



Eindrapport OBPWO 13.01 (december 2016)

Toeleiding naar het zorgaanbod. Een onderzoek naar bestaande praktijken en verklarende factoren op kind-, gezins- en schoolniveau in het gewoon en buitengewoon onderwijs in Vlaanderen.

Beleidssamenvatting

Promotor-coördinator:

Elke Struyf

Onderzoeksmedewerkers:

Kathleen Bodvin

Karen Jacobs

Beleidssamenvatting

Zowel nationaal als internationaal onderzoek duidt op het belang van een efficiënt zorgbeleid voor onder andere het leerproces (Aluede & Egbochuku, 2007), de ontwikkeling en het gedrag van leerlingen en diens attitude ten aanzien van de school (Gysbers, Lapan, & Jones, 2000). Bij een dergelijk zorgbeleid nemen scholen maatregelen om tegemoet te komen aan de specifieke onderwijs- en opvoedingsbehoeften van leerlingen in het algemeen en van risicoleerlingen in het bijzonder.

De Vlaamse overheid bevordert een kwaliteitsvol zorgbeleid door middel van verschillende beleidsinitiatieven die basis- en secundaire scholen stimuleren om hun zorgbeleid uit te bouwen. Diverse beleidsinitiatieven kaderen ook in de internationale beweging naar inclusief onderwijs (OECD, 2005). Hier wordt het idee nagestreefd dat elk kind recht heeft op inclusief en kwaliteitsvol onderwijs dat tegemoet komt aan de specifieke onderwijsbehoeften van de leerling (OECD, 2005).

Hoewel de aandacht voor zorg op school de laatste jaren in een stroomversnelling is gekomen, zijn er aanwijzingen dat scholen en leerkrachten vandaag de dag hun handelen (nog) niet altijd voldoende afstemmen op de specifieke onderwijs- en opvoedingsbehoeften van alle leerlingen binnen het gewoon onderwijs (GeO). Zo hebben beleidsinitiatieven tot op heden niet geleid tot een afname van de individuele hulp of zorg buiten de school voor GeO. In sommige scholen blijkt zelfs tot 30% van de leerlingen in behandeling bij een externe hulpverlener (Van Damme, 2006). Op basis van recent onderzoek naar buitenschoolse hulp (BSH) (Verschuere, Struyf, De Haene, Bodvin, Vervoort, van der Elst, & Teppers, 2015) wordt dit aantal geschat op 1 op 6 leerlingen die in één schooljaar BSH kregen; ingeschat over twee schooljaren gaat het over 1 op 4 leerlingen. Cijfers wijzen bovendien op een toenemend gebruik van BSH, in het bijzonder logopedische hulp, in de periode 1998-2013. Daarnaast loopt een groot aantal leerlingen school in het BuO (Ministerie van Onderwijs en Vorming, 2012), waardoor België koploper is in vergelijking met andere Europese landen wat betreft het aantal leerlingen dat gesegegreerd onderwijs volgt (European Agency for Development in Special Needs Education, 2010). Onderzoek stelt ook dat sommige groepen leerlingen meer kans hebben om door verwezen te worden naar het BSH dan wel naar BuO, wat kan duiden op sociale ongelijkheid in de toeleiding naar zorg (TnZ).

Huidig onderzoeksproject heeft als doel bestaande praktijken inzake TnZ in kaart te brengen deze te verklaren aan de hand van predictoren op kind-, gezins-, en schoolniveau en de (gepercipieerde) effecten en de wenselijkheid ervan na te gaan. Hiervoor hanteren we drie conceptuele kaders, waarbij we ons afvragen of het zorgbeleid van scholen, de algemene maatschappelijke tendens tot medicalisering en problematisering van niet-normatieve ontwikkeling, en sociale ongelijkheid samenhangen met de TnZ. Vooraleer de conceptuele kaders verder toe te lichten, gaan we in op de definitie van TnZ, zoals we die in het huidige onderzoeksproject gehanteerd hebben.

1. Definitie toeleiding naar zorg

Toeleiding naar zorg (TnZ) is een breed koepelbegrip. In het kader van dit onderzoek verstaan we onder 'TnZ' het proces vanaf het moment waarop een leerling of de school met een zorgvraag (voor het eerst of opnieuw) in beeld komt, tot het moment waarop passende extra zorg wordt geboden. Met 'extra zorg' bedoelen we alle extra initiatieven die leerlingen ondersteunen in hun ontwikkeling (zowel op vlak van leren, als op vlak van welbevinden en sociale omgang). Regulier onderwijs geboden aan alle leerlingen door de leerkracht in de klas en de brede basiszorg op school worden in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

We onderscheiden verschillende vormen van extra zorg waarnaar een leerling toegeleid kan worden: extra zorg op school geboden door de leraar, of een lid van het zorgteam (al dan niet met extra ondersteuning vanuit het Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB) of vanuit het BuO, zoals een GON of ION begeleider); extra zorg buiten de school door een dienst, organisatie of persoon die niet verbonden is aan de school (BSH, zoals gegeven door een logopedist of psycholoog); de overstap naar een andere school voor GeO en de overstap naar een school voor BuO.

2. Conceptuele kaders

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

2.1. Geïntegreerde zorg op school

Het belang van *geïntegreerde zorg* in scholen wordt steeds meer benadrukt in onderwijskundige en schoolpsychologische literatuur (Galassi & Akos, 2004). 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-Akpaïda, 2007). 'Zorg aan leerlingen' krijgt dan de betekenis van 'het geheel van in het curriculum opgenomen activiteiten gericht op het stimuleren van de ontwikkeling van alle leerlingen' (Best, Lang, Lodge, & Watkins, 1995; Bouverne-De Bie & Verschelden, 1998).

