigd door de TOAH-administratie die verspreid zit over de diverse thuis scholen en omslachtig verloopt. Deze administratie behoort echter tot de verantwoordelijkheid van de thuis scholen. Klasziekaal kan haar leraren hier moeilijk bij ondersteunen.

Als oplossing voor deze moeilijkheden schuift Klasziekaal de oprichting van een 'ondersteuningsnetwerk type 5' naar voren. Binnen dit model worden TOAH-leraren gekoppeld aan een type-5 school. Met een aanstelling in deze school, voorzien de leraren vervolgens TOAH-opdrachten in de scholen in een regio rondom de type-5 school. Scholen die eigen leraren voor TOAH kunnen inzetten, zouden op het huidige systeem kunnen blijven beroep doen. Daarnaast kan via dit model alle expertise m.b.t. zieke leerlingen per regio gebundeld worden om zo de toegankelijkheid ervan te verbeteren zowel tussen TOAH-leraren, maar ook voor scholen, ouders en andere betrokken actoren.



Wat kunnen we hieruit leren?

De oprichting van een 'ondersteuningsnetwerk type-5' kan een antwoord bieden op een aantal geïdentificeerde moeilijkheden m.b.t. TOAH:

- ▶ Scholen die een TOAH-leraar ter beschikking hebben binnen de school, kunnen alsnog TOAH aanbieden. Voor deze zieke leerlingen wordt hierdoor een (snellere) opstart gegarandeerd.
- ▶ Het statuut van TOAH-leraren verbetert. Ze kunnen een doorlopende opdracht krijgen binnen één instelling, waarin ze vast benoemd kunnen worden. Bovendien biedt dit leraren de kans om zich tot TOAH-leraar te specialiseren. Dit kan enerzijds de kwaliteit van TOAH bevorderen, en anderzijds een nieuwe groep van TOAH-leraren aantrekken.
- ▶ De administratie vereenvoudigt voor TOAH-leraren gezien ze gebundeld vorm krijgt binnen één instelling.
- ▶ TOAH-leraren worden meer zicht- en grijpbaar, gezien ze aan één instelling verbonden zijn. Hierdoor wordt het gemakkelijker voor TOAH-leraren om enerzijds expertise uit te wisselen met collega's, en om anderzijds als groep vertegenwoordigd te zijn (bijv. in Poziliv).
- ▶ De expertise m.b.t. zieke leerlingen kan per regio gecentraliseerd worden waardoor scholen, leraren, ouders, CLB, artsen, en andere betrokken actoren sneller de weg tot informatie en ondersteuning kunnen vinden. Daarnaast wordt expertise-uitwisseling tussen professionals bevorderd.

2.2. Case 2: Samen tegen schooluitval

De tweede case 'Samen tegen Schooluitval' verwijst naar het actieplan van de Vlaamse regering om vroegtijdig schoolverlaten tegen te gaan. Het plan omvat een geïntegreerde strategie waarbij beleidsmakers op verschillende niveaus (Europa, Vlaanderen, lokale partners, scholen, leerlingen en ouders) hun verantwoordelijkheid dienen op te nemen.

Met het plan wil de Vlaamse regering het recht op onderwijs (leerrecht) en het behalen van een kwalificatie voor elk kind en elke jongere garanderen. Men doet dit via één omvattend beleid "Elke jongere tot aan de meet" waarbij men zowel het aantal spijbelaars als het aantal vroegtijdige schoolverlaters wil verminderen.

Actieplan 'Samen tegen schooluitval'	
Uitvoerende organisatie	Vlaamse overheid: Vlaams beleid dat vertaald wordt naar de specifieke lokale context. Daar worden alle relevante lokale partners betrokken.
Uitvoerders	<ul style="list-style-type: none">▶ Een medewerker binnen het Departement Onderwijs en Vorming is verantwoordelijk voor uitrol actieplan.▶ 6 netwerken Samen tegen Schooluitval in Vlaanderen (1 per provincie + 1 voor BHG) met elk hun coördinator.
Partners/-organisaties	<ul style="list-style-type: none">▶ De lokale partners per netwerk (NAFT-aanbieders, steden/gemeenten, lokale vzw's gericht op jongeren,...)▶ CLB's▶ Scholen▶ Leerlingen en ouders



	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Europese Commissie (die het referentiekader voor het actieplan heeft vormgegeven)
Praktijken en organisatievormen	<p>Het actieplan heeft volgende uitgangspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Een preventieve aanpak: alle acties dragen bij tot het organiseren van kwaliteitsvol onderwijs/opleiding ▶ Kort op de bal en snel optreden ▶ Lokaal aanklappend beleid via samenwerking met lokale actoren (welzijn/jeugdhulp/werk(VDAB)/politie en justitie) ▶ Een strategie gebaseerd op het Europees referentiekader met de bouwblokken: identificatie, monitoring en coördinatie; preventie; interventie en compensatie. ▶ Het actieplan formuleert voor elk van de bouwblokken een reeks acties. <p>Ter ondersteuning van de netwerken en alle lokale partners ontwikkelde het Departement Onderwijs en Vorming een draaiboek en een kijkwijzer. Het draaiboek is een ondersteuningsinstrument bij het uittekenen van een concreet lokaal actieplan. De kijkwijzer is een inspiratiebron om een lokaal actieplan vorm te geven (met links naar wetenschappelijke literatuur over schooluitval). Hiermee kunnen lokale partners een lokaal beleid uitstippelen om leerrecht te garanderen, en spijbelen en vroegtijdig schoolverlaten tegen te gaan.</p>
Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Leerlingen: ▶ Spijbelars en absolute schoolverzuimers ▶ Vroegtijdige schoolverlaters ▶ Jongeren@Risk (jongeren die wegens pedagogische, juridische, sociale of persoonlijke redenen dreigen uit de boot te vallen binnen onderwijs) ▶ NEET-jongeren ▶ Scholen
Ecologische factoren	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Micro: ▶ Lokale aanbod van actoren per regio ▶ Macro: ▶ Afstemming regelgeving welzijn-onderwijs ▶ Hervorming van de jeugdzorg ('Vroeg en nabij': naar een geïntegreerd beleid voor kinderen en jongeren en gezinnen binnen welzijn volksgezondheid en gezin - conceptnota in de maak)

EUROPEES REFERENTIEKADER VOOR EEN BELEID TEGEN SCHOOLUITVAL

Het actieplan 'Samen tegen schooluitval' is geënt op het Europese referentiekader voor een beleid tegen schooluitval. Dit kader formuleert een geïntegreerde strategie waarin beleidsmakers op diverse niveaus (Europa, Vlaanderen, lokale partners, scholen, leerlingen en hun ouders) hun verantwoordelijkheid dienen op te nemen. Het definieert vier bouwblokken om tot een samenhangend en gecoördineerd geheel van initiatieven te komen:



(1) identificatie, monitoring en coördinatie, (2) preventie, (3) interventie, en (4) compensatie. Dankzij deze aanpak is er niet alleen oog voor remediërende acties, maar wordt een breed geheel van acties geformuleerd.

Figuur 36 Europees referentiekader voor een beleid tegen schooluitval



Bron: <https://onderwijs.vlaanderen.be/nl/samen-tegen-schooluitval/vroegtijdig-schoolverlaten/beleid-tegen-schooluitval>

Dankzij het actieplan werden niet alleen pijnpunten concreet aangepakt, het zette het thema 'spijbelen en vroegtijdig schoolverlaten' beleidsmatig op de kaart. De aandacht voor het thema nam hierdoor bij diverse partners toe.

Wat kunnen we hieruit leren?

- ▶ Het actieplan 'Samen tegen schooluitval' is gestructureerd met behulp van een Europees referentiekader. Op basis van vier afgebakende bouwblokken is een breed geheel van acties geformuleerd waarbij naast een remediërende focus, ook oog is voor acties gericht op preventie en identificatie, monitoring en coördinatie. Dit zijn bouwblokken die ook voor het onderwijs aan zieke leerlingen relevant zijn.

KORT OP DE BAL SPELEN VIA GOEDE REGISTRATIE

'Kort op de bal spelen en snel optreden' is één van de uitgangspunten van het actieplan. Om dit te realiseren richt het plan zich tot verschillende actoren. De scholen krijgen de rol toegekend om snel actie te ondernemen en op die manier aanklappend te werken wanneer leerlingen spijbelen. Dit moeten de scholen realiseren door te zorgen voor een goede registratie en opvolging van afwezigheden. Het gaat daarbij zowel om gewettigde als ongewettigde afwezigheden. Het secretariaat en leerkrachten spelen daarbij een belangrijke rol. Anderzijds dienen scholen de geregistreerde data te analyseren en op basis van vastgestelde trends een interveniërend en preventief afwezigheidsbeleid uit te tekenen. Ze kunnen daarbij beroep doen op het CLB voor ondersteuning. Goede samenwerkingsafspraken dienen gemaakt te worden. Daarnaast hebben de pedagogische begeleidingsdiensten als betrokken actor de taak een aanbod uit te werken dat scholen ondersteunt bij het uitwerken van een beleid voor spijbelen en vroegtijdig schoolverlaten.

Naast een omschrijving van de rollen die de verschillende betrokken actoren dienen op te nemen, is dankzij het actieplan ook de procedure verduidelijkt die tot snelle actie aanzet in geval van spijbelen:

- ▶ Vanaf 1 halve dag ongewettigd afwezig, of van zodra een leerling van school wegblijft en daar geen passende verklaring voor heeft, registreert de school dit als problematische afwezigheid. Daarna spreekt ze de leerling hierover aan en verwittigt de ouders. Men tracht samen tot een oplossing te komen.
- ▶ Vanaf ten laatste 5 halve dagen ongewettigde afwezigheid, eveneens als deze over een schooljaar verspreid zijn, dient de scholen het CLB in te schakelen. Het CLB start de begeleiding voor de spijbelende leerling op. Scholen mogen ook vroeger dan 5 halve dagen het CLB inschakelen. De school, het CLB, de leerling en de ouders zoeken samen een oplossing. Indien nodig wordt daarbij externe hulpverlening ingeschakeld.
- ▶ Wanneer een leerling na de opstart van begeleiding alsnog spijbelt, of wanneer de leerling/ouders begeleiding van de school, het CLB of andere hulpverlening weigeren, kunnen verdere stappen ondernomen worden. Zo kan de politie ingeschakeld worden, of kan een zorgwekkend dossier bezorgd worden aan het ministerie van Onderwijs en Vorming die vervolgens verdere maatregelen kunnen treffen.



Wat kunnen we hieruit leren?

- ▶ Om kort op de bal te kunnen spelen en een preventief en aanklampend beleid te kunnen uittekenen, is een goede registratie van zowel ongewettigde als gewettigde afwezigheden voor scholen cruciaal. Door deze data goed in kaart te brengen, kunnen scholen snel én gericht actie ondernemen. Gezien gewettigde en ongewettigde afwezigheden geregeld een samenhang vertonen, elkaar opvolgen of afwisselen, blijkt het voor een preventieve aanpak belangrijk dat scholen beide types afwezigheden als één geheel benaderen.
- ▶ Dankzij een duidelijke procedure weet elke actor wanneer en op welke manier deze actie moet ondernemen in geval van afwezigheid van een leerling. De verschillende actoren worden hierdoor snel gemobiliseerd, waardoor de begeleiding van een leerling snel opgestart kan worden. Deze aanpak is niet alleen voor ongewettigd afwezige, maar kan ook voor gewettigd afwezige of zieke leerlingen waardevol zijn.
- ▶ Zowel het CLB als de pedagogische begeleidingsdiensten hebben een duidelijke opdracht om de doelgroep van spijbelaars en vroegtijdige schoolverlaters te begeleiden, en hun scholen te ondersteunen in het opzetten van een aanklampend beleid. Een aanpak die ook voor gewettigd afwezige of zieke leerlingen waardevol kan zijn.

