



Eindrapport OBPWO 12.01 (april 2015)

Buitenschoolse hulpverlening en zorg op school: Samenhang, afstemming en verklarende factoren

Beleidssamenvatting

Promotor-coördinator:

Karine Verschueren (KU Leuven)

Promotoren:

Elke Struyf (Universiteit Antwerpen)

Lucia De Haene (KU Leuven)

Onderzoeksmedewerkers:

Kathleen Bodvin (KU Leuven, Universiteit Antwerpen)

Eleonora Vervoort (KU Leuven)

Liesbeth Vander Elst (KU Leuven)

Eveline Teppers (KU Leuven)

Beleidssamenvatting

Zowel nationaal als internationaal onderzoek duiden op het belang van een efficiënt zorgbeleid voor het leerproces (Aluede & Egbochuku, 2007), de ontwikkeling van leerlingen, en het gedrag en de attitude ten aanzien van de school van leerlingen (Gysbers, Lapan, & Jones, 2000). Bij een dergelijk zorgbeleid stemmen scholen en leerkrachten hun handelen af op de specifieke onderwijs- en opvoedingsbehoeften van leerlingen in het algemeen en van risicoleerlingen in het bijzonder. Leerlingen worden dan ook pas verwezen naar buitenschoolse hulpverlening (BSH), wanneer de ondersteuningsmogelijkheden binnen de reguliere schoolwerking ten volle benut zijn en onvoldoende effectief blijken (Pameijer, van Beukering, Schulpen, & Van de Veire, 2007).

Hoewel de aandacht voor zorg op school de laatste jaren in een stroomversnelling is gekomen, zijn er aanwijzingen dat scholen en leerkrachten hun handelen niet altijd voldoende afstemmen op de specifieke onderwijs- en opvoedingsbehoeften van alle leerlingen binnen het gewoon onderwijs. Zo lijken diverse beleidsinitiatieven van de Vlaamse overheid die een kwaliteitsvol zorgbeleid stimuleren, niet geleid te hebben tot een afname van de individuele hulp of zorg buiten de school. Het huidige onderzoeksproject tracht de bestaande praktijken inzake BSH in kaart te brengen en te verklaren aan de hand van factoren op kind-, gezins-, school- en breder maatschappelijk niveau. Hiervoor hanteerden we drie conceptuele kaders, waarbij we ons afvroegen of het zorgbeleid van scholen, de algemene maatschappelijke tendens tot medicalisering en problematisering van niet-normatieve ontwikkeling, en specifieke kind- en gezinskenmerken samenhangen met het gebruik van BSH. Ook de waargenomen wenselijkheid van BSH-gebruik en de voorwaarden voor een optimale afstemming op het zorgaanbod op school werden daarbij onderzocht. Vooraleer de conceptuele kaders verder toe te lichten, gaan we in op de definitie van buitenschoolse hulp, zoals we die in het huidige onderzoeksproject gehanteerd hebben.

Definitie buitenschoolse hulp

Buitenschoolse hulp kan verschillende vormen aannemen. In het kader van dit onderzoek verstaan we onder 'buitenschoolse hulp' hulp aangeboden door een dienst, organisatie of persoon die niet verbonden is aan de school. Deze hulp kan gericht zijn op (het bevorderen van) het leren (bv. logopedie voor lezen; bijles) of het welzijn van de leerling (bv. psychologische hulp bij psychosociale problemen). De hulp kan ook aangewend worden om een probleem in kaart te brengen, bv. om een diagnose te stellen.

De hulp kan geboden worden door een zelfstandige persoon of organisatie (privésector) of door een gesubsidieerd centrum (bv. centrum voor ambulante revalidatie, centrum geestelijke gezondheidszorg). Deze kan betalend zijn of gratis voor de gebruiker (bv. hulp door een opvoedingswinkel). Hulp waarvoor ouders betalen, rekenen we onder 'buitenschoolse hulp', ook al wordt die gegeven door bv. een leerkracht of door een logopedist op school. Ook hulp tijdens de lessen of vlak na de lessen op school kan aldus als 'buitenschoolse hulp' opgevat worden.

Een aantal vormen van ‘schoolexterne hulp’ beschouwen we niet als buitenschoolse hulp: hulp geboden door het Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB), hulp vanuit het buitengewoon onderwijs (zoals GON-begeleiding), hulp van een leerkracht, zorgleerkracht of leerlingbegeleider van de school, hulp van een stagiair(e) of hulp via een project in een lerarenopleiding, hulp die binnen de reguliere werking van de school gebeurt en hulp van vrijwilligers, zoals bijles door een familielid of kennis. Wanneer ouders voor deze hulp betalen, beschouwen we dit wel als buitenschoolse hulp.

Deze definitie van buitenschoolse hulp strookt met beschrijvingen uit wetenschappelijke literatuur. In de literatuur wordt BSH immers omschreven als alle hulp die geboden wordt door een dienst of organisatie die niet rechtstreeks met de school verbonden is en niet door het departement Onderwijs gesubsidieerd wordt (Hellinckx & Ghesquière, 1999). Voorbeelden van BSH zijn het jeugd(welzijns)werk, de jongereninformatiepunten, de Jongeren Advies Centra (JAC), het OCMW en het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg (Struyf, Verschueren, Verachtert, & Adriaensens, 2012). Bovenstaande omschrijving van buitenschoolse hulp werd aan het begin van elke vragenlijst meegegeven aan de respondenten die deelnamen aan het surveyonderzoek.

Conceptuele kaders

In het huidige onderzoeksproject hanteren we drie conceptuele kaders aan de hand waarvan we de huidige praktijken inzake BSH beschrijven. Zo bespreken we BSH in relatie tot het zorgbeleid van de school, de maatschappelijke trend van toenemende medicalisering en standaardisering van hulpverlening en vanuit het perspectief van gelijke onderwijskansen.

Geïntegreerde zorg op school

In het ideaalmodel van geïntegreerde zorg zijn alle leraren betrokken in de zorg aan leerlingen en integreren leraren deze zorg in hun pedagogische aanpak (Aluede, Imonikhe, & Afen-Akpaida, 2007). Geïntegreerde zorg refereert ook aan een ‘whole-school approach’, waarbij de school enkele cruciale kenmerken met betrekking tot zorg vertoont. Cruciale kenmerken die door verschillende auteurs worden aangehaald zijn (1) een duidelijke zorgvisie, (2) de ondersteunende rol van de directie, (3) ondersteunende structuren en systemen binnen de school, (4) schoolinterne samenwerking, (5) samenwerking met ouders, (6) samenwerking met externen (in de Vlaamse onderwijscontext bijvoorbeeld het CLB, buitenschoolse hulpverleners, buitengewoon onderwijs, pedagogische begeleidingsdienst, scholengemeenschap...) en (7) professionalisering van het schoolteam (Jacobs & Struyf, 2010). Een ‘whole school approach’ rond zorg impliceert dus dat de school ook investeert in een netwerk en een goed uitgebouwde overlegstructuur met buitenschoolse hulpverleners.

Daarnaast kan geïntegreerde zorg mede vorm krijgen door te werken volgens het zorg- of ondersteuningscontinuüm waarin leraren een essentiële rol spelen (Kleijnen, 2001; Pameijer et al., 2007). Dit begeleidingscontinuüm beschrijft vier fasen: een goede preventieve basiszorg (fase 0), een fase van verhoogde zorg (fase 1), een fase van uitbreiding van zorg (fase 2) en de overstap naar een school op maat (fase 3) (zie Pameijer, van Beukering, de Lange, Schulpen, & Van de Veire, 2010). Een goede *preventieve basiszorg* (fase 0) wordt gerealiseerd wanneer leraren erin slagen om kwaliteitsvol onderwijs te geven: leraren creëren een veilig pedagogisch klimaat, realiseren effectief

klasmanagement en geven een goede instructie. Leraren volgen alle leerlingen op en communiceren hierover met de ouders. De fase van verhoogde zorg (fase 1) start wanneer binnen de reguliere werking en omkadering van de school *extra ondersteuning* aan een leerling met specifieke onderwijs- en opvoedingsbehoeften moet gegeven worden bovenop de structurele, proactieve en preventieve acties gericht op alle leerlingen. Leraren gaan dan op zoek naar redelijke aanpassingen en specifieke maatregelen in de klas. Wanneer deze ondersteuning onvoldoende blijkt, kan de school een beroep doen op het CLB en buitenschoolse hulp om *zorg op basis van een individueel handelingsplan* aan te bieden (fase 2). In deze fase worden ouders meer intensief betrokken als ervaringsdeskundigen. Indien deze zorg nog steeds ontoereikend is om te beantwoorden aan de specifieke onderwijs- en opvoedingsbehoeften van de leerling, kan de overstap naar een andere school of een school voor buitengewoon onderwijs overwogen worden (fase 3). In de geest van het zorgcontinuüm zal een verwijzing naar BSH dus maar gebeuren wanneer de ondersteuningsmogelijkheden binnen de reguliere schoolwerking ten volle benut zijn en onvoldoende effectief blijken.

Bij doorverwijzing naar BSH wordt in verschillende (beleids)teksten en onderzoek een draaischijffunctie toegekend aan het CLB (e.g., Besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van de operationele doelstellingen van de Centra voor Leerlingenbegeleiding, 2009; Vermaut, Leens, De Rick & Depreeuw, 2009; Victoir, Driesmans, Casier, & Ameloot, 2011; Verschueren & Jonniaux, 2015). Het CLB vervult als het ware een brugfunctie tussen externe diensten of organisaties en de school, waarbij het onder meer de informatie die het van de externe instantie krijgt, naar de school toe vertaalt. Uit eerder onderzoek blijkt dat CLB-medewerkers en schoolpersoneelsleden de rol van het CLB als draaischijf tussen school en BSH erkennen (Vermaut et al., 2009). De positie van de school bij een doorverwijzing naar BSH is echter nog onduidelijk en scholen verschillen in hun verwachtingen hieromtrent.

Medicalisering en standaardisering van hulpverlening

Het gebruik van BSH kan ook gekaderd worden in de beweging naar medicalisering en standaardisering van klinische hulpverlening. Medicalisering duidt in eerste instantie op het denken of het zien van problemen in termen van psychiatrische diagnoses of stoornissen en in tweede instantie op het koppelen van een voorgestructureerd behandelingsplan aan deze diagnoses (De Haene, Rober, Adriaenssens, & Verschueren, 2012; Saeys, 2005). De classificerende diagnostiek speelt dan ook een belangrijke rol in de medicalisering van psychische klachten, wat op zijn beurt maatschappelijke gevolgen met zich meebrengt. Zo kan een diagnose een noodzakelijke voorwaarde zijn om (gefinancierde) zorg te krijgen, zoals zorg op school, GON of ION en (terugbetaling van) buitenschoolse hulp. Daarnaast wordt deze zorg meer en meer opgenomen door gespecialiseerde teams, wat leidt tot een toenemende nadruk op gespecialiseerde interventie in het omgaan met variatie in ontwikkelingstrajecten. Bijgevolg worden (normale) verschillen in ontwikkelingstrajecten van kinderen steeds vaker geproblematiseerd (Kinderrechtencommissariaat, 2011). In die zin kan de trend naar medicalisering van hulpverlening gelinkt worden aan een stijging in het aantal diagnoses en/of in het gebruik van BSH door leerlingen.