Geïntegreerde zorg refereert aan een 'whole-school approach', waarbij de school enkele cruciale kenmerken met betrekking tot zorg vertoont: (1) een duidelijke zorgvisie, (2) de ondersteunende rol van de directie, (3) ondersteunende structuren en procedures binnen de school, (4) schoolinterne samenwerking, (5) samenwerking met ouders, (6) samenwerking met externen (in de Vlaamse onderwijscontext bijvoorbeeld het CLB, buitenschoolse hulpverleners, BuO, 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 en het BuO.

Geïntegreerde zorg kan mede vorm krijgen door het gebruik van het zorg- of ondersteuningscontinuüm, waarin leraren een essentiële rol spelen in de brede basiszorg gericht aan alle leerlingen en zich laten bijstaan door meer gespecialiseerde hulpverleners wanneer leerlingen kampen met complexe problemen waardoor ze meer individueel aangepaste en gespecialiseerde zorg nodig hebben (Kleijnen, 2001; Pameijer et al., 2007). Het zorgcontinuüm dat in Vlaanderen opgang maakt beschrijft vier fasen in zorgverlening: een brede basiszorg (fase 0), een fase van verhoogde zorg (fase 1), een fase van uitbreiding van zorg (fase 2) en tot slot een individueel aangepast curriculum (fase 3) (zie Pameijer, Van Beukering, De Lange, Schulpen, & Van de Veire, 2010; Prodiagnostiek, 2015). Enkel indien de basiszorg niet voldoende is, wordt in verdere fases meer en meer gespecialiseerde zorg geboden, zowel schoolintern (door het zorgteam) als schoolextern. Leerlingen worden dan ook pas verwezen naar buitenschoolse hulp (BSH) of het buitengewoon onderwijs (BuO) wanneer de ondersteuningsmogelijkheden binnen de reguliere schoolwerking ten volle zijn benut en onvoldoende effectief blijken (Pameijer, Van Beukering, Schulpen, & Van de Veire, 2007).

Scholen zijn vrij om hun zorgbeleid naar hun aanvoelen en goeddunken uit te werken (Bouverne-De Bie & Vettenburg, 1993). Verwacht wordt dat de nood aan doorverwijzing naar het BSH en BuO vermindert naarmate het zorgbeleid beter is uitgewerkt.

2.2. Medicalisering en standaardisering van hulpverlening

Het toeleidingsproces naar zorg 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 binnen de gewone of buitengewone school, GON of ION-begeleiding, en (terugbetaling van) BSH. 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 schoolinterne en –externe gespecialiseerde hulp door leerlingen. In huidig onderzoek vragen we ons af in welke mate deze mechanismen een rol spelen in een TnZ.

2.3. Gelijke onderwijskansen

Ten slotte roept het maatschappelijk perspectief op ongelijke onderwijskansen vragen op bij toeleidingsprocessen naar zorg. 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 extra zorg. Extra zorg 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 of toegang tot) hulp. Bijgevolg vragen we ons af in welke mate dergelijke kind- en gezinskenmerken een rol spelen bij een TnZ.

3. Doel en methode

Doel van dit onderzoeksproject is om, gegeven de huidige context, de bestaande praktijken inzake TnZ in kaart te brengen en te verklaren aan de hand van factoren op kind-, gezins-, school-, en breder maatschappelijk niveau. We vragen ons meer bepaald af of de algemene maatschappelijke tendens tot medicalisering en problematisering van niet-normatieve ontwikkeling, de wijze waarop zorg op school vorm krijgt, en specifieke kind- en gezinskenmerken samenhangen met de manier van TnZ. De wenselijkheid van deze praktijken wordt ook onderzocht.

Om hieraan tegemoet te komen hanteerden we zowel kwantitatieve als kwalitatieve benaderingen, vormgegeven in drie fasen: het focusgroep onderzoek (fase 1), het surveyonderzoek (fase 2) en het casestudie onderzoek (fase 3).

De eerste fase betrof een *kwalitatieve benadering* en omvatte meer concreet de organisatie van vijf focusgroep gesprekken met telkens een aantal zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers. Vier focusgroepen bestonden uit deelnemers werkzaam in het GeO: één focusgroep met deelnemers werkzaam in het gewoon kleuteronderwijs, één focusgroep met deelnemers werkzaam in het gewoon lager onderwijs en twee focusgroepen met deelnemers werkzaam in het gewoon secundair onderwijs. De ene groep van het gewoon secundair onderwijs bestond uit deelnemers werkzaam in de middenschool en in onderwijsvormen ASO, TSO en/of KSO, de andere groep bestond uit deelnemers werkzaam in de middenschool en in onderwijsvormen KSO, TSO en/of BSO. Één focusgroep bestond uit deelnemers uit het buitengewoon basis- en secundair onderwijs (BuO). De focusgroepen vonden plaats in Leuven, Antwerpen of Gent. Alle focusgroep gesprekken kenden een gestandaardiseerd verloop, werden opgenomen met een camera en dictafoon, uitgetypt en thematisch geanalyseerd.