CREATIE VAN EEN INFORMATIERIJKE OMGEVING

Om tot een goede evaluatie en opvolging van het beleid voor spijbelen en vroegtijdig schoolverlaten te komen, spelen monitoring, identificatie en coördinatie een belangrijke rol binnen het actieplan. Het actieplan zet daarom in op de creatie van informatierijke omgevingen die het voor de betrokken actoren mogelijk maken om gericht beleid uit te tekenen, actie te ondernemen en bij te sturen indien nodig. Het plan omschrijft hiervoor concrete acties op zowel macro- als meso- en microniveau.

Op macroniveau richt het plan zich tot het Departement Onderwijs en Vorming en Agodi om jaarlijks updates te voorzien van zowel de Vlaamse cijfers (wat betreft vroegtijdig schoolverlaten, spijbelen en definitieve uitsluiting, en neet), als cijfers voor de steden en gemeenten (wat betreft vroegtijdig schoolverlaten en spijbelen en definitieve uitsluiting).

Eveneens richt het plan zich op meso- en microniveau tot het Departement Onderwijs en Vorming en Agodi voor het aanleveren van cijfers. Enerzijds gaat het om jaarlijkse update van cijfers voor de scholen (wat betreft vroegtijdig schoolverlaten en spijbelen en definitieve uitsluiting), anderzijds gaat het om cijfers op schoolniveau voor de betrokken lokale partners (wat betreft vroegtijdig schoolverlaten, spijbelen en definitieve uitsluiting en de leerlingenstromen tussen scholen binnen een lokale context). Met deze cijfers wil men de scholen ondersteunen om inzicht te krijgen in het profiel van de spijbelaars en vroegtijdige schoolverlaters, en in de oorzaken van hun uitval.

Wat kunnen we hieruit leren?

- ▶ Om de betrokken actoren te ondersteunen wordt vanuit het Departement Onderwijs en Vorming en Agodi een informatierijke omgeving gecreëerd. Enerzijds biedt dit de kans om de doelgroep van spijbelaars en vroegtijdige schoolverlaters beter te monitoren en evoluties op te volgen. Anderzijds kunnen scholen en lokale actoren met behulp van deze informatie gericht hun beleid uittekenen, acties vormgeven, evalueren en bijsturen. Het blijkt daarbij belangrijk om scholen en lokale actoren te voorzien van eenvoudige en toegankelijke data, waarmee men snel aan de slag kan. Een gelijkaardige aanpak bij gewettigd afwezige of zieke leerlingen zou tot een betere monitoring en opvolging van evoluties kunnen leiden, alsook lokale actoren kunnen ondersteunen in het uittekenen en sturen van een beleid voor zieke leerlingen.

LOKAAL VERANKERD BELEID OM MAATWERK TE GARANDEREN

Het actieplan focust op een lokaal aanklampend beleid waarbij men aanzet om het Vlaamse beleid te vertalen naar de specifieke lokale context waarbij alle relevante lokale partners betrokken worden. Om hierin te slagen



wordt in het plan het opzetten/verankeren van lokale netwerken leerrecht als actie geformuleerd. Dit leidde in 2016 tot de oprichting van zes netwerken Samen tegen Schooluitval, één per provincie en één voor de regio Brussel. Om de netwerken te ondersteunen bij de vertaalslag van het Vlaamse beleid naar de lokale context ontwikkelde de overheid een draaiboek en kijkwijzer. In elk van de netwerken is een coördinator aangesteld. Zij hebben de taak om de verschillende lokale actoren uit het onderwijs, welzijn en werk (en justitie) te mobiliseren, verenigen en verbinden. Binnen elk netwerk wordt een lokaal beleid ontwikkeld inzake spijbelen en vroegtijdig schoolverlaten en worden concrete beleidsacties binnen lokale afsprakenkaders vormgegeven, uitgerold en geëvalueerd. De netwerken kunnen deze taken volbrengen door bijvoorbeeld (1) inzicht te bieden in lokale cijfers, (2) door goede praktijkvoorbeelden binnen de provincie te delen, (3) door het ontwikkelen, bekendmaken en implementeren van een provinciaal spijbelactieplan, (4) door in te zetten op een warme overdracht van jongeren tussen school en de arbeidsmarkt, (5) lokale besturen te sensibiliseren over het thema.⁴⁶

De netwerkcoördinatoren hanteren een gelijkgerichte aanpak waarbij ze alle relevante lokale actoren steeds zo maximaal mogelijk proberen te betrekken. Door dicht bij de leerling, die zijn context en de school te blijven in samenwerking met lokale werk-, welzijns- en jeugdpartners, kan er beter met de noden van een leerling rekening gehouden worden. De lokale aanpak maakt maatwerk mogelijk.

Wat kunnen we hieruit leren?

- ▶ Door het Vlaamse beleid lokaal te vertalen en te verankeren, kan sterk(er) ingespeeld worden op de noden per regio. Daarnaast bieden deze regionale netwerken de kans om de diverse partners sterker te mobiliseren, verenigen en verbinden. Op die manier kan sneller en meer op maat van de noden van een leerling actie ondernomen worden. De overheid kan ondersteunende instrumenten (zoals bijvoorbeeld draaiboeken of kijkwijzers) voorzien om de vertaalslag naar het lokale niveau te faciliteren.

OOG VOOR PREVENTIE

Naast remediërende acties, is binnen het actieplan oog voor preventieve acties om spijbelen en vroegtijdig schoolverlaten tegen te gaan. Deze acties dragen bij tot de organisatie van een kwaliteitsvol onderwijs en opleiding, niet alleen voor spijbelende maar voor alle leerlingen binnen de school. De acties zetten scholen aan tot een verbindend en warm schoolklimaat en tot de uitbouw van een goede brede basiszorg en een sterk zorg- en talenbeleid binnen de school.

Wat kunnen we hieruit leren?

- ▶ Naast remediëring is het van belang voldoende oog te hebben voor een preventieve aanpak gericht op een sterke brede basiszorg, een sterk zorgbeleid en een warm schoolklimaat voor alle leerlingen binnen de school.

2.3. Case 3: Onderwijs aan huis en de rol van lokale overheden in de UK

De derde case die we van naderbij bekijken, is hoe het aanbod voor leerlingen die wegens medische redenen niet naar school kunnen, georganiseerd is in de UK. Daar wijst nationale wetgeving een rol toe aan lokale overheden om een aanbod te voorzien. In deze case bekijken we de rol van de lokale overheden (*local authorities*) en bespreken we de organisatie van onderwijs aan huis (*home tuition*). Beide aspecten zijn interessant voor de aanbevelingen binnen het huidige onderzoek. Onderstaande informatie komt uit de nationale regelgeving, uit informatie op niveau van twee lokale overheden (East Riding of Yorkshire⁴⁷ en Buckinghamshire⁴⁸) en uit een

⁴⁶ <https://www.provincieantwerpen.be/aanbod/doe/netwerk-samen-tegen-schooluitval/acties.html>

⁴⁷ East Riding of Yorkshire: 600 000 inwoners (2 479 km²)

⁴⁸ Buckinghamshire: 809 000 inwoners (1 874 km²)



gesprek met Seth Butcher, Tuition Coordinator van East Riding. Uit de analyse blijkt dat er regionale verschillen zijn in de manieren waarop het aanbod en de organisatie ervan vorm krijgt.

ROL LOKALE OVERHEID

Lokale overheden zijn volgens de nationale regelgeving verantwoordelijk voor de aanwezigheid van een kwalitatief onderwijsaanbod voor leerlingen die langer dan 15 dagen afwezig zullen zijn wegens medische redenen. Dit betekent niet dat ze al het aanbod zelf organiseren, ze kunnen de uitvoering uitbesteden. Wel dienen ze ervoor te zorgen dat er een kwalitatief aanbod is. Ze moeten snel in actie treden indien een school er niet in slaagt een tijdig en/of voldoende kwalitatief aanbod te realiseren. De manier waarop het aanbod concreet wordt georganiseerd, verschilt regionaal.

Lokale overheden trachten hiermee het recht op onderwijs voor leerlingen te garanderen die niet naar school kunnen wegens gezondheidsredenen:

- ▶ Een aanbod equivalent aan 'voltijds onderwijs' (wat dit juist inhoudt, wordt verder niet gedefinieerd in de regelgeving)
- ▶ Flexibel en aangepast onderwijs op maat van de noden (incl. sociale en emotionele noden)
- ▶ Voorkomen van achterstand t.o.v. medeleerlingen ("good academic attainment particularly in English, Maths and Science")
- ▶ Snelle en vlotte re-integratie in de school

Garantie van een aanbod voor medische leerlingen – de rol van de lokale overheid⁴⁹

Uitvoerende organisatie	Lokale overheid (eindverantwoordelijkheid)
Uitvoerders	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ambtenaar verantwoordelijk voor zieke leerlingen (eveneens verantwoordelijk voor andere leerlingen die tijdelijk geen onderwijs ontvangen om diverse redenen). ▶ Scholen: <ul style="list-style-type: none"> ▶ schoolbestuur (governance boards): verantwoordelijk voor een goed aanbod vanuit de school naar leerlingen met zorgnoden ▶ elke school moet een personeelslid als verantwoordelijke hebben voor kinderen die niet naar school kunnen om medische redenen ▶ Alternatieve voorzieningen: bv. Aspire Pupil Referral Unit⁵⁰ in Buckinghamshire County Council (onderwijsinstelling, die o.a. thuis en ziekenhuis onderwijs inricht)
Partners/-organisaties	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Medische professionals ▶ Ouders ▶ Kinderen/jongeren

⁴⁹ Local government & social care Ombudsman, Out of school, out of sight? Ensuring children out of school get a good education. (juli 2022); Department for education, Ensuring a good education for children who cannot attend school because of health needs: Statutory guidance for local authorities (january 2013); Buckinghamshire council, Home tuition and hospital teaching services guidance (May 2022);

⁵⁰ In de Pupil Referral Units (PRU's) krijgen kinderen les die niet naar school kunnen en anders geen passend onderwijs krijgen. Dit kan zijn omdat ze een kort- of langdurige ziekte hebben, uitgesloten zijn geweest of als nieuwkomer wachten op een plaats in een gewone school. PRU's zijn geen scholen voor buitengewoon onderwijs (*special schools*), leerlingen met ernstigere speciale onderwijsbehoeften of een handicap mogen niet naar een PRU worden gestuurd als een oplossing op lange termijn.