Gelijke onderwijskansen

Ten slotte roept het maatschappelijk perspectief op ongelijke onderwijskansen vragen op bij het gebruik van (gefinancierde) BSH. Onderzoek naar onderwijskansen van leerlingen duidt aan dat de prestatiekloof tussen leerlingen deels verklaard kan worden door verschillen in gezins- en culturele achtergrond (De Haene & Colpin, 2010; Hindman, Skibbe, Miller, & Zimmerman, 2010). Zo verklaren de sociaal-economische status (SES) en de migratieachtergrond van leerlingen moeilijkheden en achterstand tijdens de schoolloopbaan (Groenez, Van den Brande, & Nicaise, 2003; Hirtt, Nicaise, & De Zutter, 2007). Aangezien leerlingen met een lage SES en/of migratieachtergrond doorgaans een moeilijkere schoolloopbaan doorlopen, kan men verwachten dat deze populaties meer behoefte hebben aan BSH. BSH zou bij deze kinderen namelijk een belangrijke remediërende rol kunnen spelen ter optimalisering en ondersteuning van hun schoolloopbaan. Uit internationale literatuur blijkt echter dat leden van een (etnische) minderheidsgroep gemiddeld minder vaak de nodige (mentale) gezondheidszorg krijgen dan leden van de meerderheidsgroep (Flores & Vega, 1998; Fowler, 1998; McMiller & Weisz, 1996; Vega, Kolody, Aguilar-Gaxiola, & Catalano, 1999). Dit komt zowel door factoren binnen de gezinnen met lage SES en/of migratieachtergrond zelf, zoals een gebrek aan informatie over mogelijke hulp of taal- en cultuurverschillen, als door factoren binnen de zorg, zoals stereotypering of discriminatie bij de hulpverlener. Bovendien hebben kinderen met lage SES en/of een migratieachtergrond minder kans op het krijgen van een diagnose, hetgeen soms een voorwaarde is voor (terugbetaling van) hulp. Bijgevolg vragen we ons af in welke mate BSH effectief een remediërende rol kan opnemen voor deze leerlingenpopulaties.

Doel en methode

Dit OBPWO onderzoeksproject heeft als doel de (al dan niet toegenomen) vraag naar BSH, de wenselijkheid ervan en verklarende factoren te bestuderen vanuit de drie conceptuele kaders. In het kader van geïntegreerde zorg vroegen we ons af in welke mate het zorgbeleid op school een aandeel heeft in de vraag naar BSH en in welke mate de zorg op school en BSH op elkaar zijn afgestemd. Daarnaast onderzochten we de rol van medicalisering en standaardisering van klinische hulpverlening in het (toegenomen) gebruik van BSH. Hierbij gingen we eveneens in op de mogelijk positieve en negatieve gevolgen van medicalisering en het gebruik van gespecialiseerde hulpverlening. Ten slotte vroegen we ons af in welke mate financiële en/of culturele drempels van BSH bijdragen tot het bestendigen en vergroten van sociale ongelijkheid van onderwijskansen, en welke corrigerende en compenserende maatregelen wenselijk zijn voor maatschappelijk kwetsbare groepen.

Om hieraan tegemoet te komen hanteerden we zowel een kwantitatieve als een kwalitatieve benadering. Het *kwantitatieve onderzoek* bestond uit een analyse van beschikbare populatiegegevens enerzijds en een surveyonderzoek bij ouders ($N = 3302$), zorgverantwoordelijken ($N = 119$) en CLB-medewerkers ($N = 112$) uit respectievelijk 105 en 59 scholen voor regulier basis- en secundair onderwijs anderzijds. Uit de representativiteitsanalyse bleek allereerst dat de steekproef van deelnemende scholen op verschillende vlakken representatief was voor de populatie. Wat betreft het basisonderwijs, was de verdeling van deelnemende scholen (nagenoeg) representatief qua onderwijsniveau, onderwijsnet, provincies, graad van verstedelijking, schoolgrootte, gelijke

kansenindicatoren (opleidingsniveau van de moeder, schooltoelage, thuistaal en buurt) en takenprofielen op basis van de rol van de zorgverantwoordelijke. Hoewel de verdeling van zorgprofielen van de deelnemende basisscholen niet representatief was, wezen de resultaten er niet op dat scholen met een sterker uitgebouwd zorgprofiel, zoals vastgesteld in een voorgaand onderzoeksproject, meer geneigd waren om opnieuw deel te nemen aan het huidige onderzoek. Wat betreft het secundair onderwijs, was de verdeling van deelnemende scholen representatief qua onderwijsniveau, onderwijsnet, onderwijsvorm, provincies, graad van verstedelijking, schoolgrootte, gelijke kansenindicatoren, takenprofielen op basis van de rol van de zorgverantwoordelijke en schoolprofielen op basis van de zorg op school. Ten tweede bleken de ouders die deelnamen aan de bevraging, representatief te zijn met betrekking tot twee van de kenmerken die we konden vergelijken met de steekproef van deelnemende scholen, namelijk het al dan niet ontvangen van een schooltoelage in het secundair onderwijs (SO) en de thuistaal van de leerling in het basisonderwijs (BaO). Wat betreft het onderwijsniveau, de onderwijsvorm in het secundair onderwijs, het opleidingsniveau van de moeder (BaO en SO), de schooltoelage (BaO) en de thuistaal van de leerling (SO) vonden we een verschil tussen onze steekproef van oudervragenlijsten en de steekproef van deelnemende scholen. De gevonden verschillen wezen echter niet steeds in de richting van een ondervertegenwoordiging van risicogroepen. Bovendien moet vermeld worden dat de verdeling in de steekproef van deelnemende scholen en in de oudervragenlijsten niet voor alle kenmerken exact vergeleken kon worden. De gelijke kansenindicatoren, zoals diploma moeder, thuistaal en schooltoelagen, werden in de oudervragenlijsten immers op een iets andere wijze gemeten dan in de algemene populatie op basis waarvan de verdeling in de steekproef van scholen bepaald werd.

Als aanvulling op het kwantitatieve onderzoek omvatte de *kwalitatieve benadering* de organisatie van negen focusgroepgesprekken met de betrokken actoren: één focusgroep met zorgverantwoordelijken, leerkrachten en CLB-medewerkers uit het basisonderwijs, één gelijkaardig samengestelde focusgroep met respondenten uit het secundair onderwijs, één focusgroep met ouders van kinderen in het basisonderwijs die al dan niet buitenschoolse hulp hadden ingeschakeld voor hun kind, één gelijkaardig samengestelde focusgroep met ouders van kinderen in het secundair onderwijs, twee focusgroepen met leerlingen die buitenschoolse hulp hadden gekregen en die momenteel in het basisonderwijs (één focusgroep) dan wel in het secundair onderwijs (één focusgroep) zaten, één focusgroep met externe hulpverleners, CLB-medewerkers en zorgverantwoordelijken uit zowel het basis- als het secundair onderwijs, en tot slot twee focusgroepen met kansarme ouders die al dan niet een migratieachtergrond hadden. Alle deelnemers waren verbonden aan een school voor gewoon onderwijs. De gesprekken binnen de focusgroepen vonden plaats over heel Vlaanderen met een maximale spreiding over de provincies. Alle focusgroepgesprekken kenden een gestandaardiseerd verloop, en werden opgenomen met een camera en dictafoon, uitgetypt en thematisch geanalyseerd.

Onderzoeksvraag 1. Wat is de omvang en aard van BSH?

Om de eerste onderzoeksvraag naar de omvang en aard van de buitenschoolse hulpverlening in Vlaanderen te beantwoorden maakten we enerzijds gebruik van beschikbare populatiegegevens die zowel directe als indirecte indicaties boden voor de omvang en toename van BSH. Anderzijds gebruikten we de bekomen informatie uit het surveyonderzoek en de focusgroepgesprekken georganiseerd in het kader van het huidige onderzoeksproject.

Omvang van BSH

Populatiegegevens

De beschikbare populatiegegevens wezen op een toename van het gebruik van en de uitgaven aan logopedische hulpverlening in België over een periode van 15 jaar, zowel wat de uitgaven als het aantal zittingen betreft. Voor Vlaanderen waren het gebruik en de uitgaven aan logopedische hulp het hoogst in de provincies West- en Oost-Vlaanderen, wat overeenkomt met het relatief hoge aantal geregistreerde logopedisten in deze provincies (48%). Schoolgaande kinderen en jongeren, en meer bepaald kinderen van 5 tot 14 jaar, namen het grootste aantal zittingen en de hoogste uitgaven voor hun rekening. Het gebruik en de uitgaven aan logopedische hulp stegen het sterkst over de tijd voor de 10- tot 14-jarigen. De meeste uitgaven aan logopedische hulp gingen naar slechts twee van 17 diagnostische categorieën, namelijk de categorie “dyslexie – dysorthografie – dyscalculie” en de categorie “taalstoornissen”.

Wat betreft indirecte indicaties voor de omvang van buitenschoolse hulp, beschikten we over gegevens met betrekking tot diagnostiek voor lezen en spellen enerzijds en adviezen voor revalidatie tijdens de lestijden anderzijds, zoals geregistreerd door de CLB's in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Hieruit bleek dat de CLB's voor beide categorieën in het schooljaar 2012-2013 de meeste activiteiten registreerden voor leerlingen in het lager onderwijs en met name meer voor jongens dan voor meisjes. Daarnaast gebeurde er relatief veel diagnostiek voor lezen en spellen rond de overgang naar het secundair onderwijs (bij de 11- tot en met 13-jarigen in het lager onderwijs en bij de 12- en 13-jarigen in het secundair onderwijs). Bovendien werden er relatief veel adviezen voor revalidatie tijdens de lestijden afgeleverd voor zesjarige en dus leerplichtige kleuters (in verhouding meer dan in het lager onderwijs). Verder was zowel het aantal leerlingen met diagnostiek voor lezen en spellen als het aantal leerlingen met een advies voor revalidatie tijdens de lestijden in de provincie West-Vlaanderen relatief hoog in vergelijking met het totale aantal leerlingen in deze provincie en in vergelijking met de andere provincies. Ook in Oost-Vlaanderen was het aantal leerlingen met een advies voor revalidatie tijdens de lestijden relatief hoog. Deze bevindingen komen overeen met het relatief grote aantal centra voor ambulante revalidatie (21 van de 48 centra in Vlaanderen en Brussel) en het hogere aantal geregistreerde logopedisten (1757 van de 3682 logopedisten aangesloten bij de VVL, of bijna 48%) in deze provincies. In de provincie Limburg daarentegen werden er relatief weinig adviezen voor revalidatie tijdens de lestijden afgeleverd, wat aansluit bij het relatief lage aantal revalidatiecentra (3 van de 48) en geregistreerde logopedisten (451 van de 3682, of iets meer dan 12%) in deze provincie. Deze vaststellingen lijken er op te wijzen dat er een verband is tussen vraag naar en aanbod van buitenschoolse hulp. Daarom lijkt

het zinvol om te streven naar een betere spreiding van het aanbod over de verschillende Vlaamse provincies en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Daarnaast zouden verwijzers (zoals het CLB, cf. infra) zich bewust moeten zijn van de wederzijdse invloed van vraag naar en aanbod aan BSH en erover moeten waken dat het aanbod de vraag niet te sterk bepaalt.

