

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 achtereen▶ 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 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 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.

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.