	▶ Soms: politie, sociaal werkers
Praktijken en organisatievormen	<p>Rol lokale overheid:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Zorgen dat er een kwalitatief aanbod bestaat voor leerlingen die afwezig zijn (onderwijs aan huis, online onderwijs of in een kleine klasgroep met leerlingen met medische noden⁵¹) + financiering hiervan ▶ De nodige samenwerking organiseren: scholen connecteren om informatie-uitwisseling te stimuleren, samenwerking tussen onderwijs en zorg bevorderen (binnen breder welzijnskader) ▶ Scholen ondersteunen (advies, begeleiding, opleidingen), nagaan of elke school een beleid heeft ▶ Kwaliteit van het aanbod opvolgen ▶ Indien niet tijdig een gepast aanbod georganiseerd kan worden: leerlingen naar de juiste dienst doorverwijzen (bv. home tuition). Verantwoordelijkheid start vanaf geweten is dat het kind meer dan 15 dagen afwezig zal zijn. Om dit op te volgen worden afwezigheidsgegevens uit de scholen opgevolgd (leerlingen die langdurig afwezig zijn met reden ziekte). ▶ Publiek communiceren over hoe ze hun wettelijke verplichting vervullen i.v.m. kinderen met gezondheidsnoden.
Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kinderen op schoolplichtige leeftijd waarvan het duidelijk is dat ze 15 dagen of meer afwezig zijn van school (achtereen of in verschillende periodes) wegens gezondheidsredenen, met medisch attest van een specialist (attest van een huisarts volstaat niet). Om echt in actie te treden op het individuele niveau: kinderen die geen aangepast, kwalitatief onderwijs ontvangen⁵². ▶ Leerlingen zonder attest van een specialist, die geen aanbod nodig hebben of waarvoor de school zelf een aanbod kan voorzien, vallen hier dus niet onder.
Ecologische context	<p>Micro:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Complexe individuele situaties met soms conflicterende en/of onvoldedige informatie ▶ Motivatieniveau van leerlingen om aan schoolse te werken verschilt <p>Macro:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Onderscheid tussen publiek (gratis) en privaat (betalend) onderwijssysteem ▶ Toename in aantal langdurig zieke leerlingen wegens medische redenen ▶ Toename in mentale aandoeningen

HOME TUITION SERVICE

⁵¹ [Absence from school | Contact](#)

⁵² There will be a wide range of circumstances where a child has a health need but will receive suitable education that meets their needs without the intervention of the LA – for example, where the child can still attend school with some support; where the school has made arrangements to deliver suitable education outside of school for the child; or where arrangements have been made for the child to be educated in a hospital by an on-site hospital school



Het 'onderwijs aan huis' (10u per week) wordt vanuit een aparte dienst ingericht (dus niet door de scholen zelf, zoals bij TOAH). Hoe dit juist wordt georganiseerd verschilt tussen de regio's. In Eastriding beschikt de lokale overheid over een eigen bureau dat leerkrachten aanstelt met een freelance contract. Dit is eerder uitzonderlijk, in Buckinghamshire worden de leerkrachten tewerkgesteld in een Aspire Pupil Referral Unit. Afhankelijk van de regio werkt men zoveel mogelijk met een fysieke plaats waar leerlingen naar toe gebracht worden (financieel interessanter) of enkel met thuisonderwijs (bv. in grote regio's).

Met deze maatregel wil men het recht op onderwijs voor zieke leerlingen garanderen door een equivalent aanbod te organiseren aan fulltime onderwijs zodat re-integratie in de thuishoofschool gerealiseerd kan worden.

Onderwijs aan huis (<i>Home tuition service</i>) ⁵³	
Uitvoerende organisatie	Eindverantwoordelijkheid ligt bij de lokale overheid, maar het wordt uitbesteed aan/ingericht door een bevoegde organisatie.
Uitvoerders	<ul style="list-style-type: none"> ▶ In Buckinghamshire: Aspire Pupil Referral Unit (die o.a. ook ziekenhuisonderwijs inrichten) ▶ In Yorkshire: East riding tuition service ▶ Lesgevers (<i>tutors</i>), coördinator, ...
Partners-/organisaties	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Verantwoordelijke medewerker van de thuishoofschool ▶ Medisch team
Praktijken en organisatievormen (in Yorkshire)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aanvraag door thuishoofschool (of soms door medische professional) ▶ Medisch attest (van specialist) wordt opgevraagd door organisatie die home tuition inricht ▶ Coördinator home tuition doet verkennend bezoek bij de leerling ▶ In complexere situaties: coördinator spreekt met medische professional (bv. zicht krijgen op duurtijd afwezigheid) ▶ Tutor wordt toegewezen ▶ Verantwoordelijke medewerker van de thuishoofschool licht de tutor in over de schoolcarrière ▶ Aantal uur les per week dat gefinancierd wordt, verschilt tussen regio's en is (afhankelijk van situatie leerling, bv. East Riding 10 uur, dit is aan de hoge kant) ▶ Tijdens de duur van de thuishoofscholing, blijft er uitwisseling met de thuishoofschool over huiswerk, toetsen en andere zaken ▶ De thuishoofschool en tutor volgen het traject in eerste instantie op, maar ook de lokale autoriteit krijgt verslagen en volgt op in geval van problemen ▶ Begeleiding bij de re-integratie in de thuishoofschool (bv. combinatie school en tuition, soms ook tuition ter plaatse in de school) ▶ Lesaanbod enkel tijdens schooljaar

⁵³ Buckinghamshire council, Home tuition and hospital teaching services guidance (May 2022); www.eastriding.gov.uk/learning/schools-colleges-and-academies/school-attendance/east-riding-tuition-service/



Doelgroep	Zie hierboven Soms ook informeel als noodoplossing ingezet voor leerlingen met andere problematische situaties (bv. via sociaal werkers of politie)
Ecologische context	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Micro: Soms moet eerst op andere zaken gewerkt worden (bv. motivatie), dan het schoolse. Daarom werft men ook tutors aan met een achtergrond in jeugdwerk. Verder ervaren leerlingen soms een drempel om de stap terug naar school te zetten. Daarom wordt ingezet op re-integratieperiodes. ▶ Macro: Groei doelgroep: grote kosten van thuisonderwijs voor lokale overheid.

ROLVERDELING MET ÉÉN EINDVERANTWOORDELIJKE

Eén actor draagt de eindverantwoordelijkheid voor een kwalitatief aanbod voor de individuele leerling binnen een geografisch gebied. Wanneer dit goed doorgevoerd en gecommuniceerd wordt, zorgt dit voor helderheid voor de betrokken actoren: één duidelijk aanspreekpunt. Ook zorgt het voor een duidelijk mandaat. In de UK is dit het geval op papier, in de praktijk blijken echter niet alle scholen op de hoogte. Door de verantwoordelijkheid per regio te leggen, zou het aanbod gebiedsdekkend moeten zijn en zijn er - in principe - geen leerlingen die buiten de verantwoordelijkheid kunnen vallen (bv. leerlingen niet ingeschreven in een school). De eindverantwoordelijkheid betekent echter niet als enige verantwoordelijk: ook de schoolbesturen worden in de beleidsdocumenten sterk gewezen op hun plichten in het voorzien van een tijdig en kwalitatief aanbod.

Ook de positie van de lokale overheid heeft gevolgen, deze heeft een zekere afstand tot de betrokken actoren (de school, de familie, het medische), wat voordelen met zich meebrengt (onpartijdigheid, juiste positie om lokale actoren te connecteren), maar ook nadelen (afstand tot informatie over individuele casussen). Er is bijgevolg een systeem nodig waarlangs de lokale overheid een up-to-date overzicht heeft van alle leerlingen in de doelgroep en een manier (en de nodige tijd en middelen) om het statuut en de kwaliteit van hun traject op te volgen, te kunnen evalueren en op basis hiervan snel actie te ondernemen indien nodig. In ten minste één lokale overheid gebeurt dit via de opvolging van afwezigheden. Wanneer leerlingen vaker dan een bepaalde drempel afwezig zijn wegens ziekte, worden de namen vergeleken met de namen die reeds aangemeld zijn voor tuition. Voor zij die niet werden aangemeld, wordt contact opgenomen met de school om te informeren of alles goed loopt of dat er toch een aanbod nodig is.

Verder blijkt het ook wenselijk om, zeker bij psychische aandoeningen, vooraf en tijdens het alternatief onderwijs traject contact te onderhouden met de betrokken medische actoren om het onderwijsaanbod op het therapeutisch traject af te stemmen en omgekeerd.

Wat kunnen we hieruit leren?

- ▶ De definiëring van de verschillende rollen in de organisatie en opvolging van een aanbod voor leerlingen kan verhelderd worden in Vlaanderen.
- ▶ Het is een meerwaarde als één actor de eindverantwoordelijkheid draagt. Deze dient zo gepositioneerd te worden, dat de nodige afstand kan bestaan tot de betrokken actoren, maar toch voldoende dicht leerlingen kan opvolgen.
- ▶ Om te zorgen dat geen kinderen en jongeren door de mazen van het net kunnen vallen, moet een gebiedsdekkend opvolgsysteem geïnstalleerd worden. Een degelijke registratie en snelle opvolging van regelmatige of lange afwezigheden kan hier een oplossing bieden. Het is belangrijk bij (vermoedens van)



langere afwezigheid, dat er wordt nagegaan wat het probleem/risico juist is en er op tijd een oplossing aangeboden kan worden.

- ▶ Er dient waar nodig een afstemming mogelijk zijn tijdens het traject tussen de medische actoren, de onderwijskant en eventueel jeugdhulp.

HOME TUITION: FLEXIBEL INZETBAAR EN TOT 10 UUR PER WEEK

De doelstelling van het alternatief onderwijs is een equivalent aanbieden aan voltijds onderwijs (dit wordt verder niet gedefinieerd in de wetgeving). Voor home tuition wordt dit vertaald in een aantal uur per week (voor East riding tot 10 uur, indien de situatie van de leerling dit toelaat).

Wat regelgeving betreft is de home tuition niet onderhevig aan beperkingen op locatie. Zo kan het ook georganiseerd worden in een speciale school (PRU), in een bibliotheek, en bijgevolg dus ook in groepjes.

In het Brits systeem is er geen onderscheid tussen verschillende types van aandoening (chronisch, langdurig). Het kan opgestart worden wanneer men vermoedt dat een leerling langer dan 15 dagen (niet per se achtereen) afwezig zal zijn.

De profielen van de tutors zijn naast gewone leerkrachten, ook mensen die kunnen inspelen op andere noden die bij de doelgroep aanwezig zijn (bv. jeugdwerkers).

Er wordt gewerkt met flexibele trajecten om de re-integratie van de leerling vorm te geven (bv. op de school zelf, combinatie school en home tuition).

Wat kunnen we hieruit leren?

- ▶ De regelgeving op het aantal uren les waarop een leerling recht heeft, kan meer in lijn komen met de ambitie om een equivalent aan voltijds onderwijs te realiseren door het aantal uren van TOAH omhoog bij te stellen. Afhankelijk van de situatie van de leerling, wordt dan het haalbare aantal uren bepaald. Uiteraard moeten er dan ook de nodige (systemische) stappen genomen worden om dit te kunnen realiseren in de praktijk, i.v.m. het lerarentekort.
- ▶ De regelgeving waar de les plaatsvindt kan in Vlaanderen een stuk flexibeler. Wanneer hierdoor meerdere leerlingen eventueel in kleine groepjes les krijgen (in lijn met sommige Vlaamse ziekenhuisscholen), kan dit toelaten de kosten te drukken en meer uren per leerling te realiseren.
- ▶ De regelgeving kan eveneens flexibeler m.b.t. wanneer leerlingen recht hebben op TOAH. Het onderscheid tussen langdurig en chronisch kan afgeschaft worden en een aanbod dient te worden georganiseerd vanaf er vermoed wordt dat een leerling een bepaald aantal dagen afwezig zal zijn, of dat nu achtereen is of verspreid over de tijd.
- ▶ In de organisatie van het aanbod zien we parallel met de organisatie van School & ziekzijn. Indien TOAH door leerkrachten gegeven zou worden vanuit een externe organisatie i.p.v. de thuischool, lijkt een werking wenselijk en vlot met een coördinator die de intake doet en op basis daarvan de leerling koppelt aan de meest passende lesgever(s).
- ▶ Het is wenselijk om met een brede blik te reflecteren over welk type leerkrachten er nodig zijn. Zo is het mogelijk wenselijk om ook mensen met een achtergrond in jeugdzorg aan te werven voor leerlingen met bepaalde noden, die (nog) niet toe zijn aan onderwijs.