Surveyonderzoek

Naast de beschikbare populatiegegevens deden we een beroep op het surveyonderzoek om een inschatting te maken van de omvang van BSH in Vlaanderen. Enerzijds vroegen we de *ouders* die een vragenlijst invulden, of ze al dan niet BSH inschakelden voor hun kind tijdens het schooljaar 2013-2014 of tijdens de twee daaraan voorafgaande schooljaren (2011-2012 en 2012-2013). Anderzijds vroegen we de *zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers* om een inschatting te maken van het percentage leerlingen dat tijdens het afgelopen schooljaar (2012-2013) BSH kreeg. Rekening houdend met de schattingen van zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers (respectievelijk 13% en 15%) en corrigerend voor het feit dat de school volgens de ouders niet steeds op de hoogte is van de BSH (cf. infra), ramen we dat ongeveer 1 op 6 leerlingen gebruik maakt van BSH in de loop van één schooljaar. Dit aandeel is nog hoger, indien men het BSH-gebruik over meerdere jaren bekijkt. Zo gaf meer dan een vierde van de ouders aan dat ze BSH inschakelden voor hun kind in de loop van twee à drie schooljaren, waarbij dit percentage hoger lag in het basisonderwijs (29.3%) dan in het secundair onderwijs (23.9%).

Aan de *ouders die aangaven dat hun kind tijdens de afgelopen schooljaren BSH kreeg*, vroegen we of hun kind voorafgaand aan de start van of tijdens de BSH eveneens hulp kreeg van de school dan wel het CLB. Hieruit bleek dat ongeveer 40% van de leerlingen voor of tijdens de BSH hulp kreeg van de school. Basisscholen boden meer hulp voor of tijdens de BSH dan secundaire scholen. Iets meer dan 10% van de ouders gaf bovendien aan dat hun kind voor of tijdens de BSH hulp kreeg van het CLB. *CLB-medewerkers en zorgverantwoordelijken* beweerden evenwel dat een groter percentage leerlingen met BSH voorafgaand ook hulp kreeg van de school of het CLB (tussen 49% en 74%). Een mogelijke verklaring voor deze verschillen is dat ouders niet altijd op de hoogte zijn van wat de school dan wel het CLB reeds ondernomen heeft, vooraleer hun kind doorverwezen wordt naar BSH. Een alternatieve verklaring is dat relatief veel ouders zelf (relatief snel) beslissen om BSH in te schakelen (zie Onderzoeksvraag 2) en dit mogelijk zonder tussenkomst van school en/of CLB, waardoor CLB-medewerkers en zorgverantwoordelijken niet op de hoogte zijn van alle leerlingen die BSH kregen. Bijgevolg overschatten zij het percentage leerlingen dat voorafgaand geholpen werd door school of CLB. In beide gevallen is een betere communicatie tussen ouders en school of CLB aan te bevelen.

Ten slotte vroegen we aan de bijna driekwart *ouders die (nog) geen BSH hadden ingeschakeld voor hun kind*, of hun kind op een andere manier extra hulp kreeg tijdens het schooljaar 2013-2014 of de twee voorgaande schooljaren (2011-2012 en 2012-2013). Relatief meer ouders met een kind in het secundair onderwijs gaven aan dat hun kind extra hulp kreeg van de school of het CLB dan in het basisonderwijs. Daarnaast gaf ongeveer één tiende van de ouders die nog geen BSH inschakelden voor hun kind, aan dat ze wel nood aan extra hulp voor hun kind ervaarden. Consistent hiermee, schatten ook *CLB-medewerkers en zorgverantwoordelijken* dat respectievelijk 10% en 7% van de leerlingen tijdens het schooljaar 2012-2013 nood had aan BSH, maar hier geen beroep op kon doen

(bijvoorbeeld om financiële redenen). Meer dan de helft van de CLB-medewerkers en zorgverantwoordelijken zei bovendien dat de school zelf extra hulp biedt aan deze leerlingen. Zo'n 40% geeft verder aan dat de school het CLB inschakelt voor deze leerlingen. Slechts in uitzonderlijke gevallen duiden CLB-medewerkers en zorgverantwoordelijken aan dat het niet de taak is van de school of het CLB om extra hulp te bieden aan deze leerlingen. Zo lijkt de schoolcontext in zekere zin tegemoet te komen aan de ongelijkheid in onderwijskansen, aangezien zo goed als alle CLB-medewerkers of zorgverantwoordelijken aangeven dat deze leerlingen opgevangen worden door de school of het CLB.

Focusgroepgesprekken

In de focusgroepgesprekken kwam de ervaren toename in gebruik en aanbod van BSH aan bod, waarbij *ouders en schoolpersoneelsleden* uit zowel basis- als secundair onderwijs een gedeelde ervaring weergaven van BSH als een zinvol proces dat in relatief sterke mate genormaliseerd lijkt te zijn. Zo leek BSH een gangbaar deel uit te maken van schoolse trajecten van kinderen en leken heel wat ouders en schoolpersoneelsleden het een bijna vanzelfsprekende manier te vinden om het welbevinden en de schoolloopbaan van kinderen te ondersteunen. *Participanten uit de professionele context* (m.n. CLB-medewerkers, zorgverantwoordelijken en leerkrachten) gaven hierbij wel uitdrukking aan een ambivalente houding ten aanzien van deze ervaren BSH-toename. Enerzijds vonden zij de toename van BSH een onrustwekkende evolutie, waarbij bezorgdheid werd geuit over het feit dat BSH meer en meer zou dienen als vervanging voor tekortkomingen in het familiaal en sociaal netwerk van leerlingen of hun ouders. Anderzijds beoordeelden ze het als positief dat sommige ouders of leerlingen minder drempels lijken te ervaren bij het inschakelen van BSH. Behalve deze ambivalente houding uitte de deelnemers aan de focusgroepgesprekken verschillende positieve en negatieve gevolgen van de toename in BSH-participatie op zowel individueel als sociaal-maatschappelijk niveau. Op individueel niveau ervoeren ze het als positief dat er meer en betere hulp geboden wordt en dat een diagnose vaak een nieuw en positiever perspectief biedt. Het hebben van een diagnose of het krijgen van BSH zouden volgens de deelnemers echter ook kunnen leiden tot stigmatisering of pesterijen, een focus op tekortkomingen, onbegrip in de omgeving, extra belasting van kinderen, twijfels over de ouderlijke competentie en schuldgevoelens bij ouders. Wat het sociaal-maatschappelijk niveau betreft, leken *zowel leerlingen als leerkrachten en zorgverantwoordelijken uit basis- en secundair onderwijs* een diagnose of het krijgen van BSH eerder als normaal dan als uitzonderlijk te beschouwen. Aansluitend hierbij suggereerden verschillende deelnemers een toenemende problematisering van normale ontwikkelingsvariatie bij kinderen. Zo gaven *CLB-medewerkers en zorgverantwoordelijken uit basis- en secundair onderwijs* aan dat een (gepercipieerde) vertraagde ontwikkeling bij (vooral jonge) kinderen al snel gezien wordt als iets dat gemedieerd moet worden, eerder dan de evolutie van de ontwikkeling af te wachten. Verder wezen enkele *ouders uit het basisonderwijs* op een individualisering van relationele of pedagogische problemen in het geval van een diagnose. Een diagnose legt het probleem namelijk grotendeels bij het kind zelf en het mogelijke aandeel van de (problematische) opvoedingsomgeving komt op de achtergrond te staan. Op die manier kunnen ouders een diagnose ook als een opluchting ervaren. Daarnaast meldden de deelnemers dat een diagnose meer en meer wordt gezien als toegangsticket voor hulp in en buiten de school met als mogelijke gevolgen dat er misplaatste of onterechte diagnoses gesteld worden om meer (terugbetaling van) hulp te krijgen of dat de ongelijke onderwijskansen in stand worden gehouden omwille van de eventuele kostprijs van een diagnose.

Ten slotte deelden vooral de *deelnemers uit de professionele context* hun ervaringen met de bestaande, vaak lange wachtlijsten. Echter, slechts een paar ouders maakten zowel in de focusgroepgesprekken als in de ouderbevraging melding van het probleem van de wachtlijsten.

Aard van BSH

Om de aard van de buitenschoolse hulpverlening in kaart te brengen baseerden we ons hoofdzakelijk op de ouderbevraging. *Ouders schakelden in ongeveer driekwart van de gevallen BSH in* omwille van schoolgerelateerde problemen. Meer bepaald ging het om problemen met de taalontwikkeling of het spreken, leerproblemen (problemen met lezen, spellen of rekenen), problemen met de leerhouding, problemen met de sociale of emotionele ontwikkeling op school en problemen met een vak. Daarnaast werden er in mindere mate problemen met het gedrag, problemen met de motoriek, problemen met de sociale of emotionele ontwikkeling buiten de school en problemen in het gezin genoemd. De meest genoemde problemen voor het basisonderwijs hebben te maken met de schoolse basisvaardigheden, namelijk de taalontwikkeling, het lezen, spellen en rekenen. Hieraan gerelateerd doen de ouders van kinderen in het basisonderwijs het meest beroep op een logopedist voor BSH (cf. infra). Voor het secundair onderwijs hebben de meest genoemde problemen te maken met een vak, de leerhouding, de sociaal-emotionele ontwikkeling of het rekenen. Hieraan gerelateerd wordt het meest beroep gedaan op leerkrachten, psychologen of logopedisten (cf. infra).

De meerderheid van de ouders gaf verder aan dat ze BSH onder meer inschakelden voor directe begeleiding van hun kind. Diagnostiek en indirecte begeleiding van het kind werden respectievelijk door 38.9% en 21.9% van de ouders aangeduid als doelen van de BSH. In meer dan 60% van de gevallen had de BSH met andere woorden geen diagnostisch doel. Om de doelen van de BSH nog wat verder te concretiseren vroegen we ook naar de meer specifieke beweegredenen van ouders. De meest frequent aangeduide beweegreden had te maken met het welbevinden van het kind. Daarnaast schakelde ongeveer één vijfde BSH in om het kind hulp te geven die zij zelf of de school niet konden geven. In nog één vijfde van de gevallen hadden de beweegredenen te maken met de ondersteuning van het leer- en schooltraject, waarbij ouders er voor wilden zorgen dat hun kind beter presteerde op school of dat hun kind het jaar niet opnieuw moest doen of een andere studierichting of school (voor buitengewoon onderwijs) moest kiezen. De overige genoemde beweegredenen hadden te maken met begeleiding na diagnosestelling of met een diagnostisch doel.

Vervolgens gaven de meeste ouders aan dat ze zelfstandige (en dus duurdere) hulpverlening (i.c. in een privépraktijk van één persoon, in een privégroepspraktijk of in het Centrum voor Begaafdheidsonderzoek) inschakelden voor hun kind. Wel dient opgemerkt te worden dat meer dan tweederde van de respondenten aangaf dat het ziekenfonds (een deel van) de kosten terugbetaalde. In de meeste gevallen deden deze ouders een beroep op een logopedist, gevolgd door een psycholoog, een kinesitherapeut, een leerkracht of een kinderpsychiater. Ongeveer de helft van de ouders met een kind in het basisonderwijs deed een beroep op een logopedist voor BSH. Voor het secundair onderwijs schakelde telkens ongeveer één vijfde van de ouders een psycholoog, logopedist of leerkracht tegen betaling in voor BSH. De meeste BSH ging door op één locatie en buiten de schooluren, waarbij het in de meeste gevallen om de praktijk of organisatie van de buitenschoolse hulpverlener ging. De BSH vond minder frequent plaats op school of bij het kind thuis. Leerlingen uit

het basisonderwijs kregen relatief vaker BSH tijdens de lesuren op school dan leerlingen uit het secundair onderwijs.