De tweede fase betrof het *kwantitatieve onderzoek* en bestond uit een surveyonderzoek bij ouders, zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers uit gewone en buitengewone basis- en secundair

scholen. Aan het surveyonderzoek werkten uiteindelijk 105 scholen BaO en 60 scholen SO uit het GeO mee en 37 scholen BuBaO en 28 BuSO scholen. Wat het BaO uit het GeO betreft, ontvingen we 92 vragenlijsten (88.6%) ingevuld door zorgverantwoordelijken, 77 vragenlijsten (69.5%) ingevuld door een betrokken CLB-medewerker en 2245 vragenlijsten (of 9.10%) ingevuld door ouders uit deze scholen. Wat het SO uit het GeO betreft, vulden 40 zorgverantwoordelijken (91.7%), 30 CLB-medewerkers (51.7%) en 1736 ouders (8.14%) een vragenlijst in. Wat het buitengewoon BaO betreft gaat het om 37 vragenlijsten (94.6%) ingevuld door de zorgverantwoordelijken, 31 vragenlijsten (81.1%) ingevuld door een betrokken CLB-medewerker en 1096 ouders (16.51%). Wat het buitengewoon SO betreft gaat het om 28 zorgverantwoordelijken (96.4%), 20 CLB-medewerkers (60.7%) en 174 ouders (4.04%).

We onderzochten de representativiteit van de deelnemende scholen en hun respondenten om na te gaan of we op basis van onze verzamelde data generaliseerbare uitspraken kunnen doen.

Uit de representativiteitsanalyse blijkt dat de steekproeven van scholen die deelnamen aan het onderzoek op verschillende vlakken (nagenoeg) representatief zijn voor de verschillende populaties, met name qua onderwijsniveau, onderwijsnet, onderwijsvorm of opleidingsvorm (SO), onderwijstype (BuO), spreiding over de provincies, graad van verstedelijking en schoolgrootte. Enkel op vlak van onderwijsnet zien we in de steekproef van het gewoon SO een te sterke vertegenwoordiging van het VGO. Verder werd ook op basis van een driedeling in aantal leerlingen die scoren op de verschillende GOK indicatoren de representativiteit van de deelnemende scholen onderzocht. Hierbij bemerken we toch enigszins een geringere deelname van scholen uit het GeO met een relatief groot aantal leerlingen die scoren op de indicatoren "opleidingsniveau van de moeder" (BaO), "thuistaal" (SO) en "buurt" (BaO en SO). Dit wordt vooral in het basisonderwijs gecompenseerd door een relatief groter aantal scholen met een middelmatig aantal GOK leerlingen. In het BuO zijn er geen significante verschillen tussen de populatie en deelnemende type 1 en/of type 3 scholen op vlak van GOK indicatoren.

Wat betreft de respondentenkenmerken die we konden vergelijken met wat we zouden kunnen verwachten op basis van de kenmerken van de deelnemende scholen, vonden we toch een aantal opvallendheden. Zo bemerken we, vooral in het BuO, een oververtegenwoordiging van ouders die een vragenlijst invulden voor een leerling van het lager onderwijs. Verder valt binnen het gewoon secundair onderwijs een ietwat groter aantal leerlingen KSO op, voornamelijk ten koste van leerlingen BSO, dan we zouden verwachten op basis van de leerlingenaantallen van de deelnemende scholen. Tot slot is er in het GeO toch ook enigszins een ondervertegenwoordiging van risicogroepen op basis van een vergelijking wat betreft verschillende gelijke kansenindicatoren. Toch dienen we deze conclusies met enige voorzichtigheid te benaderen; de gelijke kansenindicatoren, en dan vooral de indicatoren opleidingsniveau moeder en thuistaal, werden immers op een iets andere wijze gemeten in onze oudervragenlijsten dan in de informatie verkregen via ond.vlaanderen.be.

De derde fase betrof opnieuw een *kwalitatieve benadering*, namelijk een casestudie onderzoek. We bestudeerden 8 cases uit 6 scholen (2 scholen BaO en 4 scholen SO). Per case werden semi-structureerde interviews gevoerd met schoolactoren (zorgverantwoordelijken, leerkrachten en CLB-medewerkers) en het gezin (ouder en leerling zelf). Indien mogelijk werd ook het schooldossier bekeken en werd er een observatie uitgevoerd van een gesprek op school over de zorg voor de betreffende leerling. Voor de analyse volgden we de multiple-case study procedure van Yin (2013).

4. Resultaten

Deze beleidssamenvatting beperkt zich tot de **belangrijkste conclusies** per onderzoeksvraag. Voor een uitgebreide bespreking van de resultaten per onderzoeksfase verwijzen we naar hoofdstuk 4 (focusgroeponderzoek), hoofdstuk 5 (vragenlijstonderzoek) en hoofdstuk 6 (casestudie onderzoek) in het eindrapport. Een meer uitgebreide bespreking per onderzoeksvraag staat in hoofdstuk 7.

4.1. Onderzoeksvraag 1: Het verloop van de TnZ

We gaan in op de omvang en aard van de TnZ, motieven en problematieken die aan de basis liggen van een TnZ, het zorgaanbod in het GeO, de betrokkenen in een TnZ, en moeilijkheden en suggesties ter verbetering van een TnZ.

Volgens ouders ervaart 1 op 3 leerlingen een probleem; zowel volgens ouders, als volgens zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers wordt voor **1 op 4 leerlingen** een toeleiding naar zorg opgestart. Dit cijfer komt overeen met recent onderzoek in Nederland naar zorgleerlingen in het basisonderwijs. Het gaat vaak om een **combinatie van meerdere vormen van (toeleiding naar) extra zorg**, waarvan de meest voorkomende zijn: extra zorg geboden door een leerkracht(en), extra zorg geboden door een ZV, BSH en extra zorg geboden door het CLB, wat vraagt om een goede communicatie, informatiedoorstroming en afstemming.