2.4. Andere relevante buitenlandse praktijken

Praktijk	Land	Beschrijving
----------	------	--------------



Consultanten Onderwijsondersteuning zieke leerlingen (OZL)	NL	Scholen kunnen consulenten OZL inschakelen voor onderwijsondersteuning in het geval van zieke leerlingen. Samen met de school, leraar, ouders en andere betrokkenen kan een consulent OZL het onderwijs zo organiseren dat dit aansluit op de onderwijsbehoefte van de zieke leerling. Maatwerk staat centraal. De consulenten OZL zijn actief vanuit regionale onderwijsadviesbureaus en universitair medische centra.
Netwerk Ziezon	NL	Netwerk Ziezon is een landelijk expertisenetwerk, opgericht in 2000, voor ziek zijn & onderwijs. Het netwerk biedt de consulenten OZL de kans onderling kennis te delen en efficiënt en effectief samen te werken. Men focust op continue professionalisering, uitbreiding van expertise en de creatie van een sluitend netwerk. Het netwerk biedt via zijn website ouders en scholen veel praktische informatie over de gevolgen van ziek zijn voor de leerling. Ook zijn vanuit het netwerk, samen met artsen en andere zorgverleners, brochures ontwikkeld. Daarin vermeld men voor verschillende ziektes informatie over de gevolgen voor het onderwijs en concrete aandachtspunten voor de leraar.
Zorgeloos naar school	NL	Een stichting die zich inzet voor alle leerlingen met een chronische aandoening, hun ouders en hun scholen opdat zij 'zorgeloos' naar school kunnen. Dit doen ze via: (1) voorlichting d.m.v. een gids, website, downloads, een community; (2) advies op maat, (3) agendasetting; (4) belangenbehartiging en (5) training.
Mazl ("Meer Aandacht voor Ziekgemelde Leerlingen")	NL	Methodiek om ziekteverzuim bij leerlingen integraal aan te pakken. De problematiek van leerlingen met ziekteverzuim wordt vroegtijdig ontdekt door een gedeelde aandacht van schoolmedewerkers, jeugdartsen en leerplichtambtenaren. Bij signalisatie, ongeacht gewettigd of ongewettigd verzuim, wordt er een eerste gesprek gehouden met de ouders en de leerling om na te gaan hoe de school kan ondersteunen.
WOOZL	NL	De Wet Ondersteuning Onderwijs aan Zieke Leerlingen (WOOZL). Deze wet werd in Nederland ingevoerd in 1999.
KlasseContact	NL	Vorm van hybride virtueel onderwijs. Via een mobiele of vaste verbinding worden zieke kinderen met hun klasgenoten en school verbonden en kunnen zij meedoen aan de lessen. Thuis of in het ziekenhuis kunnen zij via een laptop die in verbinding staat met een ICT-set in de klas aanwezig zijn. Dit is ook mogelijk tijdens de pauze en buiten de schooltijd, zodat ook het sociale contact behouden kan worden en er ook individuele remediëring mogelijk is.
Regionale expertisecentra (Stichting De Kleine Prins, Stichting Orion)	NL	Het expertisecentrum De Kleine Prins beschikt over een expertteam bestaande uit ambulante begeleiders, fysiotherapeuten, orthopedagogen en ergotherapeuten. Zij geven reguliere scholen advies, coaching, scholing en voorlichting rond langdurig zieke leerlingen. Het expertisecentrum Orion voorzien coaching-on-the-job, transferbegeleiding, thuisonderwijs, workshops, studiedagen en



		trainingen voor kinderen, leerkrachten en scholen met als doel competentieversterking.
Orion / De Kleine Prins	NL	Orion heeft een aanbod voor leerlingen in negen scholen in Amsterdam die specifieke onderwijsbehoeften hebben. Naast het expertisecentrum bestaat De Kleine Prins uit drie scholen gericht op speciaal onderwijs.
SAPAD	FR	Service d'Assistance Pédagogique À Domicile biedt gratis onderwijsondersteuning aan kinderen die langdurig ziek zijn, in het ziekenhuis of in de thuiscontext. Deze service behoort tot het Ministerie van Nationaal Onderwijs. Het doel is om de continuïteit van het leren te vrijwaren en de re-integratie in de klas te bevorderen. Op basis van een individueel plan dat wordt opgesteld door een coördinator van SAPAD i.s.m. de ouders, de school en het medisch team wordt een aangepaste aanpak voorzien.
AiSCOBAM	FR	Aide Scolaire Bénévole aux Adolescents Malades biedt gratis ondersteuning in het ziekenhuis. Er zijn vrijwilligers die leerkrachten ondersteunen, maar ook vrijwilliger leerkrachten die individueel onderwijs voorzien.
FEMDH	FR	De Fédération pour l'Enseignement des Malades à Domicile et à l'Hôpital tracht een link te creëren voor al de verenigingen die lid zijn. Zo worden er congressen, vergaderingen en uitwisselingen georganiseerd. Daarnaast verzorgen zij ook trainingen en vertegenwoordigen ze de lidorganisaties in beleidskwesties.
Pupil referral units	VK	Pupil referral units zijn instellingen die onderwijs voorzien voor leerlingen die niet naar school kunnen door ziekte en/of gedragsproblematiek. In de scholen wordt in kleine groepjes lesgegeven. Het doel is wel om de leerlingen terug te integreren in hun thuishoofschool; leerlingen gaan er voor een kortere periode heen, toch zijn er ook PRU's die een aanbod voorzien op lange termijn. De aanpak van PRU's verschilt onderling, gezien ze regionaal ingericht worden.
Whole school approach (Enkele voorbeelden: Wales , Cambridgeshire & Peterborough)	VK	De 'whole school approach' is een Angelsaksisch ondersteuningsmodel voor zieke leerlingen. Het model gaat uit van een gecoördineerde en holistische aanpak waarin de communicatie en samenwerking vormgegeven worden vanuit een multidisciplinair team. In deze "whole school" benadering betreft men zowel de leerkrachten, de thuishoofschool, de maatregelen voor de zieke kinderen (ziekenhuisschool, het onderwijs aan huis, ...), de gezondheidsmedewerkers en medici, schoolpsychologen, de lokale autoriteiten, alsook het zieke kind en het gezin. Al deze actoren trachten samen via systematische methodes en programma's een antwoord te bieden op de noden van het zieke kind.
Well at school	VK	Well at school biedt informatie en advies aan scholen bij het ondersteunen van leerlingen met fysieke en/of mentale klachten, zodat deze leerlingen volledig kunnen deelnemen aan het onderwijs. Hiervoor



		werkt de organisatie samen met leerkrachten, leerlingen en een medisch team.
Young Lives vs. Cancer	VK	Young Lives vs. Cancer is een organisatie gericht op het ondersteunen van kinderen en jongeren met kanker. Hierbij nemen ze de rol op als contactpersoon tussen de zieke leerling, de ouders, en de thuischool. Zo informeren ze bijvoorbeeld de thuischool over de ziekte, organiseren ze infodagen voor leerkrachten over de invloed van kanker op onderwijs en hoe dat didactisch kan worden aangepakt, ... Ook wordt een infopakket aangeboden aan de leerkrachten dat kan worden gebruikt om klasgenoten in te lichten over de ziekte.
Nordre akre school	NW	De Norde Akre School is een school in Noorwegen voor kinderen die in de kinderpsychiatrie zijn opgenomen. De kinderen worden naar de school doorverwezen vanuit de psychiatrie. De school focust op een samenwerking met de thuischool, afstemming van het onderwijsaanbod op de noden van de leerling en individuele begeleiding. De school werkt enkel met gediplomeerde leerkrachten die bovendien een extra opleiding in 'onderwijs voor leerlingen met specifieke noden' gevolgd moeten hebben.
The Avatar	DU	'The Avatar' is een robot die op de stoel zit van een zieke leerling in zijn/haar klas op school. De zieke leerling neemt via de robot van thuis uit deel aan de lessen en het klasgebeuren. 'The Avatar' is een privaat initiatief gefinancierd door het lokale bestuur van het Berlijnse district Marzahn-Hellersdorf.
HOPE	EU	HOPE is een internationale associatie/NGO die overheen Europa ziekenhuisleerkrachten verenigt die in het ziekenhuis of thuis onderwijs bieden aan kinderen en jongeren met medische noden. De organisatie ijvert voor kwaliteitsvol onderwijs voor alle zieke kinderen/jongeren afgestemd op hun individuele noden.



3 / Aanbevelingen

In dit hoofdstuk formuleren we 10 aanbevelingen ten aanzien van het beleid en de diverse actoren:

- ▶ Bied garanties voor een sterk zorgbeleid in elke individuele school in Vlaanderen
- ▶ Versterk en responsabiliseer scholen uit het gewoon onderwijs in het uittekenen van geïndividualiseerde leertrajecten en de regie van een onderwijsaanbod op maat
- ▶ Registreer en deel gegevens over doelgroep en maatregelen
- ▶ Ontwikkel een procedure die garanties biedt voor snelle actie, en volg de toepassing ervan op
- ▶ Maak het Tijdelijk Onderwijs aan Huis (TOAH) toegankelijker, zowel qua doelgroep als qua organisatie
- ▶ Versterk de positie van de 'zelfstandige' TOAH-leerkrachten en de vrijwilligers van School & Ziekzijn
- ▶ Werk aan structurele oplossingen voor het plaatstekort in het buitengewoon onderwijs en de wachttijden in de jeugdhulp en jeugdpsychiatrie
- ▶ Faciliteer provinciale coördinatie tussen alle actoren betrokken bij de organisatie van het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen
- ▶ Versterk de Centra voor Leerlingenbegeleiding
- ▶ Stem de wetgeving inzake het ziekenhuisonderwijs beter af op de realiteit van deze scholen

We bespreken deze aanbevelingen hieronder in meer detail. Tot slot vatten we alles samen in een tabel waarin per actor de te ondernemen acties worden opgesomd.

1. Bied garanties voor een sterk zorgbeleid in elke individuele school in Vlaanderen

Uit deze evaluatie blijkt duidelijk dat een sterk zorgbeleid de basis vormt voor het uitwerken en uitvoeren van een kwaliteitsvol onderwijsaanbod voor zieke leerlingen. Het garandeert het tijdig opzetten en kwalitatief vormgeven en opvolgen van een traject wanneer een leerling vaak of langere tijd afwezig is. Een sterk zorgbeleid is ook preventief belangrijk: het kan er bv. voor zorgen dat chronisch zieke of zwangere leerlingen zo vaak/lang mogelijk naar school kunnen gaan, of het kan voorkomen dat sommige leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften (bv. ASS) ziek worden (bv. een psychische problematiek ontwikkelen). Tot slot verloopt re-integratie gemakkelijker als een school zorg blijft dragen voor een leerling die tijdelijk afwezig is en ook tijdens de afwezigheid de band met de leerling blijft behouden.