Wat betreft de intensiteit van BSH, bleek dat tweederde van de kinderen langer dan 6 maanden BSH kregen, waarvan 51.8% langer dan 1 jaar, en dat 72 % van de leerlingen één tot meerdere keren per week BSH volgden. Die intensiteit van BSH kwam in de focusgroepgesprekken met *deelnemers uit de professionele contexten, ouders en leerlingen uit voornamelijk secundair onderwijs* eveneens ter sprake, waarbij verschillende deelnemers aangaven dat er heel veel verwacht wordt van kinderen. BSH kan volgens hen erg belastend zijn voor kinderen, doordat hun vrije tijd er frequent en langdurig mee wordt ingevuld. Dit zou een circulair proces teweeg kunnen brengen, waarbij (intensief) BSH-gebruik leidt tot een verdere vermindering van sociale contacten en daarmee mogelijks ook een sociaal vangnet.

Onderzoeksvraag 2. Wat is de rol van de actoren in het proces van besluitvorming bij verwijzing naar BSH?

Uit de ouderbevraging bleek dat iets minder dan de helft van de *ouders die BSH inschakelden* voor hun kind, zelf die beslissing namen zonder advies van anderen. Van de *ouders bij wie BSH door anderen werd aangeraden*, gaf de meerderheid aan dat de BSH werd aangeraden door één of meer schoolpersoneelsleden. Hierbij spelen vooral leerkrachten (32%) en het zorgteam van de school (24.2%) een grote rol. De directie is wat minder vaak betrokken. Daarnaast duidde ongeveer één vijfde van deze ouders aan dat de BSH werd aangeraden door het CLB. Verder gaf ongeveer één vijfde van de ouders die BSH inschakelden, aan dat ze de BSH al kenden. Voor de ouders die de BSH nog niet kenden, speelde de school en met name het zorgteam en/of een leerkracht weer de grootste rol. Ongeveer 10% van de ouders kreeg informatie van het CLB of ging zelf op zoek. In het basisonderwijs waren het vaker schoolpersoneelsleden die BSH aanraden of informatie aanleveren, terwijl ouders of leerlingen in het secundair onderwijs vaker zelf informatie opzochten of met het idee kwamen om BSH in te schakelen.

In tegenstelling tot de ouders stelden *zowel CLB-medewerkers als zorgverantwoordelijken* in het surveyonderzoek dat doorverwijzing naar BSH doorgaans door het CLB gebeurt. Daarnaast stellen de zorgverantwoordelijken in vergelijking met de CLB-medewerkers relatief vaker dat de doorverwijzing ook door schoolpersoneelsleden gebeurt en dan hoofdzakelijk door de zorgverantwoordelijke en in mindere mate door een leerkracht of de directie van de school. De focusgroepgesprekken leverden gelijkaardige bevindingen op met betrekking tot de rol van school en CLB in het verwijzingsproces. Over het algemeen waren verschillende deelnemers (i.c., *ouders en buitenschoolse hulpverleners*) het erover eens dat het CLB een belangrijke rol speelt bij de doorverwijzing, aangezien zij in principe over alle informatie beschikken. Ook *schoolpersoneelsleden* erkenden de draaischijffunctie van het CLB in de doorverwijzing naar BSH, zoals die wordt voorgesteld in verschillende beleidsteksten. Afhankelijk van de ervaring van het zorgteam en de aard van de problematiek gebeurt de verwijzing volgens hen echter ook door zorgverantwoordelijken zelf. Dit laatste sloot evenzeer aan bij de bevindingen in het surveyonderzoek waarin relatief meer zorgverantwoordelijken aangaven dat de verwijzing afhankelijk van de problematiek hetzij door CLB-medewerkers hetzij door zorgverantwoordelijken

gebeurt. De meerderheid van de CLB-medewerkers vond echter dat schoolpersoneelsleden geen doorverwijzing naar BSH mogen doen, omdat dit de verantwoordelijkheid is van het CLB. Afspraken hieromtrent zouden volgens 60% van de CLB-medewerkers en één derde van de zorgverantwoordelijken zijn opgenomen in het beleidscontract of –plan tussen school en CLB.

Behalve zicht krijgen op de rol van verschillende actoren in het verwijzingsproces wilden we in de tweede onderzoeksvraag ook in kaart brengen om welke redenen *ouders* instemmen met of beslissen tot het inschakelen van BSH, eventueel als aanvulling op de hulp van de school of het CLB. Deze redenen waren gelijkaardig aan de redenen om leerlingen door te verwijzen naar BSH, zoals bleek uit de bevraging van *CLB-medewerkers* en zoals besproken in de focusgroepgesprekken met *schoolpersoneelsleden uit basis- en secundair onderwijs en buitenschoolse hulpverleners*. De belangrijkste reden was in alle gevallen de specialisatie van BSH. Daarnaast verwezen de verschillende respondentengroepen naar de (nood aan een) intensieve aanpak of de complexiteit van de problemen die aanleiding geven tot BSH. Verder vermeldden ouders nog dat ze BSH inschakelden, omdat dit het advies was van de school of het CLB, omdat de BSH sneller hulp kon bieden dan school of CLB, of omdat de BSH onafhankelijk van de school plaatsvindt. CLB's verwijzen ook door naar BSH, omdat bepaalde vormen van hulp niet tot hun takenpakket behoren.

Een gebrek aan informatie over de locatie of meest geschikte discipline van BSH was de voornaamste reden voor ouders om ondanks een ervaren nood toch geen BSH in te schakelen. Daarnaast kwamen het feit dat de school of het CLB reeds voldoende en/of sneller hulp bood, en in mindere mate praktische of financiële drempels naar voren als redenen om geen BSH in te schakelen. Hoewel de vaak lange wachtlijsten als drempel genoemd werden in de focusgroepen met *buitenschoolse hulpverleners en schoolpersoneelsleden uit basis- en secundair onderwijs*, duiden slechts enkele ouders met een nood aan BSH de wachttijd als drempel aan in de vragenlijst. Bovendien gaf de overgrote meerderheid van de ouders van kinderen met BSH in de vragenlijst aan dat ze binnen twee maanden konden starten met BSH. Een mogelijke verklaring is dat relatief veel ouders een beroep doen op zelfstandige hulpverlening, waar de wachttijd beduidend korter is. Zo moest 86% van de ouders die een beroep deden op privé-BSH, maximum twee maanden wachten. Daarentegen kon slechts 14% van de ouders die een beroep deden op gesubsidieerde BSH, binnen de twee maanden met de hulpverlening starten. Een dergelijk verschil in wachttijd voor privé- versus gesubsidieerde BSH werkt echter de ongelijkheid van onderwijskansen in de hand, aangezien minder bedeelde ouders noodgedwongen langer moeten wachten tot de start van de (gratis) hulp.

Onderzoeksvraag 3. Hoe verloopt de communicatie en afstemming tussen ouders, school en BSH?

Communicatie tussen ouders, school en BSH

Hoewel ongeveer de helft van de ouders zelf de beslissing nam om BSH in te schakelen (cf. supra), gaven de meeste *ouders* aan dat de school van hun kind wel op de hoogte was van de BSH. Dit laatste bleek meer het geval te zijn voor basisscholen (96.1%) dan voor secundaire scholen (78.6%). De meerderheid van de ouders bracht de school zelf op de hoogte van de BSH. In ongeveer één vijfde van de gevallen was het de buitenschoolse hulpverlener die dit deed. Volgens de ouders van

kinderen die BSH kregen, wist de school in ongeveer de helft van de gevallen waarin ze op de hoogte was van de BSH, welke hulp de buitenschoolse hulpverlener bood aan de leerling en maakten ze hier ook afspraken over. Verder gaf nog een derde van deze ouders aan dat de school wel wist welke hulp de buitenschoolse hulpverlener bood, maar werden er volgens hen geen onderlinge afspraken gemaakt. Een beperkt aantal ouders erkende dat de school wel op de hoogte was van het feit dat het kind extra hulp kreeg, maar niet om welke hulp het precies ging.

Ongeveer 39% van de *ouders die BSH inschakelden voor hun kind*, gaf aan dat er meerdere keren informatie werd uitgewisseld tussen school en BSH. Bijna 27% zei dat er slechts één of twee keer informatie werd uitgewisseld en 34% gaf aan dat er nooit een informatieuitwisseling plaatsvond. In het secundair onderwijs werd er relatief vaker geen informatie uitgewisseld dan in het basisonderwijs. Indien er wel contact was tussen school en BSH, waren de ouders in meer dan de helft van de gevallen niet aanwezig op of betrokken bij het overleg. Daarnaast gebeurde informatieuitwisseling volgens de ouders relatief vaker voor leerproblemen en in mindere mate voor problemen met een vak en problemen in het gezin. Deze bevinding sluit aan bij de antwoorden van de *CLB-medewerkers en zorgverantwoordelijken* die vaker aangaven dat er doorgaans overleg wordt gepleegd tussen CLB of school enerzijds en BSH anderzijds over leergerelateerde problemen en minder vaak in het geval van psychosociale problemen. Wat betreft de manier van overleggen, werd een persoonlijk gesprek, gevolgd door e-mail, door de meeste respondenten (zowel ouders als CLB-medewerkers en zorgverantwoordelijken) als belangrijkste middel van communicatie tussen de school of het CLB enerzijds en de BSH anderzijds gezien.

Ook in de focusgroepgesprekken met *schoolpersoneelsleden uit basis- en secundair onderwijs* kwam een betere communicatie naar ouders toe naar voren als werkpunt binnen BSH. Daarnaast werd de school (i.c., de zorgverantwoordelijke) relatief vaker geïnformeerd over de doelen, aanpak en vorderingen van de BSH bij leergerelateerde dan bij psychosociale problemen. Bovendien werd de school het vaakst betrokken bij het maken van afspraken in verband met de opvolging van vorderingen binnen de BSH en het minst vaak bij het maken van afspraken met betrekking tot de aanpak van de BSH. Dit laatste gold eveneens voor het CLB.

Wat betreft de informatieoverdracht tijdens het BSH-traject, gaf meer dan 70% van de *CLB-medewerkers en zorgverantwoordelijken* aan dat het CLB de buitenschoolse hulpverlener de nodige informatie bezorgt over de leerlingen die BSH krijgen, en dat het CLB deze leerlingen via vaste overlegmomenten op school opvolgt. Beide respondentengroepen gaan echter in mindere mate akkoord met de stelling dat de school de nodige informatie (bijvoorbeeld resultaten van het LVS, gedrag in de klas, ...) bezorgt aan de buitenschoolse hulpverlener. Het doorgeven van informatie aan de BSH lijkt volgens beide respondentengroepen met andere woorden de taak van het CLB. Daarnaast is er volgens meer dan 70% van de CLB-medewerkers en zorgverantwoordelijken na het afsluiten van de BSH vaak tot bijna altijd contact tussen het CLB of de school enerzijds en de BSH anderzijds om te bespreken hoe de begeleiding is verlopen. Dit contact vindt plaats op initiatief van zowel het CLB of de school als de BSH. Hoewel de respondenten in het surveyonderzoek aangaven dat er meestal nabesprekingen over de BSH plaatsvinden, signaleerden verschillende *schoolpersoneelsleden in de focusgroepgesprekken* een tekort aan informatie voor de verdere begeleiding van leerlingen op school. Mogelijk heeft dit te maken met twijfels over de reikwijdte van de verantwoordelijkheid van de school in de zorg voor leerlingen en knelpunten in verband met het beroepsgeheim, zoals vermeld in de focusgroepgesprekken.