Uit de casusbesprekingen in de focusgroep blijkt dat de voornaamste **reden** voor een TnZ zich situeert bij (een **problematiek bij**) **de leerling**, al dan niet in combinatie met motieven die zich situeren op niveau van de school, zoals de draagkracht van de school of de aantrekkingskracht van het BuO. 'Ervoor zorgen dat de leerling zich beter voelt', of het **welbevinden** van de leerling komt uit de vragenlijst als belangrijkste reden naar voor. Wanneer geen TnZ wordt opgestart ondanks een ervaren probleem (wat zo is voor 17% van de leerlingen), ligt dit volgens ouders doorgaans aan het feit dat het probleem niet zo erg is, of nog niet duidelijk is welke extra zorg nodig is. Volgens zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers wordt voor ongeveer **8% van de leerlingen geen gepaste zorg** gevonden, omwille van wachtlijsten, bezwaren van ouders, of een te grote financiële belasting voor het gezin.

Scholen verschillen van elkaar wat betreft het zorgaanbod dat ze voorzien voor zorgleerlingen, maar deelnemers aan de focusgroepen ervaren op dit vlak positieve evoluties. Zowel zorgverantwoordelijken als CLB-medewerkers geven aan dat TnZ doorgaans verloopt volgens de fasen van het **zorgcontinuüm**. Uit de besproken casussen in de focusgroepen en het casestudieonderzoek blijkt dit vooral zo te zijn in het BaO en minder in het SO. In de casussen van het SO vinden we ook minder elementen terug die verwijzen naar een **handelingsgericht werken**. Vooral van het werken volgens een transactioneel referentiekader, van de rol van de leraar die ertoe doet en van constructieve samenwerking vinden we weinig sporen terug in alle bestudeerde casussen. Zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers zijn vertrouwd met deze beide kaders die ook in de regelgeving (M-decreet) zijn opgenomen, maar de realisatie ervan op de werkvloer is nog niet altijd zichtbaar. Opvallend is dat veel ouders aangaven dat naast zichzelf, vooral de klasleraar of klastitularis het probleem signaleren maar dat zij zelf wel vaak dienen aan te geven dat extra zorg nodig is.

De **rol van de ouders** in het toeleidingsproces komt in dit onderzoek als rode draad doorheen meerdere onderzoeksvragen aan bod. Enerzijds wordt de meerwaarde van het betrekken van ouders in het toeleidingsproces sterk erkend. Anderzijds blijkt de effectieve realisatie van ouderbetrokkenheid in toeleidingsprocessen beperkt en moeilijk te realiseren. Ouders geven zelf aan dat ze meer inspraak wensen in (de voorbereiding van) beslissingen rond TnZ. **Leerlingen** worden maar **weinig betrokken** in het toeleidingsproces. De wijze waarop de **zorgverantwoordelijken en CLB-medewerker** betrokken zijn in het toeleidingsproces verschilt sterk van school tot school; ook de invulling van hun rol is erg verschillend en hangt af van de beschikbaarheid, vertrouwdheid, competenties van de persoon en de concrete samenwerkingsrelatie. Over de **rol van de leraar** vinden we **tegenstrijdige bevindingen**: enerzijds wordt deze beschouwd als een cruciale actor in de toeleiding naar zorg en het verlenen van extra zorg voor zorgleerlingen, anderzijds blijkt dat ouders niet altijd op de hoogte zijn van zorgmaatregelen genomen door de leraar in de klas en dat ook leraren vinden dat ze onvoldoende geïnformeerd worden over de onderwijsbehoeften van leerlingen om adequate begeleiding te kunnen voorzien.

Als belangrijkste moeilijkheden in de toeleidingsprocessen worden aangehaald: **moeilijkheden in de communicatie en informatiedoorstroming** tijdens en na het toeleidingsproces.

4.2. Onderzoeksvraag 2: Predictoren van TnZ op niveau van de school

De tweede onderzoeksvraag luidt: Welke schoolkenmerken kunnen verschillen in de wijze waarop TnZ verloopt verklaren? We onderzochten verbanden tussen TnZ en de schoolkenmerken (1) 'Zorg op school', (2) 'Zorgstructuren en procedures' (3) professionalisering op vlak van zorg, (4) communicatie tussen ouders en school en (tevredenheid over) de samenwerking tussen school en ouders, (5) samenwerking met CLB en (6) het schoolklimaat (gemeenschapsgericht/prestatiegericht).

Wanneer de school **meer inzet op** het verlenen van extra **zorg aan leerlingen**, uit zich dit in meer TnZ en meer betrokkenheid van schoolactoren (leerkrachten en zorgverantwoordelijken); ouders zijn ook meer van mening dat de extra zorg tegemoet kwam aan het probleem van hun kind, het kind zich beter voelt, ze zelf beter weten wat ze kunnen doen om hun kind te helpen, en ze meer tevreden zijn over de TnZ en extra zorg die hun kind gekregen heeft. Wanneer zorg op school minder uitgebouwd is, neemt de kans op veranderen van school toe.

Een hoger inzetten op **professionalisering** lijkt een uiting te zijn van minder handelingsbekwaamheid van leraren en meer betrokkenheid van een ZV of GON/ION- begeleider in zorgtrajecten. Een sterk uitgebouwde **samenwerking met het CLB** leidt tot minder TnZ en minder zorg geboden door zorgverantwoordelijken. Beperkingen in schoolexterne zorgverlening (zoals het bestaan van wachtlijsten) en schoolinterne factoren (zoals draagkracht van de school) zijn ook minder een reden om niet tot gepaste zorg te komen.

Een **goede communicatie en samenwerking met ouders** zorgt voor het vlotter opstarten van een TnZ, een grotere betrokkenheid van meer actoren bij TnZ en meer tevredenheid bij ouders. Een goede communicatie tussen ouders en school voorspelt bovendien de ervaring dat de extra zorg

tegemoet komt aan het probleem en het gevoel dat ouders zelf beter weten wat ze kunnen doen om hun kind te helpen. Een grotere tevredenheid over de samenwerking met de school vergroot de kans dat duidelijk wordt wat met het kind aan de hand is, dat het kind ondersteund wordt door een GON-begeleider, dat het probleem door de extra zorg verbeterd is en het kind zich beter voelt.