Maar, en hier begint een punt van zorg dat de aanleiding is tot deze aanbeveling, er zijn grote verschillen tussen scholen op het vlak van zorg. Artikel 4 van het ontwerp van leersteundecreet ('De Vlaamse regering bepaalt de modaliteiten voor een verdere versterking van de brede basiszorg en verhoogde zorg in de scholen') biedt een potentiële hefboom voor garanties voor een sterk zorgbeleid in alle scholen in Vlaanderen. Dit artikel dient doortastend en met voldoende middelen te worden uitgewerkt en geïmplementeerd; zeker wanneer het gaat over zieke leerlingen.

Deze aanbeveling heeft implicaties voor het verzekeren van zorgmiddelen op een school: voldoende financiële middelen, maar ook human resource middelen in termen van expertise en beschikbare tijd. Elke leerling die geen gepaste begeleiding krijgt, betekent een oningevulde nood van de leerling, maar wijst even goed naar oningevulde noden van de school en van een leerkracht of leerlingenbegeleider die onvoldoende tijd vindt om een leerling en zijn of haar ouders te begeleiden. Het besteden van 'middelen' roept ook de vraag op naar het beleid m.b.t. deze middelen. Onderwijsinspectie en pedagogische begeleiding kunnen het beleidsvoerend vermogen van directies onder de loep nemen: is er bv. een heldere visie om de beschikbare zorgmiddelen adequaat te besteden? Uit dit



evaluatieonderzoek blijkt alvast dat er een prioritaire investering nodig is in de continuïteit en professionalisering van zorgcoördinatoren en leerlingenbegeleiders. Zij zijn de spil van de leerlingenbegeleiding op school.

De pedagogische begeleidingsdiensten ondersteunen scholen bij het ontwikkelen van hun zorgbeleid en het versterken van leerkrachten op het vlak van visie, aanpak en expertise. De pedagogische begeleidingsdiensten dienen volop in te zetten op scholen die zwak uit de doorlichting komen en ondersteuning nodig hebben bij alle aspecten van zorg. Maar ook scholen met een goed uitgebouwd zorgbeleid kunnen baat hebben bij voldoende informatie op gezette tijden over het onderwijsaanbod specifiek voor zieke leerlingen en hoe de verschillende maatregelen in te zetten. De begeleidingsdiensten kunnen de resultaten van deze studie meenemen in hun reguliere begeleidingsaanbod.

Om garanties voor een sterk zorgbeleid in te bouwen, zou de onderwijsinspectie systematisch de kwaliteit van het zorgbeleid en de leerlingenbegeleiding kunnen nagaan in elke doorlichting. Volgens het kwaliteitsdecreet heeft de onderwijsinspectie deze opdracht sinds het schooljaar 2021-2022. In de loop van 2022 is de inspectie gestart met try-outs, en vanaf januari 2023 zal begeleiding van de lerenden onderzocht worden in elke brede doorlichting. Op basis van deze evaluatie vragen we de onderwijsinspectie om expliciet aandacht te hebben voor het beleid rond zieke leerlingen, en in het bijzonder voor de elementen die in onderstaande aanbevelingen verder worden uitgewerkt. Elementen uit het evaluatiekader dat we voor deze studie ontwikkelden, kunnen aan bod komen tijdens een doorlichting. Op basis van data over afwezigheden en gebruik van de maatregelen (zie aanbeveling 3) kan de onderwijsinspectie een risicoanalyse uitwerken en zich richten op scholen waar bv. geen maatregelen worden ingezet bij langdurig zieke leerlingen, TOAH telkens wordt verlengd of voor een volledig schooljaar wordt ingezet, ziekte en spijbelen elkaar vaak afwisselen, ... Dat laatste versterkt de focus op zorg in elke individuele Vlaamse school.

In de context van discussies over de 'expertise' van actoren in een school, keren vragen terug over het statuut van 'bekwame helper' in een schoolcontext. Er is onvoldoende rechtszekerheid voor leerkrachten die eenvoudige gezondheidszorghandelingen (bv. toedienen van medicatie) uitvoeren. Nu de huidige minister van Volksgezondheid het dossier terug op de regeringstafel heeft gelegd, dient de federale overheid hier verder werk van te maken. Een degelijke opvolging vanuit het Vlaamse (onderwijs)niveau is hier nodig.

2. Versterk en responsabiliseer scholen uit het gewoon onderwijs in het uittekenen van geïndividualiseerde leertrajecten en de regie van een onderwijsaanbod op maat

Bij de organisatie van een onderwijsaanbod op maat a.h.v. een weloverwogen combinatie van maatregelen, blijkt het uittekenen van een geïndividualiseerd leertraject op basis van vrijstellingen een cruciale taak voor scholen uit het gewoon onderwijs.

Een dergelijk traject zou vorm kunnen krijgen op basis van leerdoelen of eindtermen, en niet op basis van leergebieden of vakken, zoals nu nog vaak gebeurt. Werken op basis van leerdoelen of eindtermen creëert meer mogelijkheid om de focus te leggen op de basis(doelstellingen) van diverse vakken, biedt meer flexibiliteit in keuze van materialen, werkvormen, werktempo, ... op maat van de zieke leerling, terwijl werken op basis van leergebieden of vakken gemakkelijker leidt tot het vasthouden aan het (voltijdse) traject dat leerlingen in de thuishoofschool lopen. Daarbij zou er niet enkel gefocust mogen worden op het inhalen van leerachterstand: er moet er ook ruimte zijn voor zaken die een leerling goed kan of leuk vindt, om de leerling gemotiveerd en betrokken te houden.

In het bijzonder de klassenraad speelt hier een centrale rol: de klassenraad bepaalt prioriteiten in het onderwijstraject, en neemt de verantwoordelijkheid dat een leerling voldoende geleerd heeft om een studiebewijs te halen. De leerlingenbegeleider/zorgcoördinator bereidt het dossier voor en brengt het op de klassenraad.

De regelgeving biedt via de mogelijkheden tot dispensatie en individuele aangepaste curricula (IAC) de nodige instrumenten om te individualiseren, maar scholen blijken heel wat moeite te hebben met de implementatie



ervan. Leerkrachten, leerlingenbegeleiders/zorgcoördinatoren en klassenraden hebben meer ondersteuning nodig op het vlak van dispensatie en het uitwerken van individuele aangepaste curricula. Meerdere actoren kunnen hier een rol in spelen. Eerst en vooral de pedagogische begeleidingsdiensten: zij kunnen objectieve informatie bieden over de mogelijkheden binnen de regelgeving, verduidelijken wat al dan niet kan, hulp bieden bij het selecteren van doelstellingen, voorbeelden geven, garanties bieden, ... Ook de onderwijsinspectie zou meer duidelijkheid kunnen creëren over de vrijheid/grenzen waarbinnen studie-attestering kan gebeuren en in het kader van doorlichtingen aandacht besteden aan het beleid van scholen op dit vlak. Op het niveau van de individuele leerlingen kunnen de CLB's een sterkere rol spelen: zij kunnen een school meer achtergrond geven over de impact van psychosociale en medische factoren op de haalbaarheid van een traject. Bij dit alles is een sterk zorgbeleid een belangrijke randvoorwaarde: anders is de kans groot dat er onvoldoende openheid zal zijn om in overleg met deze partners zelfs nog maar de reflectie te starten.

Voor het opzetten van een onderwijsaanbod op maat zou op basis van deze studie een kader kunnen worden ontwikkeld om bewust en geïnformeerd afwegingen te maken over de keuze en combinatie van maatregelen, vanuit een holistische blik op de ontwikkeling van het kind. Combinaties van maatregelen zijn aangewezen, want elke maatregel heeft zijn eigen sterktes en zwaktes in het maatwerk dat voor elke leerling moet worden nagestreefd. Hoofdstuk 9, waarin per maatregel wordt omschreven waarvoor of wanneer de maatregel meer of minder aangewezen is, kan de basis vormen voor een dergelijk afwegingskader. Daarbij moet naast de maatregelen die in deze studie werden onderzocht, ook ruimer worden gekeken: bv. NAFT-traject, zorgboerderij, ..., en eventueel voor sommige scholen in het secundair onderwijs die ervoor kiezen, in de toekomst misschien zelfs de mogelijkheden van interactief afstandsonderwijs (op basis van het op 28 oktober 2022 goedgekeurde voorontwerp van decreet).

Artikel 18 van het ontwerp van leersteundecreet bevestigt dat de verantwoordelijkheid voor de regie over het totale leerproces van de leerling bij de school ligt: 'De school voor gewoon onderwijs ... is verantwoordelijk voor de coördinatie van en de afstemming met de partners die betrokken zijn of aanvullende vormen van ondersteuning die aan de leerling in de school worden geboden in functie van een kwaliteitsvol traject voor de leerling.' We onderschrijven dit principe, maar stellen voor om 'in de school' te schrappen: deze evaluatie toont dat het leerproces en het traject van de leerling evenzeer buiten de school wordt ondersteund (bv. via ziekenhuisonderwijs, Bednet, door een zelfstandige TOAH-leerkracht,...). De essentie is dat alle partners samen één leer- en zorgplan maken en dat de thuischool waar de leerling is ingeschreven eindverantwoordelijke blijft voor het leertraject. Ook hier speelt de leerlingenbegeleider/zorgcoördinator een belangrijke voorbereidende rol, en is de (begeleidende) klassenraad het overlegorgaan waar alle betrokken actoren (idealiter) samen komen, en waar het overzicht wordt bewaard.

Net omdat de evaluatie aantoonde dat geïndividualiseerd leertrajecten en onderwijs op maat niet in elke school of voor elke leerling bespreekbaar zijn, zijn er hefboomen nodig om scholen te responsabiliseren en de rechten van de leerlingen te garanderen. We trekken de analogie met het recht op redelijke aanpassingen, net zoals dat grondwettelijk bepaald is voor leerlingen met een handicap (Titel II art. 22ter). Onafhankelijke, laagdrempelige bemiddeling zou mogelijk kunnen zijn voor leerlingen, ouders en scholen om bij geschillen tot consensus te komen. Weigeringen om in te gaan op de vraag naar een geïndividualiseerd leertraject of onderwijs op maat zouden moeten gemeld kunnen worden en worden opgevolgd door een externe instantie. Vandaag kunnen leerlingen en ouders in principe al terecht bij het Kinderrechtencommissariaat of Unia, het Belgische nationaal mensenrechteninstituut (of in de toekomst het Vlaams Mensenrechteninstituut), als ze zich gediscrimineerd voelen op grond van gezondheidstoestand. Het beleidsdomein Onderwijs zou deze mogelijkheid explicieter kunnen communiceren en het gebruik ervan actiever kunnen opvolgen.



3. Registreer en deel gegevens over doelgroep en maatregelen

Uit dit onderzoek blijkt dat er onvoldoende cijfermateriaal beschikbaar is om bepaalde vragen over bereik of efficiëntie te beoordelen. Maar ook om alle betrokken actoren toe te laten om gericht beleid uit te tekenen, actie te ondernemen en bij te sturen indien nodig, zijn er betere data nodig om een informatierijke omgeving te creëren.

Enerzijds gaat het om gegevens over de doelgroep. In dit onderzoek baseerden we ons op de Z-code (afwezigheid met een medisch attest) om de doelgroep af te bakenen, maar we leerden dat er ook linken zijn met de B-code (spijbelaars), P-code (gewettigd door directie, o.a. revalidatie gewoon onderwijs, topsport,...), R-code (o.a. schorsing), en de H-code (revalidatie BuO). Om een beter zicht te krijgen op de omvang, de diversiteit en de noden van de doelgroep, is verder onderzoek nodig naar patronen van afwezigheid in de groep leerlingen met Z-code en de achterliggende realiteiten. Zo kan worden verondersteld dat dit patroon anders is bij bv. een lange ononderbroken periode van Z-codes met verder geen afwezigheden (langdurig ziek), afwisselend veel korte periodes met Z-code (chronisch ziek), Z-code voor een heel schooljaar in het BuO (oneigenlijk gebruik van TOAH), of afwisselend Z-codes, B-codes en R-code (psychische/gedragsproblematiek waar geen gepaste oplossing voor wordt gevonden). Een dergelijke analyse kan waardevolle informatie geven om beleid uit te tekenen op niveau van de scholen, hun partnerorganisaties en de Vlaamse overheid.