Afstemming tussen schoolcontext en BSH

Zowel uit het surveyonderzoek als uit de focusgroepgesprekken bleek het belang van een goede afstemming tussen schoolcontext en BSH. Zo waren *ouders* meer tevreden over het effect van BSH op het schools functioneren, indien de school op de hoogte was van de BSH. Daarnaast benadrukten de deelnemers in de focusgroepen met *schoolpersoneelsleden en ouders uit basis- en secundair onderwijs* het belang van een goede afstemming tussen BSH en zorg op school om leerlingen gepaste hulp te kunnen bieden. Volgens de deelnemers is het belangrijk dat beide partijen elkaar als partner in de leerlingenbegeleiding beschouwen en actief elkaars informatie gebruiken in de vormgeving van het zorgtraject. Zo kan de professionele, vaak vernieuwende blik van de buitenschoolse hulpverlener volgens een CLB-medewerker een verruiming betekenen voor het onderwijs. Daarnaast is een goede samenwerkingsrelatie tussen school en BSH volgens enkele schoolpersoneelsleden in de focusgroepgesprekken een eerste, belangrijke stap naar een goede communicatie met ouders, waarbij BSH en schoolcontext elkaar kunnen bevestigen en steunen. Ten slotte lijkt een goede samenwerking binnen het schoolteam zelf van belang voor de doorverwijzing naar en communicatie met BSH. Zo gaven verschillende schoolpersoneelsleden aan dat het minder van belang is wie welke taak opneemt bij de doorverwijzing, zolang de beslissing maar in team genomen is.

Hoewel een goede afstemming en communicatie tussen schoolcontext en BSH volgens professionelen en ouders in de focusgroepen essentieel zijn, kunnen enkele aspecten van de hulpverlening dit bemoeilijken. Goede contacten vergen volgens zowel *schoolpersoneelsleden als buitenschoolse hulpverleners* immers tijd en inspanning van alle betrokken partijen, wat de realisatie ervan in de weg kan staan. Een andere moeilijkheid voor de realisatie van goede samenwerkingsrelaties had te maken met een ervaren gebrek aan uniformiteit en belangenvermenging binnen de BSH. Verder kwam het mogelijke spanningsveld tussen het zorgperspectief van de hulpverlening en het zorgperspectief van de school aan bod in de focusgroep met schoolpersoneelsleden uit het secundair onderwijs. Het perspectief van de buitenschoolse hulpverlener is immers doorgaans gericht op individuele begeleiding en behandeling van de leerling, terwijl een schools perspectief klassikale zorg aan (diverse) leerlingen omvat gericht op het behalen van specifieke doelstellingen (i.c. eindtermen en leerplandoelstellingen). Daarnaast verschillen beide partijen al eens van mening over het nodige hulpverleningstraject bij bepaalde leerlingen en over de doorstroming van informatie. Aansluitend bij dit eventuele verschil in professionele visies wezen verschillende deelnemers ook op de nood aan een gelijkaardige of flexibele aanpak bij BSH. Ten slotte vermeldden verschillende zorgverantwoordelijken dat een gebrek aan continuïteit in de hulpverlening en/of zorg op school de kwaliteit van beide vormen van hulp en de communicatie tussen BSH en de schoolcontext negatief kan beïnvloeden.

Bovenstaande aspecten van of moeilijkheden voor een goede afstemming tussen de schoolcontext en BSH komen sterk overeen met de aandachtspunten die in de literatuur vermeld worden. Zo beschreef voorgaand onderzoek (e.g., Collignon, Hooge, de Leede, & Koeman, 2010; Vermaut et al., 2009) het belang van een gezamenlijk doel, een goede doorstroming van informatie, continuïteit en een duidelijke taakverdeling voor de realisatie van een goede afstemming tussen schoolinterne zorg, schoolnabije ondersteuning door het CLB en schoolexterne hulpverlening. De bevindingen in het huidige onderzoek en met name uit de focusgroepgesprekken duiden er echter op dat er nog ruimte is voor verbetering met betrekking tot de verschillende aspecten van een goede afstemming tussen de schoolcontext en BSH.

Afweging tussen BSH en zorg op school

De *schoolpersoneelsleden uit basis- en secundair onderwijs* noemden in de focusgroepgesprekken verschillende factoren die vaak richting geven aan de afweging tussen zorg op school en een doorverwijzing naar BSH. Zo ervoeren CLB-medewerkers dat leerlingen in scholen met een goede zorgstructuur en voldoende middelen minder nood hebben aan BSH. Uit het surveyonderzoek konden we echter geen eenduidige verschillen in het gebruik van BSH afleiden tussen scholen met verschillende zorgkenmerken (zie Onderzoeksvraag 4). Daarnaast wordt er volgens de deelnemers rekening gehouden met de noden van zowel de leerling zelf, zijn/haar medeleerlingen als de leerkrachten. Men vraagt zich met andere woorden af wat deze leerling in deze school, in deze klas, bij deze leerkracht nodig heeft (cf. handelingsgericht werken; Pameijer & van Beukering, 2006). Wat het probleem betreft, wordt er een afweging gemaakt op basis van de vraag of het om een schoolprobleem gaat dan wel of de oorzaak zich eerder buiten de school situeert, de ervaren hardnekkigheid van het probleem en de ingeschatte expertise die nodig is voor de ondersteuning van de leerling of de behandeling van het probleem. De bevindingen in het surveyonderzoek lijken er bovendien op te wijzen dat sommige ouders naar BSH grijpen, omdat ze het gevoel hebben dat de school tekort schiet (zie Onderzoeksvraag 4).

Hoewel het van belang is om een goede afweging te maken tussen BSH en zorg op school, blijkt dit niet altijd evident te zijn. Met name voor leerlingen die in kansarmoede leven, zijn de (financiële) mogelijkheden tot het inschakelen van BSH vaak beperkt. Zoals eerder aangegeven, lijkt de school (en/of het CLB) haar verantwoordelijkheid met betrekking tot kansarme leerlingen wel op te nemen door hen extra ondersteuning te bieden. Een andere moeilijkheid die ter sprake kwam in de focusgroepgesprekken met *schoolpersoneelsleden*, is een eventueel meningsverschil over de nood aan BSH tussen de school of het CLB enerzijds en de leerling en/of de ouders anderzijds. Een mogelijke vrees van (vooral kleine) scholen die hiermee gepaard gaat, is het verlies van leerlingen indien ze te veel blijven aandringen op BSH wanneer de ouders deze nood niet ervaren. Een derde moeilijkheid bij de afweging tussen BSH en zorg op school is volgens een *ouder* van een leerling in het basisonderwijs dat de extra zorg op school voor zorgleerlingen soms ten koste gaat van andere leerlingen. Indien er in dat geval toch wordt doorverwezen naar BSH, zou er volgens haar weer meer aandacht besteed kunnen worden aan alle leerlingen in de klas. Naast deze moeilijkheden werden er ook enkele praktische moeilijkheden genoemd in de focusgroepen met *schoolpersoneelsleden*, zoals een tekort aan beschikbaar testmateriaal en de beperkte beschikbaarheid van bepaalde vormen van BSH om een gefundeerde doorverwijzing naar BSH te kunnen doen.

<p>Onderzoeksvraag 4. Welke schoolkenmerken kunnen verschillen in het gebruik van en de tevredenheid over BSH bij ouders verklaren?</p>
--

In het kader van de vierde onderzoeksvraag gingen we na in welke mate bepaalde kenmerken van scholen verschillen in het gebruik van BSH en de mate van tevredenheid over BSH bij ouders kunnen verklaren. Hiervoor onderscheidde we structurele schoolkenmerken, zoals het onderwijsniveau en de mate van verstedelijking in de schoolomgeving, en kenmerken van het zorgbeleid en het

beleidsvoerend vermogen, zoals de mate van geïntegreerde zorg, ondersteuning van leraren door de zorgverantwoordelijke en het innovatief vermogen van de school. Behalve het effect van deze kenmerken op het gebruik van en de tevredenheid over BSH gingen we ook hun effect na op de manier van verwijzen in scholen volgens de zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers.

Wat betreft de structurele schoolkenmerken, leverde het onderwijsniveau van scholen de meeste verschillen op met betrekking tot de verschillende aspecten van BSH. Zo hebben leerlingen in het basisonderwijs in vergelijking met leerlingen in het secundair onderwijs 24% meer kans om BSH te krijgen, zijn hun ouders gemiddeld meer tevreden over de BSH en doorlopen hun scholen volgens zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers in grotere mate de vorige stappen in het zorgcontinuüm vooraleer BSH in te schakelen. Daarnaast vonden we dat leerlingen uit scholen gelegen in Brussel 80% minder kans hebben op BSH dan leerlingen uit scholen buiten Brussel. Deze vaststelling sluit aan bij de eerder vermelde problematiek rond het opzetten van een hulpverleningsnetwerk in Brussel (Vermaut et al., 2009).

Wat betreft de kenmerken van het zorgbeleid, leverden de schoolprofielen in het basisonderwijs zoals beoordeeld door zorgverantwoordelijken, leraren en directies in het vorige project (Struyf et al., 2012) de meest consistente effecten op. Enerzijds vonden we dat leerlingen uit scholen met het minst uitgebouwd zorgbeleid over de hele lijn (m.n., geïntegreerde zorg, visie 'leraar als 1^{ste} lijns zorgverlener' en samenwerking met het CLB) en scholen met een sterk uitgebouwd zorgbeleid en gemiddelde samenwerking met het CLB een kleinere kans hebben op BSH dan leerlingen uit scholen met een gemiddeld zorgbeleid over de hele lijn. Hoewel deze bevinding er op leek te wijzen dat extremen op het vlak van zorg (onafhankelijk van de samenwerking met het CLB) een kleinere kans op BSH opleveren, strookte dit niet met het feit dat scholen met een sterk uitgebouwd zorgbeleid en weinig samenwerking met het CLB niet verschilden van scholen met een gemiddeld zorgbeleid qua kans op BSH. Deze resultaten suggereren dan ook dat de mate van geïntegreerde zorg op school en/of de samenwerking met het CLB niet zo een grote of consistente rol spelen in het gebruik van BSH.

De mate van geïntegreerde zorg op school speelt wel een rol in de tevredenheid van ouders over het effect van BSH op het schools functioneren van hun kind. Meer bepaald lijkt de BSH voornamelijk te compenseren voor tekorten van scholen op het vlak van zorgbeleid. Ouders van leerlingen in scholen met een (beneden-)gemiddeld zorgbeleid zijn gemiddeld namelijk meer tevreden over het effect van BSH dan ouders van leerlingen in scholen met een sterk uitgebouwd zorgbeleid (onafhankelijk van de mate van samenwerking met het CLB).