Een **gemeenschapsgericht schoolklimaat** hangt samen met het opstarten van een TnZ, extra zorg geboden door leraren, extra zorg op school voorafgaand aan een andere TnZ, meer betrokkenheid van schoolpersoneelsleden bij een TnZ, meer succeservaringen, de inschatting van meer positieve effecten en meer positieve ervaringen met TnZ. Een **prestatiegericht schoolklimaat** hangt juist vooral samen met meer zorg buiten de schoolmuren en het ontlasten van de school, het hebben van een diagnose als voorwaarde voor zorg, minder betrokkenheid van de leerling en minder ingeschatte positieve effecten.

Daarnaast bestudeerden we verbanden tussen TnZ en **structurele schoolkenmerken** zoals: (1) schoolgrootte, (2) ligging van de school (in verstedelijkt of landelijk gebied) (3) onderwijsniveau en onderwijsvorm in het secundair onderwijs, (4) aantal toegekende GOK-uren en (5) onderwijsnet waartoe de school behoort. Structurele schoolkenmerken hangen maar weinig samen met het concrete zorgtraject van een leerling. We zien vooral verbanden met redenen om al dan niet een zorgtraject uit te werken en redenen waarom geen gepaste zorg gevonden wordt.

4.3. Onderzoeksvraag 3: Predictoren op het niveau van kind en gezin

De derde onderzoeksvraag peilt naar het effect van kind- en gezinsgerelateerde kenmerken op de TnZ. We bestudeerden verbanden tussen TnZ en de kindkenmerken geslacht, onderwijsniveau, onderwijsvorm SO en al dan niet een leerjaar gedubbeld hebben, TnZ en migratiegerelateerde kind- en gezinskenmerken (moedertaal kind, thuistaal gezin, geboorteland van ouders en grootouders), TnZ en SES-gerelateerde gezinskenmerken (opleidingsniveau en beroep van de ouders, het al dan niet ontvangen van een schooltoelage en gezinsinkomen), en TnZ en gezinssamenstelling (gezinsvorm en gezin dat instaat voor de opvoeding). Voor een volledig overzicht van alle verbanden verwijzen we naar het eindrapport (Hoofdstuk 5). In deze bijdragen beperken we ons tot de belangrijkste verbanden met betrekking tot een TnZ.

Wat **geslacht** betreft, worden er meer problemen gerapporteerd voor jongens, gaan deze problemen meer over het gestelde gedrag, en worden zowel de klasleraar en het CLB als een GON/ION-begeleider meer betrokken in de extra zorg.

Wat **onderwijsniveau** betreft, valt op dat er volgens ouders meer problemen gemeld worden in het SO, maar dat er net meer TnZ wordt opgestart in het BaO. Verder zijn meningen en ervaringen van ouders positiever wanneer hun kind in het BaO zit en schatten ze de gevolgen van de TnZ ook positiever in.

Het al dan niet gedubbeld hebben van een leerling, speelt ook een sterke rol in de TnZ. Het voorspelt bijvoorbeeld de reden voor TnZ 'om te voorkomen dat mijn kind van richting of school moet veranderen' en of het kind uiteindelijk overgaat naar een school voor BuO. Wanneer een kind reeds een jaar gedubbeld heeft worden oplossingen voor problemen sneller buiten de dagelijkse

werking van de school gezocht, zoals extra zorg geboden door een GON/ION-begeleider of veranderen van school.

Zowel **migratie-gerelateerde als SES-gerelateerde kenmerken** van de gezinsleden hebben een invloed op het al dan niet ervaren van problemen en het **opstarten van een TnZ**. Ouders zonder migratieachtergrond en ouders met een hoge SES rapporteren meer problemen en starten sneller een TnZ op dan gezinnen met een migratieachtergrond en/of een lage SES. Indien er extra zorg wordt opgestart, blijkt de **soort van extra zorg** te variëren naargelang migratieachtergrond en SES. Gezinnen zonder een migratieachtergrond, schakelen vaker GON in dan gezinnen met een migratieachtergrond. Naarmate het gezin een hogere SES heeft, ontvangt het kind vaker zorg binnen de schoolmuren. Kinderen binnen gezinnen met een lagere SES gaan daarentegen net vaker naar een andere school voor GeO of BuO. Naargelang de taal en SES van het gezin verschillen ook de **betrokkenen in de TnZ**. Bij leerlingen zonder migratieachtergrond en een hoger inkomen van de ouders, zijn er meer actoren actief betrokken in een TnZ. Ouders met een migratieachtergrond melden vaker **geen TnZ** op te starten omdat ze niet weten welke TnZ geschikt is of menen dat de nodige zorg niet beschikbaar is. Ouders met een lagere SES, wensen vaker geen extra zorg en wijzen op minder onenigheid over de TnZ.

4.4. Onderzoeksvraag 4: Rol van toeleidingsproces op algemene tevredenheid en functioneren van leerlingen

De vierde onderzoeksvraag peilt naar de rol van het toeleidingsproces naar zorg op de algemene tevredenheid van ouders, de gepercipieerde effecten van de TnZ op het functioneren van leerlingen, en gepercipieerde succesfactoren in de TnZ.

Ouders zijn over het algemeen eerder **tevreden** over de TnZ; toch geeft bijna één op vijf ouders uit het GeO en één op tien ouders uit het BuO aan niet tevreden te zijn, omdat de TnZ niet gelopen is zoals verwacht, niet duidelijk werd wat er met hun kind aan de hand is of ze zelf niet weten hoe ze hun kind kunnen helpen.