Anderzijds gaat het om gecentraliseerde en gestandaardiseerde gegevens over het gebruik van de maatregelen. Deze registratie zou ten minste zicht moeten geven op het effectieve gebruik voor alle maatregelen (i.p.v. enkel de aanvraag of het recht hebben op) en dient op zo'n manier te gebeuren dat een link kan worden gelegd met de afwezige leerlingen die er gebruik van maken. Verder is een registratie van aanvangsdatum en einde van het gebruik van een maatregel wenselijk om duurtijd en eventueel dubbel gebruik te kunnen opvolgen. Dit kan een kwantitatief zicht bieden op het gebruik van combinaties aan maatregelen, het eventueel te lang of oneigenlijk gebruik van maatregelen (in het bijzonder TOAH, zie aanbevelingen 5) en bovendien exactere gegevens opleveren op het aandeel leerlingen dat nog niet bereikt wordt met de maatregelen. Meer onderzoek is nodig om inzicht te krijgen in de omvang en kenmerken van deze groep.

Bij dit alles dient erover gewaakt te worden dat de registratie minimale administratieve belasting creëert voor scholen en de betrokken organisaties. Door hen te betrekken in de ontwikkeling van het systeem kan de gebruiksvriendelijkheid en relevantie verzekerd worden: het systeem moet voor hen bruikbare data opleveren, wat het de inspanning waard maakt.

4. Ontwikkel een procedure die garanties biedt voor snelle actie, en volg de toepassing ervan op

Uit dit onderzoek blijkt dat scholen die snel een gepast onderwijsaanbod voor zieke leerlingen kunnen garanderen, systematisch aandacht hebben voor deze leerlingen in de opvolging van afwezigheden. Maar er zijn evengoed scholen die traag op gang komen. Ook voor zieke leerlingen zou moeten gelden 'Kort op de bal spelen en snel optreden', net zoals het voor spijbelen voorop wordt gesteld in het actieplan 'Samen tegen Schooluitval'. Een goede registratie (zie hierboven) en een school specifieke opvolging van afwezigheden wegens ziekte, kan vermijden dat deze leerlingen niet gezien worden.

Voor zieke leerlingen (leerlingen die gewettigd afwezig zijn met een medisch attest) zou een gelijkaardige procedure voor een aanklampend beleid kunnen worden uitgetekend als voor de opvolging van spijbelaars, waarbij beide procedures zoveel mogelijk geïntegreerd zijn; met vergelijkbare rollen voor de verschillende betrokken actoren (school, CLB, externe partners en hulpverlening). Dit is belangrijk, enerzijds omdat we uit dit onderzoek leerden dat afwezigheid wegens ziekte en spijbelen geregeld een samenhang vertonen, elkaar opvolgen of afwisselen, maar anderzijds ook om een gedeeld kader te bieden voor alle betrokken actoren.

Om de gepaste 'drempelwaarden' (aantal dagen afwezig wegens ziekte) voor actie te bepalen, is er vervolgonderzoek en verder overleg op beleidsniveau nodig. Het is niet de bedoeling om elk 'griepje' te



problematiseren, maar om een zekere garantie te bieden zou eraan gedacht kunnen worden om de procedure vanaf de 11e halve dag aaneensluitende afwezigheid wegens ziekte te laten ingaan. Naar analogie met de procedure voor de opvolging van spijbelaars, zou dit betekenen dat vanaf de vastgestelde 'drempelwaarde', scholen verplicht zijn om initiatief te nemen om samen met de leerling, de ouders en in overleg met de arts, het CLB en andere partners na te gaan of een onderwijsaanbod op maat (zie aanbeveling 2) dient opgezet te worden. Als de school dit initiatief niet neemt, moet het CLB in het kader van haar signaalfunctie de school wijzen op haar verantwoordelijkheid. Idealiter ontwikkelen scholen in een informatierijke omgeving (zie aanbeveling 3) samen met de CLB's en andere partners een beleid op maat van hun doelgroep. Het risico dat een leerling loopt om bij afwezigheid wegens ziekte achterstand op te lopen of niet gezien te worden, zal immers afhankelijk zijn van de aard van de aandoening en de voorgeschiedenis van (gewettigde en ongewettigde) afwezigheden.

Eens deze procedure en het hogervermelde afwegingskader voor keuze en combinatie van maatregelen (zie aanbeveling 2) op punt staan, is een volgende stap de versterking van de communicatie. We benadrukken daarin de rol van een toegankelijk 'draaiboek onderwijs voor zieke leerlingen', dat breed verspreid wordt onder artsen, ouders, patiëntenorganisaties, leraren, leraren in opleiding, artsen in opleiding, enzovoort.

Het medisch attest van de arts is een belangrijk element in deze procedure. Bij dit alles zien we dat artsen los van wat een school nodig heeft om eigen maatregelen te nemen, een attest uitschrijven. Er is geen standaard protocol dat artsen helpt bij het adviseren in dit verband. Dit is een lacune in de samenwerking tussen zorg en het beleidsdomein onderwijs. Die lacune is er ook met het domein werk. Artsen houden geen rekening met de implicaties van meerdere opeenvolgende korte afwezigheden versus het onmiddellijk aangeven van een langere periode van afwezigheid (die altijd kan ingekort worden). Een en ander handicapt de slagkracht van een proactief zorgbeleid. Een beter format voor het attest is nodig dat vooral de nadruk legt op een langere en middellang termijnperspectief, waarbij bv. de ingeschatte afwezigheid kan worden genoteerd. Inhoudelijk zouden artsen, zonder medische details vrij te geven en met respect voor de privacy, in het attest meer concrete informatie kunnen geven over wat de leerling op vlak van concentratie, deelname aan de lesactiviteiten, enzovoort wel en niet aankan.

Om te garanderen dat alle scholen een dergelijke procedure hebben en hun initiatiefplicht toepassen, kan de onderwijsinspectie dit in haar BVL-onderzoek (zie aanbeveling 1) nagaan.

Tot slot hierbij nog een reflectie: vandaag zijn de maatregelen TOAH en Bednet omschreven als recht van de leerling. Ook in dit voorstel blijft dat zo: de school moet initiatief nemen, maar kan geen maatregelen opleggen.

5. Maak het Tijdelijk Onderwijs aan Huis (TOAH) toegankelijker, zowel qua doelgroep als qua organisatie

Uit deze evaluatie blijkt dat heel wat leerlingen – zieke, maar ook andere - baat hebben bij de 1-op-1 begeleiding die in het kader van Tijdelijk Onderwijs aan Huis (TOAH) wordt geboden. TOAH heeft meerdere sterktes: er kan op maat worden gewerkt, waardoor flexibel het ritme van het kind gevolgd kan worden. Voor cognitieve vakken kan leerstof bijgehouden of bijgebeend worden. Op sociaal-emotioneel vlak sluit het aan bij de noden van leerlingen die om uiteenlopende redenen niet goed functioneren in/zich niet goed voelen in een groep (bv. anorexia, ASS, gedragsproblemen, ...). Onder bepaalde voorwaarden kan er bovendien ingezet worden op het behouden, opbouwen of versterken van de band met de thuishoofschool en terugkeer, of kan een leerkracht die aan huis komt, ook een vorm van ondersteuning betekenen voor kwetsbare gezinnen. Tegelijk belemmeren administratieve en/of praktische problemen – in het bijzonder het lerarentekort – de uitvoering en het potentieel bereik van TOAH.

In deze vijfde aanbeveling stellen we voor om de doelgroep van TOAH te verruimen: ontwikkel het tot een systeem van 1-op-1 onderwijs buiten de normale schoolcontext, voor leerlingen die tijdelijk niet of moeilijk (voltijds) naar school kunnen gaan. In functie van het organiseren van maatwerk voor individuele leerlingen, is de vraag of het om leerlingen gaat die afwezig zijn wegens een medische aandoening of voor wie de nood aan de maatregel voortvloeit uit andere zorgnoden, immers niet relevant. Wat deze leerlingen allemaal met elkaar gemeen hebben,



is dat ze langdurig en/of voor korte opeenvolgende periodes niet naar school gaan, omwille van een bepaalde problematiek, of deze nu fysiek, psychologisch, ... is of een combinatie van diverse factoren.

Deze verruiming van de doelgroep van TOAH helpt het recht op onderwijs te garanderen en daarenboven de connectie met de school te blijven houden en zelfs versterken.

In functie van inclusie en re-integratie – dus om erover te waken dat scholen niet te snel naar deze maatregel grijpen enerzijds, en leerlingen of ouders anderzijds er niet te lang beroep op blijven doen – is een sterke opvolging door het CLB nodig in kader van de signaalfunctie en de individuele leerlingenbegeleiding. Een betere registratie en dataverzameling kan de opvolging door het CLB faciliteren (zie aanbeveling 3).

Uit bovenstaande vloeit voort dat de regelgeving over TOAH in overleg met de betrokken actoren op meerdere punten hervormd dient te worden, op zo'n manier dat ze niet te complex is en gemakkelijk te handhaven:

- ▶ Medisch attest om het recht te openen: dit is niet noodzakelijk meer nodig. Het recht op TOAH kan ook ontstaan in de context van het zorgbeleid en de procedure van opvolging van afwezigheden (zie aanbeveling 4), waarin TOAH door de betrokken actoren vanuit een multidisciplinair perspectief voorgesteld wordt als deel van de oplossing in het leer- en zorgtraject van een leerling.
- ▶ Voor leerlingen die niet meer ingeschreven zijn in een school, kan TOAH gemeld worden vanuit de netwerken Samen tegen Schooluitval en jeugdhulp-onderwijs.
- ▶ De leerkracht(en): bij voorkeur van de eigen school, maar een 'zelfstandige' TOAH-leerkracht is ook mogelijk (zie aanbeveling 6).
- ▶ Onderscheid tussen langdurig en chronisch ziek: dit wordt in het kader van een verruimde TOAH-doelgroep irrelevant, dus kan wegvallen. Vaste wachtperiode: indien TOAH, zoals voorgesteld, een instrument wordt in de procedure voor opvolging van afwezige leerlingen (zie aanbeveling 4), wordt de vaste wachtperiode overbodig.
- ▶ Locatie: ook de regels i.v.m. locatie kunnen minimaal zijn (desgewenst zou het ook op school moeten kunnen, bv. voor praktijklessen voor leerlingen in arbeidsmarktgerichte opleidingen, zie laatste punt hieronder), zo lang er maar garanties worden ingebouwd dat alles in overleg gebeurt met de leerling, ouders en de betrokken actoren. Zelfs 'online' is dan een mogelijke locatie (op basis van het nieuwe voorontwerp van decreet op interactief afstandsonderwijs), hoewel niet voltijds, en indien het past in het traject van de leerling.
- ▶ Maximum van 4u/week: tot slot zou binnen de grenzen van de budgettaire mogelijkheden kunnen bekeken worden of ook dit verplichte maximum kan losgelaten worden. De combinatie van TOAH en andere maatregelen helpt om het geïndividualiseerd leertraject (zie aanbeveling 2) succesvol te kunnen afwerken. De onderwijstijd die daarvoor binnen TOAH nodig is, verschilt per leerling.
- ▶ Doelgroepen voor wie TOAH vandaag niet mogelijk is: het spreekt voor zich dat deze dan ook op de maatregel beroep moeten kunnen doen. Het gaan concreet over leerlingen in het deeltijds beroepssecundair onderwijs, de voorbereidende leerjaren op het hoger onderwijs van de derde graad ASO en KSO, de Se-n-Se TSO en KSO, de alternerende beroepsopleiding in het buitengewoon secundair onderwijs, de opleiding verpleegkunde van het hoger beroepssecundair onderwijs en leerlingen die zich voorbereiden op de examencommissie, al dan niet via tweedekansonderwijs.