Ten slotte verschilden scholen met verschillende zorgprofielen in de manier van verwijzen volgens de zorgverantwoordelijken. Meer concreet gaven zorgverantwoordelijken uit scholen met een gemiddeld uitgebouwd zorgbeleid aan dat deze scholen in mindere mate de stappen in het zorgcontinuüm doorlopen vooraleer BSH in te schakelen dan scholen met een sterk uitgebouwd zorgprofiel, onafhankelijk van de samenwerking met het CLB. We vinden voor het basisonderwijs met andere woorden een samenhang tussen de mate van geïntegreerde zorg op school en het doorlopen van de fasen in het zorgcontinuüm bij verwijzing naar BSH zoals beoordeeld door de zorgverantwoordelijken. De samenhang tussen geïntegreerde zorg op school en het al dan niet gebruiken van BSH volgens ouders is echter minder eenduidig. De bevindingen lijken er op te wijzen dat doorverwijzingen naar BSH enerzijds en het uitgebouwd zorgbeleid van een school anderzijds

onafhankelijke processen zijn die eerder los van of naast elkaar plaatsvinden. Dit wordt bevestigd door informatie uit de focusgroepen en ouderbevraging. Enkele schoolpersoneelsleden gaven in de focusgroepgesprekken namelijk uitdrukkelijk aan hun beleving dat niet alleen de draagkracht of de mate van geïntegreerde zorg op school een rol speelt in de doorverwijzing naar BSH, maar dat hierbij rekening wordt gehouden met verschillende factoren (zoals de noden van alle betrokkenen en de kenmerken van het probleem) die casus per casus geëvalueerd worden voorafgaand aan de beslissing tot verwijzing. Bovendien bleek uit de ouderbevraging dat heel wat ouders zelf de beslissing nemen om BSH in te schakelen (zie Onderzoeksvraag 2).

Onderzoeksvraag 5. Welke kind- en gezinskenmerken kunnen verschillen in het gebruik van en de tevredenheid over BSH bij ouders verklaren?

In de vijfde onderzoeksvraag gingen we ten slotte na of bepaalde kind- en gezinskenmerken verschillen in het gebruik van en de tevredenheid over BSH bij ouders kunnen verklaren. Hiervoor maakten we een onderscheid tussen kindgerelateerde kenmerken (bv. geslacht, al dan niet dubbel van een jaar), SES-gerelateerde kenmerken (bv. diploma en beroep van de ouders) en migratiegerelateerde kenmerken (bv. gezinstaal en geboorteland van de grootouders). Om het effect van deze kenmerken te onderzoeken vergeleken we de groep van ouders die BSH inschakelden met de groep van ouders die geen BSH inschakelden. Daarnaast gingen we specifiek na wat de kenmerken zijn van ouders die hiervoor een beroep deden op privé- dan wel gesubsidieerde instanties voor BSH of hiervoor al dan niet een leerkracht tegen betaling inschakelden. Over het algemeen vonden we dat verschillende kind- en gezinskenmerken een effect hadden op het inschakelen van BSH en met name van BSH in de privésector (i.c., privégroepspraktijk of privépraktijk van één persoon). Zo hebben leerlingen meer kans op (privé-)BSH indien zij van het mannelijke geslacht zijn (26%), KSO/TSO volgen (63% in vergelijking met ASO), minimum één jaar gedubbeld hebben (85%) en het Nederlands als moedertaal hebben (50%). Hoewel leerlingen uit het ASO ook minder kans hebben op gesubsidieerde BSH dan leerlingen uit het BSO en KSO/TSO (respectievelijk 2.81 keer en 3.13 keer), hebben ze meer kans hebben op het inschakelen van een leerkracht tegen betaling dan leerlingen uit het BSO (91%).

Daarnaast blijken de onderzochte SES- en migratiegerelateerde kenmerken in het surveyonderzoek voornamelijk een rol te spelen bij het al dan niet inschakelen van BSH in de privésector. Hun rol is hierbij nog groter dan bij het inschakelen van BSH in het algemeen. Bij het inschakelen van gesubsidieerde instanties voor BSH spelen ze daarentegen nagenoeg geen rol. De toegang tot BSH en met name tot BSH in privé-instanties blijkt meer bepaald significant kleiner te zijn voor leerlingen met een lagere SES en/of een migratieachtergrond, terwijl de toegang tot gesubsidieerde BSH (ondanks de lagere tarieven) niet groter is voor deze leerlingen dan voor leerlingen met een hogere SES en/of zonder migratieachtergrond. Zo hebben leerlingen van wie de biologische ouder hoogstens een diploma lager onderwijs heeft, 66% minder kans op privé-BSH dan leerlingen van wie de biologische ouder een diploma hoger onderwijs heeft. Daarnaast hebben kinderen van wie minstens één van de grootouders in een niet-westers land geboren is, 65% minder kans op privé-BSH dan kinderen van wie alle grootouders in een westers land geboren zijn. Door dergelijke verschillen in de

toegang tot (privé-)BSH worden de ongelijke onderwijskansen voor kinderen uit kansarme milieus en/of met een migratieachtergrond bestendig of zelfs vergroot. In de focusgroepen met *(kansarme) ouders en deelnemers uit de professionele context* werd hoofdzakelijk de invloed van SES bevestigd. Kansarme ouders zouden volgens de deelnemers moeilijkheden ervaren bij de toeleiding naar en het gebruik van BSH die te maken hebben met de vaak hoge kostprijs van (privé-)BSH, een verminderde toegang tot informatie over en de praktische organisatie van BSH. De invloed van de culturele achtergrond en met name mogelijke problemen door culturele verschillen tussen de hulpverlener en de cliënt of door processen van stereotypering en discriminatie kwamen minder naar voren in de focusgroep met ouders met een migratieachtergrond. Mogelijk had het uitblijven van dergelijke problemen te maken met de uitgebreide expertise in transculturele hulpverlening van de organisatie die de ouders rekruteerde, of met sociaal wenselijke antwoorden door de aanwezigheid van een medewerker van deze organisatie tijdens het focusgroepgesprek. De kansarme ouders met een migratieachtergrond wezen wel op de invloed van hun informeel sociaal netwerk, variërend van sociale isolatie tot een sterk netwerk, op het al dan niet gebruik maken van BSH. Sociale isolatie zou leiden tot het inschakelen van BSH ter vervanging van het beperkt of afwezig sociaal netwerk, terwijl sommige opvattingen binnen een sterk sociaal netwerk ouders met een migratieachtergrond voornamelijk zouden verhinderen om BSH in te schakelen.

Integratie op basis van de conceptuele kaders

In wat volgt bespreken we de belangrijkste bevindingen aan de hand van de drie conceptuele kaders of perspectieven die aan de basis lagen van de onderzoeksvragen in het huidige onderzoeksproject. Meer bepaald gaan we dieper in op conclusies met betrekking tot 1) BSH en geïntegreerde zorg op school; 2) medicalisering en standaardisering van hulpverlening en 3) gelijke onderwijskansen. Aansluitend formuleren we een aantal aanbevelingen voor het beleid met betrekking tot (de organisatie van) hulpverlening en leerondersteuning in en buiten de schoolcontext in Vlaanderen.

Geïntegreerde zorg op school

Binnen het conceptuele kader van geïntegreerde zorg op school kwamen er verschillende aspecten van geïntegreerde zorg aan bod in het huidige onderzoek naar buitenschoolse hulpverlening, namelijk het werken volgens het zorg- of ondersteuningscontinuüm, de draaischijffunctie van het CLB en de afstemming tussen BSH en zorg op school. Met betrekking tot het eerste aspect omschrijft het werken volgens het zorgcontinuüm een normatief traject van inschakeling van BSH, i.e. pas doorverwijzen naar BSH na het bieden van extra zorg op school. De bevindingen leken er in het algemeen echter op te wijzen dat er best flexibel omgegaan wordt met het zorgcontinuüm en dat sommige fasen versneld of parallel met volgende fasen doorlopen kunnen worden. Ondersteuning door schoolexterne diensten (zoals CLB en BSH) kan immers niet alleen in de fase van de uitbreiding van zorg, maar ook in eerdere fasen van het continuüm belangrijk zijn. Zo is er geen één-op-één relatie tussen de ernst van de problematiek en de zorgfase, maar hangt het zorgaanbod samen met de draagkracht van de school en de specificiteit van de zorgvraag (Rauws, 2011). Naargelang de specifieke problematiek zal het met andere woorden wenselijk zijn om onmiddellijk na het signaleren ervan of na het stellen van de hulpvraag gespecialiseerde hulp in te schakelen, parallel met het

uitbouwen van een zorgtraject op school. Bij elke casus zou men als zorgteam en in samenspraak met ouders moeten bekijken wat er ondernomen moet worden op welk niveau. Het principe van subsidiariteit speelt met andere woorden een belangrijke rol, waarbij men eerst nagaat wat de school zelf kan doen en (tijdelijk) extra, gespecialiseerde ondersteuning inschakelt indien nodig (zie ook Verschueren & Jonniaux, 2015). Indien de beslissing tot doorverwijzing wordt genomen, betekent dit niet dat de taak of de verantwoordelijkheid van de school vermindert. De actoren in de schoolcontext moeten blijven kijken hoe ze hun aanbod kunnen afstemmen op de onderwijsnoden van de zorgleerling.

Ten tweede tonen de bevraging van CLB-medewerkers en zorgverantwoordelijken en de focusgroepgesprekken met schoolpersoneelsleden in het huidige onderzoek dat deze partijen in de eerste plaats een draaischijffunctie toekennen aan het CLB. Daarnaast wordt er een rol toegekend aan de schoolpersoneelsleden (m.n. de zorgverantwoordelijke en in mindere mate een leerkracht of de directie van de school), zij het sterker door de zorgverantwoordelijken dan door CLB-medewerkers. Echter, uit de ouderbevraging blijkt dat slechts één vijfde van de ouders die niet zelf de beslissing tot BSH maakten, door het CLB is doorverwezen voor BSH. Degene die volgens deze ouders de meeste verwijzingen doet, is de leerkracht (32%). Hierbij is het niet duidelijk of die leerkracht namens het zorgteam en/of het CLB communiceert en handelt. Gegeven de bevinding dat respondenten in de focusgroepgesprekken uitdrukking geven aan de druk die leerkrachten ervaren om problemen vroegtijdig te signaleren, is het niet ondenkbaar dat leerkrachten soms doorverwijzen zonder consultatie van het zorgteam of het CLB. De communicatie naar ouders toe kan ons inziens zeker door een leerkracht gebeuren, maar dit verloopt, zeker voor complexe problematiek, toch best na aftoetsing en in samenwerking met professionals, die vanuit hun opleiding en achtergrond expertise hebben op het betreffende domein.

Ten slotte blijkt uit de focusgroepgesprekken met schoolpersoneelsleden en ouders uit basis- en secundair onderwijs dat een goede afstemming tussen school en BSH als cruciaal wordt gezien door verschillende actoren. Zowel schoolpersoneelsleden als ouders geven echter ook aan dat er nog ruimte is voor verbetering wat betreft de afstemming en communicatie tussen school, CLB en BSH binnen een BSH-traject. Dit wordt bevestigd in het surveyonderzoek, waaruit blijkt dat de school of het CLB in zekere mate betrokken wordt bij het maken van afspraken rond de opvolging van de vorderingen binnen de BSH (afhankelijk van de problematiek 28.3% tot 55.9% vaak tot bijna altijd), maar in mindere mate voor de aanpak van de BSH (afhankelijk van de problematiek 11.9% tot 23.7% vaak tot bijna altijd). Ook de mate van contact na het afsluiten van de BSH en de doorstroom van informatie tussen school of CLB enerzijds en BSH anderzijds kan nog verhoogd worden. Bovendien blijkt uit zowel het surveyonderzoek als de focusgroepgesprekken dat ouders vaak niet betrokken worden bij het overleg tussen school en BSH en/of zelf noodgedwongen de regie in handen nemen om een goede samenwerking te realiseren. Deze bevindingen wijzen er op dat school, CLB en BSH nog meer kunnen streven naar een actief partnerschap en naar een goede communicatie met ouders.