Zowel zorgverantwoordelijken als CLB-medewerkers uit het GeO schatten het **effect** van TnZ op het functioneren, de prestaties en het welbevinden van de leerling over het algemeen positief in. Vooral het effect van een overstap naar het BuO op het functioneren en welzijn van de leerling wordt zeer positief ingeschat voor bijna 90% van de leerlingen die deze overstap gemaakt heeft.

Zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers uit het GeO beoordelen gemiddeld 6 à 7 op 10 van de TnZ als een **succes**. Voor gemiddeld 1 op 6 leerlingen wordt de TnZ niet ervaren als een succes. Zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers uit het BuO beoordelen de overstap naar het BuO in 8 op 10 gevallen als een succes en in 1/10 gevallen niet als een succes. Verschillenden elementen dragen bij aan het al dan niet ervaren van de TnZ als een succes. Het gaat om elementen verbonden aan het proces enerzijds (zoals veel en open communicatie, een grondige probleemanalyse, het afspreken en voor ogen houden van duidelijke doelen, en een constructieve samenwerken tussen alle betrokkenen) en het bereikte resultaat (zoals een verhoogd welbevinden van de leerling) anderzijds.

4.5. Onderzoeksvraag 5: Samenwerking tussen GeO en BuO

De vijfde onderzoeksvraag peilt naar praktijken van samenwerking tussen scholen voor GeO en BuO. Meer concreet vroegen we ons af in welke mate en op welke manier scholen voor BuO op dit moment scholen voor GeO ondersteunen, welke drempels men hierbij ervaart en hoe de ideale samenwerking tussen het GeO en het BuO vorm eruit moet zien.

Er is doorgaans slechts in beperkte mate sprake van **informatieoverdracht** tussen het GeO en het BuO bij een **TnBuO** en er bestaan grote verschillen wat betreft de inhoud en uitgebreidheid (al dan niet over reeds gegeven extra zorg en ondersteuning), wijze waarop informatie wordt doorgegeven (via het gemotiveerd verslag of mondeling) en hoe hiervan gebruik wordt gemaakt en door wie (beschikbaar voor leraren of niet?).

Verder blijkt dat er geen of maar een geringe **samenwerking** is **tussen het GeO en het BuO**. De meest aangehaalde vorm van samenwerking betreft de samenwerking via GON. Samenwerking wordt bevorderd via het CLB en de scholengemeenschap of –groep, wanneer aan het CLB of de scholengemeenschap of –groep zowel scholen voor GeO als BuO verbonden zijn.

De belangrijkste drempel om de samenwerking meer vorm te geven, is tijdgebrek. Ook wordt de verschillende manier van werken en de verschillende ‘mentaliteit’ tussen beide types van onderwijs aangehaald.

Uit het focusgroep- en vragenlijstonderzoek met zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers uit GeO en BuO blijkt dat **meer structureel overleg en samenwerking tussen GeO en BuO** en er meer **expertiseoverdracht** van het BuO naar het GeO **gewenst en nodig** is.

5. Reflecties en beleidsaanbevelingen

In dit laatste deel bespreken we de meest opvallende bevindingen in het licht van de drie theoretische perspectieven die aan de basis lagen van de onderzoeksvragen in het huidige project: het perspectief van medicalisering en standaardisering van hulpverlening, het perspectief van geïntegreerde zorg op school, en het perspectief van gelijke onderwijskansen (zie supra). Dit doen we aan de hand van enkele concrete stellingen of vragen, koppelen hieraan reflecties en formuleren – waar zinvol – aanbevelingen voor het beleid en de praktijk met betrekking tot (de organisatie van) toeleiding naar zorg in en buiten de schoolcontext in Vlaanderen. Met de reflecties willen we het debat in Vlaanderen rond het uitbouwen van zorg op school voeden. Op het einde van de beleidsamenvatting ordenen we de aanbevelingen nog eens volgens groepen van stakeholders die met de aanbevelingen aan de slag kunnen gaan.

1. Eén op vier leerlingen uit het GeO in een zorgtraject: zorgwekkend of juist niet?

Een inschatting van het aantal leerlingen met een zorgtraject werd afgeleid uit de bevraging van *ouders enerzijds en zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers anderzijds*.

Volgens ouders heeft ongeveer **1 op 3 leerlingen in het GeO een probleem** met het leren (63%) of een sociaal-emotionele probleem (31%) (tijdens het huidige schooljaar of de vorige twee schooljaren). Voor ongeveer 8 op 10 van deze leerlingen, werd een toeleiding naar zorg opgestart. Dit komt neer op 25% van de totale steekproef leerlingen waarvoor ouders een vragenlijst hebben ingevuld. Conform hiermee werd volgens zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers uit het GeO **gemiddeld 1 op 4 leerlingen toegeleid naar extra zorg**. Deze toeleiding naar zorg omvat een zeer brede waaier aan mogelijkheden, van zowel schoolinterne als schoolexterne vormen van begeleiding (zie ook paragraaf 3). Heel wat ouders geven aan dat er sprake is van een **combinatie** van meerdere vormen van toeleiding naar extra zorg.