We weten uit deze evaluatie dat TOAH een maatregel is die vatbaar is voor onrechtmatig gebruik. Het is bovendien onduidelijk wat de budgettaire impact is van de geschetste hervorming. Een monitoring (zie aanbeveling 3) en grondige evaluatie zijn dan ook aangewezen om na te gaan of de vooropgestelde doelstellingen behaald worden binnen de budgettaire mogelijkheden.

Specifiek voor het buitengewoon onderwijs zou Zorgpunt van de onderwijsinspectie, op basis van de monitoring, scholen die structureel TOAH gebruiken als alternatief voor POAH, kunnen opvolgen en responsabiliseren. Verder



onderzoek is nodig om te objectiveren waarom zelfs scholen voor buitengewoon onderwijs – die goed uitgerust zouden moeten zijn voor onderwijs aan leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften - verwijzen naar 'gebrek aan draagkracht' om deze praktijken te verantwoorden, en welke oplossingen nodig zijn.

Tot slot: een gelijkaardige verruiming van de doelgroep kan ook voor andere maatregelen relevant zijn, en dient met open vizier overwogen te worden. We denken dan aan het - na positieve evaluatie - structureel maken van de experimenten met type 5 onderwijs in de residentiële jeugdzorg, of het verruimen van de doelgroep voor Bednet. Tegelijk verwachten we voor dit laatste dat de vraag minder groot zal zijn, aangezien dit een maatregel is die minder flexibel is en grotere drempels opwerpt voor kwetsbare doelgroepen: Bednet is moeilijk als er te veel achterstand is t.o.v. het tempo van de klas en een te grote afstand tot de thuishoofschool, en bij de leerling is er nood aan motivatie/engagement, de fysieke/mentale mogelijkheid tot concentratie, de mogelijkheid/wens om medeleerlingen te zien, ...

6. Versterk de positie van de 'zelfstandige' TOAH-leerkrachten en de vrijwilligers van School & Ziekzijn

Het tekort aan TOAH-leerkrachten is een groot struikelblok in het huidige systeem. Hoewel TOAH bij voorkeur wordt gegeven van door een leerkracht van de thuishoofschool, is dit niet steeds mogelijk. 'Zelfstandige' TOAH-leerkrachten, zonder formeel statuut, en de vrijwilligers van School & Ziekzijn vullen deze leemte in.

Het grootste knelpunt voor 'zelfstandige' TOAH-leerkrachten is dat ze administratief verbonden zijn aan meerdere scholen, via al deze scholen hun administratie moeten regelen, maar nergens benoemd zijn. Een pragmatische oplossing kan eventueel gevonden worden in de leersteuncentra die in het ontwerp van decreet over leersteun in het vooruitzicht gesteld worden.

Voor de 'zelfstandige' TOAH-leerkrachten zou het interessant zijn om lid te worden van een team van leerondersteuners in een leersteuncentrum (cf. ontwerp van decreet: 'het leersteuncentrum beschikt over een team van leerondersteuners dat multidisciplinair is samengesteld, waarin onderwijskundige, paramedische, sociale, psychologische en orthopedagogische disciplines vertegenwoordigd zijn') en zo in het ambt van leerondersteuner te worden aangesteld. Elk leersteuncentrum zou m.a.w. zo beschikken over een pool van TOAH-leerkrachten, naargelang de nood in het werkingsgebied. Dit kan het werk van TOAH-leerkrachten aantrekkelijker maken, en bovendien in de context van het lerarentekort eventueel leerkrachten aantrekken die niet (meer) voltijds voor de klas staan, maar hun didactische competenties willen inzetten om individueel leerlingen te begeleiden. De teamcontext biedt kansen om expertise-deling rond TOAH uit te bouwen; onderling, maar ook met de leerkrachten van de thuishoofscholen. Idealiter ontstaat er een partnerschap om rond de noden van de leerling taken te verdelen tussen de eigen leerkracht(en) en de 'TOAH-leerkracht'/leerondersteuner: bijvoorbeeld een 'TOAH-leerkracht'/leerondersteuner neemt tijdelijk de klas over zodat de eigen leerkracht enkele uren de leerling thuis kan begeleiden.

Ook in dit nieuwe model zullen er noden en leemten blijven die de vrijwilligers van School & Ziekzijn kunnen invullen. Vandaag krijgen zij enkel beperkte financiering via beleidsdomein Welzijn. Zolang overheidsmiddelen niet alle onderwijsnoden van leerlingen die langdurig of voor korte opeenvolgende periodes niet naar school kunnen gaan, kunnen invullen, is een volwaardige kostendekkende subsidie vanuit het beleidsdomein Onderwijs aangewezen.

7. Werk aan structurele oplossingen voor het plaatstekort in het buitengewoon onderwijs en de wachttijden in de jeugdhulp en jeugdpsychiatrie

In bovenstaande aanbeveling hielden we een pleidooi voor een uitbreiding van de doelgroep van TOAH vanuit de vaststelling dat tijdelijk 1-op-1 onderwijs buiten de schoolcontext de begeleidingsnood van heel wat jongeren kan invullen. Vandaag wordt TOAH echter ook ingezet – op initiatief van scholen of voorzieningen - om noden in te vullen waarin het systeem tekortschiet.



Het buitengewoon onderwijs, de jeugdhulp en de jeugdpsychiatrie zijn systemen die 'kraken'. Er zijn structurele oplossingen nodig die het plaatstekort en de wachttijden aanpakken, zodat leerkrachten en hulpverleners zich niet gedwongen voelen om TOAH als noodoplossing in te zetten. Dit vraagt meer middelen, maar er zijn ook terugverdieneffecten te verwachten: de kans is groot dat elke extra jongere die vandaag beter begeleid wordt, minder risico loopt op ongekwalificeerde uitstroom of maatschappelijke uitsluiting, en zich op lange termijn terugverdient in de vorm van besparingen in o.a. sociale zekerheid, welzijn, veiligheid, gezondheidszorg, ...

8. Faciliteer provinciale coördinatie tussen alle actoren betrokken bij de organisatie van het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen

Uit deze evaluatie blijkt dat er nood is aan coördinatie en expertiseontwikkeling en -deling tussen alle actoren betrokken bij de organisatie van het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen. Het project Klasziekaal, de provinciale netwerken Samen tegen Schooluitval en jeugdhulp-onderwijs, en het platform PoZiLiv zijn voorbeelden van hoe overleg samenwerking kan versterken en kan leiden tot een betere communicatie en informatieverspreiding naar scholen, ouders en andere betrokken actoren. Het finale doel is de organisatie van een holistisch, samenhangend aanbod, binnen de specifieke lokale context, om een gezamenlijk beleid rond geïntegreerde leer- en zorgtrajecten voor leerlingen vorm te geven.

Concreet zou dit vorm kunnen krijgen in de vorm van overlegstructuren verspreid over heel Vlaanderen, waarin de ziekenhuisscholen, Bednet, School & Ziekzijn, en de DMOB zijn vertegenwoordigd, maar ook alle andere actoren die een rol opnemen in het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen: een vertegenwoordiging van de scholen voor gewoon en buitengewoon onderwijs in de regio, de CLB's, de ondersteuningsnetwerken/leersteuncentra, de pedagogische begeleiding, maar ook artsen, ziekenhuizen zonder ziekenhuisschool, eerstelijnszones, enzovoort. Deze overlegstructuren worden bij voorkeur provinciaal georganiseerd, om een sterke link te kunnen leggen met de netwerken Samen tegen Schooluitval en jeugdhulp-onderwijs.

9. Versterk de Centra voor Leerlingenbegeleiding

Hoewel het evident zou moeten zijn dat CLB's een belangrijke rol spelen in het onderwijs voor zieke leerlingen vanuit hun huidige decretale opdrachten en kernactiviteiten (signaalfunctie, consultatieve leerlingenbegeleiding, onthaal, vraagverheldering, handelingsgerichte diagnostiek, handelingsgericht advies, begeleiding, draaischijffunctie), blijkt uit deze evaluatie dat er, net zoals bij scholen, grote verschillen zijn tussen CLB's.

Tegelijk verwachten we veel van de CLB's: ze spelen in meerdere van hoger geformuleerde aanbevelingen, verder bouwend op hun huidige opdrachten en kernactiviteiten, een belangrijke rol. Om te garanderen dat leerlingen, ouders, scholen en andere partners overal in Vlaanderen kunnen rekenen op kwaliteitsvolle leerlingenbegeleiding, is een versterking van de CLB's aangewezen. Via meer middelen enerzijds, maar anderzijds zou ook onderzocht kunnen worden hoe een kerntakendebat, bv. via het in vraag stellen van bepaalde administratieve taken, meer middelen kan vrijmaken om een actieve partner te kunnen zijn van leerlingen, ouders, scholen, artsen en het ruimere netwerk.

10. Stem de wetgeving inzake het ziekenhuisonderwijs beter af op de realiteit van deze scholen

Vandaag wordt het ziekenhuisonderwijs geregeld via uitzonderingen in de regelgeving op het buitengewoon onderwijs. Dit is niet overzichtelijk en op verschillende punten te weinig op maat van de realiteit in deze scholen. Deze realiteit toont o.m. een evolutie naar kortere opnames en meer leerlingen die afwisselend in het ziekenhuis en thuis schoollopen, waardoor er meer wordt ingezet op terugkeer en de brugfunctie met de thuishoofschool. Bovendien is de praktijk in de ziekenhuisscholen in de verschillende settings (psychiatrie, ziekenhuis, revalidatiecentrum) sterk verschillend.

Op basis van de problemen met regelgeving en financiering die in deze evaluatie werden vastgesteld, zou er heldere en consistente regelgeving kunnen worden ontwikkeld die meer flexibiliteit in organisatie en middelen



toelaat. Of dit een eigen decreet moet zijn, dient te worden onderzocht. In elk geval moet de ontwikkeling gebeuren i.s.m. de ziekenhuisscholen zelf.