Medicalisering en standaardisering van hulpverlening

Naar aanleiding van de trend naar medicalisering en standaardisering van hulpverlening vroegen we ons af in welke mate deze mechanismen een rol spelen in het (al dan niet toegenomen) gebruik van

BSH. De beschikbare populatiegegevens en bevindingen uit de focusgroepgesprekken wezen inderdaad op een (ervaren) toename in het gebruik en aanbod van BSH. Uit de uitspraken van schoolpersoneelsleden en ouders in de focusgroepgesprekken leidden we bovendien af dat BSH steeds sterker als een genormaliseerd, zinvol proces wordt ervaren dat gangbaar deel uitmaakt van schoolse trajecten van kinderen. Zo lijken heel wat ouders en schoolpersoneelsleden BSH een bijna vanzelfsprekende manier te vinden om het welbevinden en de schoolloopbaan van kinderen te ondersteunen. Dergelijke ervaring wijst er op dat BSH niet (meer) louter een uitzonderlijke maatregel betreft voor kinderen met specifieke onderwijs- en opvoedingsbehoeften.

Ondanks de algemeen heersende bekommernis dat de hulpverlening in en buiten de school steeds sterker afhankelijk wordt gemaakt van attestering en klinische/psychiatrische diagnoses blijkt uit het surveyonderzoek dat minder dan de helft van de ouders BSH specifiek inschakelt omwille van een diagnostisch doel. Veruit de meeste ouders geven aan BSH (onder meer) in te schakelen voor directe begeleiding van hun kind, zoals de ondersteuning of remediëring van het lezen, het rekenen, de studiemethode, of de sociaal-emotionele ontwikkeling. Daarnaast lijken de vastgestelde omvang van en (ervaren) toename in BSH-gebruik in combinatie met de beweegredenen van ouders om BSH in te schakelen, zoals die bleken uit het surveyonderzoek en de focusgroepgesprekken, er op te wijzen dat BSH niet alleen diagnosticering en begeleiding/remediëring van ernstige, specifieke ontwikkelingsproblemen en leerachterstanden betreft. BSH lijkt ook te worden ingeschakeld vanuit een vraag naar ondersteuning bij een optimalisering van het leren, bijvoorbeeld als middel om succesvolle schoolse prestaties of trajecten na te streven (volgens ongeveer één vijfde van de ouders) of als begeleiding bij problemen met een vak of met de leerhouding (volgens ongeveer 18% van de ouders). Een dergelijke verbreding van de inzet van BSH wordt ook duidelijk in de bevindingen uit de focusgroepen die wijzen op twee mogelijke sporen in het gebruik van BSH voor schoolgerelateerde problemen: enerzijds wordt BSH ingeschakeld als gespecialiseerde dienstverlening in het geval van (vragen rond) ontwikkelingsproblemen en ernstige leerachterstanden, anderzijds lijken ouders BSH ook aan te wenden als middel om de schoolse prestaties of trajecten van kinderen te ondersteunen of te optimaliseren. De betrokken actoren in de focusgroepgesprekken (m.n. schoolpersoneelsleden) lijken bovendien een verwevenheid van beide sporen te percipiëren, waarbij verder onderzoek zou kunnen exploreren hoe deze zich tot mekaar verhouden. Zij ervaren immers dat de wens om het schoolse leren van kinderen te optimaliseren of het moeilijk kunnen aanvaarden van moeilijkheden bij het schoolse leren bij ouders aanleiding vormen tot een vraag naar gespecialiseerde dienstverlening en diagnostiek. Een dergelijke verwevenheid lijkt erop te wijzen dat de vastgestelde toename aan BSH-participatie niet uitsluitend te wijten is aan een verbeterde onderkenning van ontwikkelingsproblemen, maar dat precies ook een hoge prestatiedruk en een verminderde tolerantie voor de variatie aan trajecten van kindontwikkeling een rol speelt (zie ook infra).

De bredere inzet van BSH dan enkel diagnosestelling duidt op het belang van een verbreding van het begrip van medicalisering als verklaringskader voor BSH-participatie. Zo suggereren onze bevindingen twee dimensies van verbreding van de betekenis van medicalisering die een rol lijken te spelen in de toegenomen BSH-participatie. Ten eerste, lijkt medicalisering niet louter de toegenomen focus op diagnosestelling te betreffen. Zowel de hoge vraag naar begeleiding of remediëring bij ouders als de belevingen van enkele schoolpersoneelsleden in de focusgroepen lijken te verwijzen naar een proces van een toegenomen *problematisering* van de kindontwikkeling, gekenmerkt door een verminderde tolerantie voor de heterogeniteit aan ontwikkelingstrajecten. Ten tweede duiden de

bevindingen mogelijks op een proces van toegenomen *professionalisering* van de opvoeding en/of schoolse ondersteuning van kinderen, waarbij professionelen of experts steeds sterker betrokken worden bij opvoedingstaken. Deze invulling van medicalisering lijkt ook aanwezig in de inbreng van zowel schoolpersoneelsleden als ouders in de focusgroepgesprekken die uitdrukking geven aan een vermindering van het informeel sociaal netwerk als verklaringsgrond voor de toegenomen BSH-participatie. Deze analyse genereert de vraag in welke mate beleidskeuzes dienen in te zetten op een verdere uitbouw van professionele ondersteuning of ook gericht kunnen zijn op een versterking van het informele sociale netwerk van ouders en leerlingen. Het proces van toegenomen professionalisering van de opvoeding en/of schoolse ondersteuning van kinderen wijst mogelijk ook op een tekort binnen de school of het CLB wat betreft het bieden van hulp voor het leren of de schoolloopbaan. De negatieve samenhang tussen de mate van professionaliseringskansen in scholen en de tevredenheid over het effect van BSH op het schools functioneren bij ouders die BSH inschakelden voor schoolgerelateerde problemen, lijkt hiervoor een indirecte indicatie te bieden. Zo is het niet ondenkbaar dat ouders van leerlingen uit scholen met minder professionaliseringskansen voor het schoolpersoneel meer tevreden zijn over het effect op het schools functioneren, omdat de BSH compenseert voor tekorten binnen het schoolteam. De veronderstelling dat mensen naar buitenschoolse hulp grijpen omwille van tekorten op school sluit bovendien aan bij het vermoeden dat werd geuit in een focusgroep met ouders. Dit roept de vraag op of scholen en CLB's niet meer kunnen doen op het vlak van schoolgerelateerde ondersteuning.

Gelijke onderwijskansen

Ten slotte kaderden we het gebruik van (gefinancierde) BSH binnen het maatschappelijk perspectief op gelijke onderwijskansen. Aangezien eerder onderzoek aantoonde dat verschillen in de sociaal-economische status (SES) en culturele achtergrond van gezinnen de prestatiekloof tussen leerlingen kunnen verklaren (e.g., De Haene & Colpin, 2010; Hirtt et al., 2007), vroegen we ons af of dergelijke verschillen eveneens samenhangen met het gebruik van BSH. In dat geval zou BSH eveneens een rol kunnen spelen in het bestendigen of zelfs versterken van de ongelijkheid in onderwijskansen voor leerlingen met een lagere SES en/of migratieachtergrond.

Eén van de meest opvallende bevindingen uit het surveyonderzoek vormt het feit dat het gebruik van BSH en vooral van BSH in de privésector in sterke mate samenhangt met SES-indicatoren van gezinnen, namelijk het voldoen aan minimum 1 GOK-criterium, het netto gezinsinkomen, en het diploma en beroep van de ouders of opvoeders. Het effect van deze SES-gerelateerde kenmerken op het gebruik van BSH blijkt veel sterker te zijn dan het effect van eender welk schoolkenmerk. Leerlingen uit gezinnen met een lage SES hebben minder toegang tot BSH en met name tot privé-BSH. Bovendien hebben ze niet meer toegang tot gesubsidieerde BSH dan gezinnen met een hoge SES. De schoolpersoneelsleden, buitenschoolse hulpverleners en zowel kansrijke als kansarme ouders die deelnamen aan de focusgroepgesprekken, haalden hiervoor verschillende redenen aan, zoals de vaak hoge kostprijs van (privé-)BSH, een verminderde toegang tot informatie over en de praktische organisatie van BSH.

Hoewel de kansarme ouders met een migratieachtergrond in de focusgroepgesprekken geen uitdrukking gaven aan een ervaring van verminderde BSH-participatie, had dit mogelijk te maken met de uitgebreide expertise in transculturele hulpverlening van de organisatie die de ouders

rekruteerde, of met sociaal wenselijke antwoorden door de aanwezigheid van een medewerker van deze organisatie tijdens het focusgroepgesprek. De resultaten van het surveyonderzoek toonden immers wel degelijk een effect van de etnisch-culturele achtergrond van gezinnen op het gebruik van BSH. De moedertaal van het kind, de gezinstaal, en het geboorteland van de grootouders en van de biologische ouders verklaren verschillen in het gebruik van BSH en met name van BSH in de privésector. Het verschillend gebruik van (privé-)BSH bij leerlingen met of zonder migratiegeschiedenis heeft bovendien niet alleen te maken met een verschil in SES, maar is ook te wijten aan hun migratieachtergrond.

Gezien de vaststelling dat BSH sterk gericht is op de remediëring van leerproblemen en het versterken van de onderwijsloopbaan, en gegeven dat gesubsidieerde voorzieningen voor BSH een relatief kleiner aanbod lijken te vertonen specifiek voor schoolse ondersteuning, lijkt de ongelijke BSH-participatie een mechanisme te kunnen vormen dat ongelijke onderwijskansen versterkt. Leerlingen uit meer kansrijke milieus, lijken dus ook meer toegang te hebben tot bijkomende ondersteuning, wat de kansrijke aard van hun ontwikkeling nog zou kunnen versterken.

Beleidsaanbevelingen

Het geheel van bevindingen in het huidige onderzoeksproject duidt erop dat BSH door de verschillende actoren gepercipieerd wordt als een breed gedeeld proces dat voor een relatief grote groep leerlingen en hun ouders een zinvol deel uitmaakt van het vormgeven aan schoolloopbanen. Zo lijken heel wat ouders en schoolpersoneelsleden BSH een bijna vanzelfsprekende manier te vinden om het welbevinden en de schoolloopbaan van kinderen te ondersteunen. Hierbij wijzen de bevindingen op BSH als een proces van toegenomen professionalisering en het ingeschreven worden in een klinisch traject van schoolse ondersteuning en/of opvoeding van kinderen. Daarenboven duidt de analyse op BSH als een proces dat in haar huidige organisatievorm ook het risico draagt mee een rol te spelen in de bestending van ongelijke onderwijskansen. Vanuit dit perspectief staat het beleid aangaande BSH dus voor belangrijke uitdagingen in het mee vorm geven aan een aanbod van hulpverlening en leerondersteuning in en buiten de schoolcontext met een brede toegankelijkheid en als ondersteuning van gelijke onderwijskansen. Hieronder zetten we de belangrijkste, mogelijk overkoepelende beleidsaanbevelingen op basis van de drie conceptuele kaders op een rij.