Het percentage leerlingen 'met een probleem' dat toegeleid wordt naar extra zorg, komt sterk overeen met de resultaten van Nederlands onderzoek waar *leraren* gevraagd werden een inschatting te maken van het aantal zorgleerlingen. Uit dit onderzoek blijkt dat leraren gemiddeld 25,2% van de leerlingen uit het primair onderwijs beschouwen als zorgleerling (Smeets et al., 2007). Een zorgleerling werd in het onderzoek van Smeets omschreven als een leerling: a) voor wie een individueel handelingsplan bestaat, en/of b) voor wie specifieke aanpak of extra hulp nodig is, en/of c) die een specifiek probleem of beperking heeft. In dit onderzoek werd net zoals in het onderzoek van Smeets et al. (2007) een **brede omschrijving van zorgleerling** gehanteerd, wat het hoge aantal leerlingen dat aan deze omschrijving voldoet, verklaart.

Andere data, waarbij een veel striktere **operationalisering** gehanteerd wordt, wijzen op een lager percentage. Cijfers van het European Agency for Development in Special Needs Education geven aan dat 6,73% van het totale aantal Vlaamse leerlingen als een leerling met specifieke onderwijsbehoeften kan worden beschouwd, waarbij dit cijfer verwijst naar leerlingen met een verslag dat toegang geeft tot het buitengewoon onderwijs (zie Country Data 2010 in Nesse, 2012). De praktijktest in het kader van Leerzorg (Lebeer et al., 2008) leverde ook cijfers aan over leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften. Uit deze praktijktest bleek dat 84,1% van de leerlingen uit het lager onderwijs en 89% van de leerlingen uit het secundair onderwijs werd ingeschaald in Leerzorgniveau I, wat betekent dat 'preventie, differentiatie en remediëring op school' volstaat. Respectievelijk 8,2% en 6,5% van de leerlingen werden ingeschaald in leerzorgniveau II. Dit betekent dat voor deze leerlingen 1) aantoonbaar blijkt dat met de preventieve zorg, het differentiëren en remediëren op leerzorgniveau I alleen, een onvoldoende adequaat antwoord kon of kan gegeven worden op de specifieke onderwijsbehoeften van leerlingen EN 2) er bijkomend nood is aan compenserende en/of dispenserende maatregelen om het gemeenschappelijk curriculum te volgen en/of aan het toevoegen van doelstellingen om de leerplandoelstellingen te bereiken. De inschaling werd gedaan door de CLB-medewerkers op basis van beschikbare informatie over de leerlingen (dossiergegevens en aantoonbare acties in de zorg). Belangrijk bij de interpretatie van deze cijfers, is dat diverse leerlingen die in het huidige onderzoek omschreven worden als een zorgleerling, met name deze die BSH ontvangen, in het kader van de praktijktest ingeschaald werden in leerzorgniveau I. Een recente

studie over het gebruik van BSH (Verschuieren et al., 2016) wijst uit dat naar schatting 1 op 6 leerlingen (of 17%) gebruik maakt van BSH binnen één schooljaar. Zorgverantwoordelijken en CLB medewerkers in deze studie schatten dat 20% van de leerlingen gebruik maakt van BSH.

Of het aantal zorgleerlingen de afgelopen jaren gestegen is, is niet met zekerheid te zeggen omdat de cijfers waarover we beschikken verwijzen naar andere groepen van leerlingen. Of het gegeven dat één op vier leerlingen met een zorgtraject als alarmerend moet worden beschouwd, hangt ons inziens af van wat onder 'zorgleerling' en 'het zorgtraject' verstaan wordt en hoe deze identificatie van leerlingen vervolgens ingrijpt op het klasgebeuren en de handelingsbekwaamheid van leraren. Vanuit het *perspectief van 'geïntegreerde zorg' op school*, kan dit cijfer wijzen op het (meer dan vroeger) oog hebben voor onderwijsbehoeften van leerlingen, als gevolg van de implementatie van het HGW-denken op de klas- en schoolvloer en het bieden van zorg volgens een zorgcontinuüm. Oog hebben voor specifieke onderwijsbehoeften van leerlingen is een belangrijke eerste stap opdat leraren hun onderwijsleeromgeving aanpassen of meer universeel ontwerpen. Zorgleerlingen zijn dan leerlingen die 'iets extra' nodig hebben. Problematisch wordt dit cijfer wanneer leraren menen dat veel van deze leerlingen niet meer geholpen kunnen worden in het gewoon onderwijs en dat ze – als gevolg van het medisch denken over beperkingen – normale variaties in ontwikkeling gaan zien als een probleem dat dient opgelost te worden **door specialisten**. Het feit dat uit ons onderzoek blijkt dat in veel zorgtrajecten ook de leraar en ZV op school betrokken is (zie ook paragraaf 3 en 6), doet ons vermoeden dat een heel aantal – zonet het grootste aantal – van deze leerlingen via verhoogde zorg in de klas geholpen worden. Exacte cijfers over waar in het zorgcontinuüm (fase 1, 2 of 3) deze zorgleerlingen zich bevinden, hebben we echter niet. Daarvoor is een eenduidige omschrijving van de verschillende zorgniveaus, met duidelijk te onderscheiden criteria, nodig. Maar dit concreet formuleren van wat juist onder elk zorgniveau verstaan wordt, is wellicht niet mogelijk. De invulling ervan in de praktijk zal namelijk verschillen naargelang de context en visie van de school, het zorgbeleid dat op school is uitgebouwd en de ervaring en competenties van leraren en is bovendien een dynamisch gegeven. Wat in de ene school geldt als 'basiszorg', zal in een andere school eerder vallen onder maatregelen in het kader van 'verhoogde zorg'. En maatregelen die op een gegeven moment beschikbaar gesteld worden 'voor enkele leerlingen' in het kader van verhoogde zorg (zoals het aanbieden van een leeswijzer of antwoordsleutels op een digitaal leerplatform), kunnen na verloop van tijd aangeboden worden 'aan alle leerlingen', en dus gesitueerd worden binnen de brede basiszorg.