Actor	Acties
Beleidsdomein Onderwijs & Vorming	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Voldoende middelen inzetten om Artikel 4 van het ontwerp van leersteundecreet ('De Vlaamse regering bepaalt de modaliteiten voor een verdere versterking van de brede basiszorg en verhoogde zorg in de scholen') op een doortastende manier te implementeren (1). ▶ De werkzaamheden van de federale regering opvolgen inzake het dossier 'bekwame helper' in een schoolcontext (1). ▶ Op basis van deze studie een afwegingskader laten ontwikkelen om bewust en geïnformeerd afwegingen te maken over de keuze en combinatie van maatregelen, vanuit een holistische blik op de ontwikkeling van het kind (2). ▶ 'In de school' schrappen in Artikel 18 van het ontwerp van leersteundecreet (<i>'De school voor gewoon onderwijs heeft de regie over het totale leerproces van een leerling. Ze is verantwoordelijk voor de coördinatie van en de afstemming met de partners die betrokken zijn of aanvullende vormen van ondersteuning die aan de leerling in de school worden geboden in functie van een kwaliteitsvol traject voor de leerling.'</i>), om duidelijk te maken dat het leerproces en het traject van een leerling evenzeer buiten de school wordt ondersteund (bv. via ziekenhuisonderwijs, Bednet, door een zelfstandige TOAH-leerkracht,...), maar dat de thuischool waar de leerling is ingeschreven, eindverantwoordelijke blijft (2). ▶ Expliciet communiceren naar ouders en zieke leerlingen dat men bij weigering van een geïndividualiseerd leertraject of onderwijs op maat door een school, voor laagdrempelige bemiddeling terecht kan bij het Kinderrechtencommissariaat of Unia, en het gebruik van deze mogelijkheid actief opvolgen (2). ▶ De omvang, noden en diversiteit van de doelgroep beter in kaart brengen door verder onderzoek te (laten) uitvoeren naar patronen van samenhang tussen afwezigheden met Z-code (met een medisch attest) en afwezigheden met B-code (spijbelaars), P-code (gewettigd door directie, o.a. revalidatie gewoon onderwijs, topsport,...), R-code (o.a. schorsing), en H-code (revalidatie BuO) (3). ▶ Eens de registratie van het gebruik van de maatregelen op punt staat (zie acties AGODI), onderzoek (laten) uitvoeren naar het aandeel leerlingen dat nog niet bereikt wordt met de maatregelen, om inzicht te krijgen in de omvang en kenmerken van deze groep (3). ▶ Samen met scholen en de betrokken organisaties een systeem ontwikkelen om gecentraliseerde en gestandaardiseerde gegevens te verzamelen over het gebruik van de maatregelen: deze registratie zou ten minste zicht moeten geven op het effectieve gebruik van alle maatregelen, dient op zo'n manier te gebeuren dat een link kan worden gelegd met de afwezige leerlingen die er gebruik van maken, en bevat bij voorkeur ook aanvangsdatum en einde van het gebruik om duurtijd en eventueel dubbel gebruik te kunnen opvolgen (3). ▶ Een informatierijke omgeving creëren door betere data over de doelgroep en de maatregelen te verzamelen en te delen met alle betrokken actoren (3).



- ▶ Een procedure voor een aanklampend beleid voor zieke leerlingen ontwikkelen, die zoveel mogelijk geïntegreerd is in de procedure voor de opvolging van spijbelaars (cf. actieplan 'Samen tegen Schooluitval') en met vergelijkbare rollen voor de verschillende betrokken actoren (school, CLB, externe partners, hulpverlening, AGODI) (4).
- ▶ Een toegankelijk 'draaiboek onderwijs voor zieke leerlingen' ontwikkelen, waarin minstens de maatregelen, het afwegingskader voor keuze en combinatie van maatregelen, de procedure, de mogelijkheid tot bemiddeling, ..., worden opgenomen en dit draaiboek breed verspreiden onder artsen, ouders, patiëntenorganisaties, leraren, leraren in opleiding, artsen in opleiding, enzovoort (4).
- ▶ In overleg gaan met de medische sector om op basis van deze studie de nood aan een betere format voor het medisch attest aan te kaarten (4).
- ▶ TOAH hervormen tot een systeem van 1-op-1 onderwijs buiten de normale schoolcontext, voor een verruimde doelgroep van leerlingen die tijdelijk niet of moeilijk (voltijds) naar school kunnen gaan, maar niet noodzakelijk ziek zijn, en daartoe de regelgeving op meerdere punten aanpassen (o.a. geen medisch attest meer nodig om het recht te openen, ook melding vanuit netwerken Samen tegen Schooluitval en jeugdhulp-onderwijs mogelijk, onderscheid langdurig-chronisch ziek schrappen, vaste wachtperiode loslaten, minimale regels inzake locatie, maximum van 4u/week loslaten, geen doelgroepen uitsluiten). Hieraan monitoring en evaluatie koppelen om na te gaan of de vooropgestelde doelstellingen behaald worden binnen de budgettaire mogelijkheden (5).
- ▶ Naar analogie met bovenstaande met open vizier een verruiming van de doelgroep voor andere maatregelen (Bednet en type 5 onderwijs) overwegen (5).
- ▶ De positie van 'zelfstandige' TOAH-leerkrachten aantrekkelijker maken door hen aan te stellen in het ambt van leerondersteuner in de op te richten leersteuncentra van het brede type (basisaanbod, type 3 en type 9) (6).
- ▶ Een volwaardige kostendekkende subsidie voorzien voor de vrijwilligers van School & Ziekzijn (6).
- ▶ Structurele oplossingen uitwerken voor het plaatstekort in het buitengewoon onderwijs, zodat leerkrachten en hulpverleners zich niet gedwongen voelen om TOAH als noodoplossing in te zetten (7).
- ▶ Provinciale coördinatie faciliteren tussen alle actoren betrokken bij de organisatie van het onderwijsaanbod voor zieke leerlingen (8).
- ▶ Meer middelen voorzien om de CLB's te versterken om te garanderen dat leerlingen, ouders, scholen en andere partners overal in Vlaanderen kunnen rekenen op kwaliteitsvolle leerlingenbegeleiding (9).



	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Een kerntakendebat organiseren voor de CLB's om te onderzoeken hoe, bv. via het in vraag stellen van bepaalde administratieve taken, meer middelen kunnen vrijgemaakt worden om een actieve partner te kunnen zijn van leerlingen, ouders, scholen, artsen en het ruimere netwerk (9). ▶ Heldere en consistente regelgeving ontwikkelen voor de ziekenhuisscholen die meer flexibiliteit in organisatie en middelen toelaat (10).
Departement Welzijn	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Structurele oplossingen uitwerken voor de wachttijden in de jeugdhulp en de jeugdpsychiatrie, zodat leerkrachten en hulpverleners zich niet gedwongen voelen om TOAH als noodoplossing in te zetten (6).
Onderwijsinspectie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Nagaan of er voldoende beleidsvoerend vermogen is bij directies om vanuit een heldere visie de beschikbare zorgmiddelen adequaat te besteden (1). ▶ Expliciet aandacht besteden aan het beleid rond zieke leerlingen in de context van het BVL-onderzoek ('begeleiding van de lerenden') dat vanaf januari 2023 deel zal uitmaken van elke brede doorlichting, en daarbij aandacht besteden aan: mogelijke risico's op basis van een analyse van (de te ontwikkelen) data over afwezigheden en gebruik van de maatregelen, het beleid op het vlak van dispensatie/IAC en het opzetten van een onderwijsaanbod op maat, en de mate waarin scholen de (te ontwikkelen) procedure toepassen (1). ▶ Leerkrachten, leerlingenbegeleiders/zorgcoördinatoren en klassenraden ondersteunen op het vlak van dispensatie en het uitwerken van individuele aangepaste curricula, door meer duidelijkheid te creëren over de vrijheid/grenzen waarbinnen studie-attestering kan gebeuren, en in het kader van doorlichtingen aandacht te besteden aan het beleid van scholen op dit vlak (2).
Zorgpunt Inspectie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Op basis van monitoring, scholen voor buitengewoon onderwijs die structureel TOAH gebruiken als alternatief voor POAH, opvolgen en responsabiliseren, maar ook (laten) onderzoeken waarom deze scholen verwijzen naar 'gebrek aan draagkracht' om deze praktijken te verantwoorden, en welke oplossingen nodig zijn (5).
Pedagogische begeleidingsdiensten	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Het beleidsvoerend vermogen van directies versterken om vanuit een heldere visie de beschikbare zorgmiddelen adequaat te besteden (1). ▶ Scholen ondersteunen bij het ontwikkelen van hun zorgbeleid en leerkrachten versterken op het vlak van visie, aanpak en expertise, in het bijzonder die scholen die zwak uit de BVL-doorlichting komen (1). ▶ Scholen op gezette tijden informeren over de verschillende maatregelen voor zieke leerlingen en hoe ze in te zetten, bv. door de resultaten van deze studie, het ontwikkelde evaluatiekader, en het te ontwikkelen draaiboek mee te nemen in het reguliere begeleidingsaanbod (1). ▶ Leerkrachten, leerlingenbegeleiders/zorgcoördinatoren en klassenraden ondersteunen op het vlak van dispensatie en het uitwerken van individuele aangepaste curricula, door bv. objectieve informatie te bieden over de mogelijkheden binnen de regelgeving, te verduidelijken wat al dan niet kan, hulp te bieden bij het selecteren van doelstellingen, voorbeelden te geven, garanties te bieden, ... (2)



CLB	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Leerkrachten, leerlingenbegeleiders/zorgcoördinatoren en klassenraden ondersteunen op het vlak van dispensatie en het uitwerken van individuele aangepaste curricula, door voor individuele leerlingen meer achtergrond te geven over de impact van psychosociale en medische factoren op de haalbaarheid van een traject (2). ▶ In het kader van de te ontwikkelen procedure voor aanklampend beleid voor zieke leerlingen: in het kader van de signaalfunctie de school wijzen op haar verantwoordelijkheid als de school haar initiatiefplicht niet opneemt, en de school en alle andere betrokken actoren ondersteunen bij het uitwerken en uitvoeren van een onderwijsaanbod op maat (4). ▶ Bij een hervorming van TOAH: vanuit de signaalfunctie en de individuele leerlingenbegeleiding erover waken dat scholen niet te snel naar deze maatregel grijpen enerzijds, en leerlingen of ouders anderzijds er niet te lang beroep op blijven doen (5). ▶ Kritisch de eigen werking onderzoeken om na te gaan hoe, bv. via het in vraag stellen van bepaalde administratieve taken, meer middelen kunnen vrijgemaakt worden om een actieve partner te kunnen zijn van leerlingen, ouders, scholen, artsen en het ruimere netwerk (9).
Scholen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Een sterk zorgbeleid ontwikkelen en hiervoor voldoende financiële en human resource middelen inzetten (1). ▶ Investeren in de continuïteit en professionalisering van zorgcoördinator(en) en leerlingenbegeleider(s) (1). ▶ Geïndividualiseerde leertrajecten uittekenen op basis van leerdoelen of eindtermen, en niet op basis van leergebieden of vakken, met niet enkel focus op het inhalen van leerachterstand, maar ook ruimte voor zaken die een zieke leerling goed kan of leuk vindt, om de leerling gemotiveerd en betrokken te houden (2). ▶ De verantwoordelijkheid nemen voor de regie over het totale leerproces van de leerling en via de klassenraad het overleg tussen alle betrokken actoren organiseren en het overzicht bewaren (2). ▶ In het kader van de te ontwikkelen procedure voor aanklampend beleid voor zieke leerlingen: gewettigde afwezigheden wegens ziekte opvolgen en vanaf de vastgestelde 'drempelwaarde', initiatief nemen om samen met de leerling, de ouders en in overleg met de arts, het CLB en andere partners na te gaan of een onderwijsaanbod op maat dient opgezet te worden (4).
Artsen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Via het medisch attest scholen voldoende informatie verschaffen om proactief een onderwijsaanbod op maat vorm te kunnen geven (bv. door oog te hebben voor het langere en middellang termijnperspectief en meer concrete informatie te delen over wat de leerling op vlak van concentratie, deelname aan de lesactiviteiten, enzovoort wel en niet aankan) (4).