Ten eerste bevelen we aan om de complementaire werking van zorg op school en BSH te stimuleren. Het lijkt ons van belang om de zorgcapaciteit op school uit te breiden, zodat het zwaartepunt van ondersteuning bij problemen rond het schoolse leren zoveel als mogelijk bij de school ligt. We pleiten er met andere woorden voor om de leerondersteuning en het versterken van de onderwijsloopbaan bij de school te houden en dit eventueel via gespecialiseerde leerkrachten of ondersteunend personeel in de school. Met de invoering van het M-decreet zouden mogelijke personeelsverschuivingen aangewend kunnen worden om de gespecialiseerde expertise van het buitengewoon onderwijs via co-teaching in reguliere scholen in te brengen. Daarnaast bevelen we aan om voldoende aandacht te besteden aan leerondersteuning en differentiatie in lerarenopleidingen, alternatieve organisatievormen, enzovoort. Zo zouden de schoolse problematieken binnen de schoolcontext aangepakt kunnen worden, terwijl de BSH voorbehouden blijft voor diagnosestelling en begeleiding bij niet-schoolse of meer complexe (schoolse)

problematieken. Op die manier zou verhinderd kunnen worden dat de ervaren nood bij ouders aan het bevorderen van schoolse prestaties wordt ingeschreven in een klinisch traject.

Ten tweede adviseren we om het idee van het zorgcontinuüm en met name de plaats van gespecialiseerde hulp (zoals hulp van CLB en vooral van BSH) te herbekijken. De huidige bevindingen wijzen er immers op dat er best flexibel omgegaan wordt met het zorgcontinuüm. Afhankelijk van de aard en complexiteit van de problematiek en de ervaren noden bij alle betrokkenen kan men bepaalde fasen in de zorg immers versneld doorlopen of parallel op verschillende niveaus werken. Zo kan men naargelang de specifieke problematiek gespecialiseerde hulp inschakelen die parallel loopt met een zorgtraject op school. Deze complexiteit wordt best geïntegreerd in toekomstige conceptualisaties en uitwerkingen van het zorgcontinuüm. Hierbij is het evenwel van belang om op een multidisciplinair overleg tussen school en CLB (en eventueel BSH) en in samenspraak met de ouders de beslissing tot doorverwijzing te bespreken. Naar aanleiding van het streven naar gelijkheid in onderwijskansen is het weliswaar aan te bevelen om eerst alle mogelijkheden voor schoolinterne hulp en/of hulp door het CLB te overwegen en in het geval van noodzakelijke doorverwijzing de meest toegankelijke vormen van BSH te adviseren. Afspraken omtrent de doorverwijzing naar en samenwerking met BSH worden best vastgelegd in het beleidscontract of –plan tussen school en CLB.

Ten derde is het naar aanleiding van de bevindingen in het kader van gelijke onderwijskansen noodzakelijk om (de informatie over) het aanbod van hulpverlening en leerondersteuning in en buiten de schoolcontext toegankelijker te maken voor leerlingen uit kansengroepen. Hiervoor zien we verschillende mogelijkheden. Allereerst zou het voorzien van voldoende remediërende of begeleidende hulp binnen de school en het CLB (bijvoorbeeld expertise in de school in de vorm van co-teaching of naar analogie van het buitengewoon onderwijs ; verlengde instructie op school voor iedereen die hier behoefte aan heeft; gerichte vakinhoudelijke remediëring of ondersteuning bij het leerproces), het organiseren van huiswerkbegeleiding (eventueel met vrijwilligers, zoals leerkrachten op pensioen, of oudere leerlingen op school) of het stimuleren van een Brede School ook de gelijke onderwijskansen kunnen bevorderen. De school en het CLB spelen eveneens een belangrijke rol in het beter verspreiden en toegankelijker maken van informatie over mogelijke vormen van BSH en mogelijkheden voor terugbetaling. Een duidelijker, transparanter aanbod van BSH zou overigens niet alleen kansarme, maar alle ouders ten goede komen. Dergelijke initiatieven om de toegang tot BSH voor maatschappelijk kwetsbare groepen te vergemakkelijken worden best vastgelegd in het beleidscontract of –plan tussen school en CLB. Daarnaast zou het bekendmaken van BSH via persoonlijke contacten of organisaties die dicht bij de betrokkenen staan, tegemoet kunnen komen aan mogelijke misvattingen over BSH van mensen uit kansengroepen, zoals de opvatting dat kosteloze BSH niet bestaat. Om BSH toegankelijker te maken voor kansarme leerlingen lijkt het ons bovendien zinvol om een systeem te voorzien waarbij (zelfstandige) buitenschoolse hulpverleners kosteloos werken voor bepaalde doelgroepen.

Ten slotte lijkt het op basis van de huidige bevindingen van belang om sterk in te zetten op de communicatie met ouders. Zowel de ouderbevraging als de focusgroepgesprekken wezen er immers op dat relatief veel ouders (snel) de stap naar BSH zetten, mogelijk zonder consultatie van de school of het CLB, en dat ouders relatief weinig betrokken worden op het overleg tussen school en BSH. Naar aanleiding van het belang dat schoolpersoneelsleden hechten aan de communicatie met ouders bevelen we aan om systematisch de ervaren noden van ouders te bevragen en het BSH-gebruik te inventariseren. Daarnaast is het aangewezen om in een multidisciplinair team te bespreken hoe men

tegenmoet kan komen aan deze noden en om ouders perspectief te bieden omtrent het aanbod van de school of het CLB. Omwille van het eigen initiatief van ouders lijkt het zinvol om de instanties voor BSH hierbij te betrekken en afspraken te maken over mogelijke terugverwijzing naar het schoolse aanbod. In het kader van de gelijke onderwijskansen is het overigens van belang om specifiek aandacht te besteden aan de communicatie met ouders uit kansengroepen en om eventueel te werken via persoonlijke contacten of organisaties die dichtbij de betrokkenen staan. Ten slotte is het aangewezen om in het zorgbeleid van de school aandacht te besteden aan de communicatie met ouders tijdens een BSH-traject en afspraken te maken over hoe frequent, op welke momenten in het traject en door wie ouders uitgenodigd worden op overlegmomenten tussen school en BSH. Dergelijke afspraken worden best afgestemd met de ouders zelf (bijvoorbeeld via de ouderraad van de school), zodat iedereen op dezelfde lijn zit met betrekking tot de wenselijke betrokkenheid van ouders bij afspraken tussen school en BSH.

Referentielijst

- Aluede, O., & Egbochuku, E. (2007). The influence of personal characteristics on secondary school teachers' beliefs about school guidance and counselling programs. *Education, 127*(3), 440-446.
- Aluede, O., Imonikhe, J., & Afen-Akpaïda, J. (2007). Towards a conceptual basis for understanding developmental guidance and counselling model. *Education, 128*, 189-201.
- Collignon, D., Hooge, E., de Leede, N., & Koeman, I. (2010). *Samenwerken rondom kinderen in pedagogische netwerken Hogeschool van Amsterdam*. Kenniscentrum Onderwijs en Opvoeding.
- De Haene, L., Rober, P., Adriaenssens, P., & Verschueren, K. (2012). Voices of dialogue and directivity in family therapy with refugees: Evolving ideas about dialogical refugee care. *Family Process, 51*(3), 391-404.
- De Haene, L., & Colpin, H. (2010). *Bevorderen van de onderwijskansen van kinderen uit kansarme milieus. Onderzoek naar het effect van het programma Instapje in Genk Noord (onderzoeksrapport)*. K.U. Leuven: Schoolpsychologie en Ontwikkelingspsychologie van Kind & Adolescent.
- Flores, G., & Vega, L.R. (1998). Barriers to health care access for Latino children: a review. *Family Medicine, 30*, 196-205.
- Fowler, N. (1998). Providing primary health care to immigrants and refugees: the North Hamilton experience. *Canadian Medical Association 159*(4), 388-391.
- Groenez, S., Van den Brande I., & Nicaise, I. (2003). *Cijferboek sociale ongelijkheid in het Vlaamse onderwijs. Een verkennend onderzoek op de panelstudie van Belgische huishoudens*. Leuven: steunpunt LOA.
- Gysbers, N.C., Lapan, R.T., & Jones, B.A. (2000). School Board Policies for Guidance and Counseling: A Call to Action. *Professional School Counseling, 3*(5), 349-355.
- Hellinckx, W., & Ghesquière, P. (1999). *Als leren pijn doet... Opvoeden van kinderen met een leerstoornis*. Leuven/Amersfoort: Acco.
- Hindman, A. H., Skibbe, L. E., Miller, A., & Zimmerman, M. (2010). Ecological contexts and early learning: Contributions of child, family, and classroom factors during Head Start, to literacy and mathematics growth through first grade. *Early Childhood Research Quarterly, 25*, 235-250.
- Hirtt, N., Nicaise, I., & De Zutter, D. (2007). *De school van de ongelijkheid*. Berchem: EPO.
- Jacobs, K., & Struyf, E. (2010). Socio-emotionele geïntegreerde leerlingenbegeleiding op school: de constructvaliditeit en betrouwbaarheid van de SEG vragenlijst. *Pedagogische Studiën, 87*(6), 394-411.
- Kinderrechtencommissariaat (2011). *(In)druk. Gedragsstoornis of niet? Het kind achter het label*. Kinderrechtencommissariaat.

- Kleijnen, R. (2001). *Remediaal handelen: een specialisme tussen wetenschap en praktijk*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- McMiller, W.P., & Weisz, J.R. (1996). Help-seeking preceding mental health clinic intake among African-American, Latino, and Caucasian youths. *Journal of American Academic Child and Adolescents Psychiatry*, 35, 1086–1094.
- Pameijer, N., & van Beukering, T. (2006). *Handelingsgericht werken: een handreiking voor de interne begeleider*. Den Haag: Acco.
- Pameijer, N., van Beukering, T., de Lange, S., Schulpen, Y., & Van de Veire, H. (2010). *Handelingsgericht werken in de klas. De leerkracht doet ertoe*. Leuven: Acco.
- Pameijer, N., van Beukering, T., Schulpen, Y., & Van de Veire, H. (2007). *Handelingsgericht werken op school. Samen met leerkracht, ouders en kind aan de slag*. Leuven: Acco.
- Rauws, G. (2011). *Zorg op school*. Presentatie in het kader van kijkstage onderwijs - schoolpsychologie. KU Leuven, Leuven.
- Saeys, A. (2005). Het medische essentialisme in de klinische psychodiagnostiek. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 35(4), 253-259.
- Struyf, E., Verschueren, K., Verachtert, P., & Adriaensens, S. (2012). *Zorgbeleid in het gewoon basisonderwijs en secundair onderwijs in Vlaanderen: kenmerken, predictoren en samenhang met taakopvatting en handelingsbekwaamheid van leerkrachten*. Eindrapport OBPWO 09.05.
- Vega, W.A., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, S., & Catalano, R. (1999). Gaps in service utilization by Mexican Americans with mental health problems. *American Journal of Psychiatry*, 156, 928–934.
- Vermaut, H., Leens, R., De Rick, K., & Depreeuw E. (2009). *Het CLB-decreet: tussen wens en realisatie. Evaluatie 8 jaar na de invoering van het CLB-decreet*. Eindrapport OBPWO 05.01.
- Verschueren, K., & Jonniaux, S. (2015). Centra voor leerlingenbegeleiding: Op de brug tussen onderwijs en welzijn. In Maes, B., & Vanderfaeillie, J. (Red.), *Handboek Jeugdhulpverlening. Deel 2: Nieuwe ontwikkelingen in het zorgveld*. Leuven / Den Haag: Acco.
- Victoir, A., Driesmans, L., Casier, P., & Ameloot, T. (2011). *Visietekst. Schoolondersteuning*. VCLB vormingscentrum.