Omdat onze onderzoeksresultaten eveneens uitwijzen dat bepaalde zorgtrajecten niet voor iedereen even toegankelijk zijn, waarbij vooral leerlingen van ouders met een lage SES (al dan niet in combinatie met een migratieachtergrond) niet altijd toegeleid worden naar extra zorg of minder kunnen genieten van bepaalde soorten van ondersteuning (zie ook paragraaf 9), kan er zelfs op wijzen dat het cijfer van 1/4 een onderschatting is van het effectieve aantal leerlingen dat gebaat is met een zorgtraject; uit de ouderbevraging blijkt ook dat 1 op 3 leerlingen kampt met een probleem en dat voor 17% van de deze leerlingen geen toeleiding naar zorg werd opgestart.

Volgens zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers kon tot slot voor respectievelijk 7% en 9% geen gepaste zorg gevonden worden. Als belangrijkste redenen verwijzen ze naar het bestaan van wachtlijsten, ouders die extra zorg niet nodig vinden of de financiële belasting die voor het gezin te groot is. Of dit cijfer van ongeveer 1 op 12 leerlingen waarvoor geen gepaste zorg gevonden wordt,

problematisch is, moet ook weer in samenhang bekeken worden met *wat* als gepaste zorg omschreven wordt, met de *redenen* voor het niet verlenen van deze zorg en wat de school eventueel ondernomen heeft om dit te *compenseren*. Bijvoorbeeld: Was de gepaste zorg een doorverwijzing naar BuO en zijn ouders niet op dit advies ingegaan? Of: Was de gepaste zorg een toeleiding naar BSH voor diagnosestelling, maar kon hier omwille van financiële situatie van het gezin niet op ingegaan worden? En hoe is de school hier dan mee omgegaan? Welke ondersteuning heeft de school vervolgens voor deze leerlingen voorzien?

Het is belangrijk om bij het vergelijken van cijfers oog te hebben voor de operationalisatie van wat juist bedoeld wordt met 'leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften' of 'zorgleerlingen'. In dit onderzoek hebben we geopteerd voor een brede definitie van zorgleerlingen, wat ook geleid heeft tot een hoog aantal leerlingen (1 op 4) waarvoor een zorgtraject wordt opgestart. Het lijkt ons dan ook zinvol om in de school het gesprek aan te gaan over wie deze 'zorgleerlingen' zijn en welke trajecten de school voor hen voorziet. In dit kader kan ook stilgestaan worden bij waarom er geen toeleiding naar zorg wordt opgestart voor bepaalde leerlingen. Bespreekbaar maken wat op school beschouwd wordt als brede basiszorg en waarom en welke aanpassingen zich situeren op niveau 'verhoogde zorg' en 'uitbreiding van zorg', zal de rol en verantwoordelijkheid van leraren in zorgtrajecten duidelijk maken. Hier gaan we later (zie paragraaf 6) nog uitgebreid op in.

2. Kijk voorbij de kindkenmerken, ook naar andere contextuele factoren

Een andere vaststelling uit dit onderzoek is dat bij het uittekenen van zorgtrajecten, er vooral gekeken wordt naar leerlingkenmerken. Zo situeren de deelnemers aan de focusgroepen doorgaans de voornaamste reden (of aanleiding) voor een TnZ bij een **problematiek bij de leerling**. Ook wat betreft het toepassen van de principes van HGW, vinden we op basis van de studie van zorgtrajecten in scholen indicaties dat scholen moeite hebben met het idee van het uitbouwen van zorg vanuit een transactioneel referentiekader. Dit gaat uit van een wisselwerking tussen (de ontwikkeling van) het kind en de (school en thuis-) omgeving. Eerder onderzoek wees eveneens uit dat schoolpersoneelsleden de aanleiding voor extra zorg bij de problematiek van de leerling leggen, en pas in tweede instantie verwijzen naar factoren in de context (Struyf et al., 2012). Het kijken naar kindkenmerken kunnen we verbinden met het **medisch denken** over een beperking of kijken naar een probleem ('*Wat heeft dit kind?*'), en kan natuurlijk een belangrijk element zijn in het vinden van gepaste zorg. Maar deze focus op 'het probleem van het kind' mag niet verhinderen dat een leraar inziet hoe hij/zij bepaalde barrières die verbonden zijn aan dit probleem kan wegwerken.

Norwich (2008) introduceerde het idee van '*dilemmas of difference*' in relatie tot het zoeken naar gepaste ondersteuning voor leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften. Enerzijds stelt hij dat het diagnosticeren van een leerling als verschillend het nemen van specifieke maatregelen of het gebruik van (zichtbare) extra hulpmiddelen kan verantwoorden om barrières in het leren weg te werken. Anderzijds wijst hij ook op de gevaren van diagnoses, bijvoorbeeld wanneer dit leidt tot sociale segregatie of het ontwikkelen van afhankelijk gedrag bij leerlingen (waarbij de diagnose bijvoorbeeld gehanteerd wordt als een excuus). Sommige diagnoses zijn volgens Norwich (2008) erg stigmatiserend en worden geassocieerd met verminderde toekomstperspectieven (zoals bepaalde

sociaal-emotionele, gedrag- of leerstoornissen), terwijl het verkrijgen van andere diagnoses (zoals dyslexie) juist actief wordt nagestreefd door scholen en ouders.

Op basis van informatie gedeeld tijdens de focusgroepen en de bestudeerde casussen blijken **diagnoses** inderdaad nog vaak een **voorwaarde** te zijn voor de wil om hulp te bieden en om deze hulp effectief mogelijk te maken; in het SO bijvoorbeeld werden er zonder diagnose geen sticordimaatregelen goedgekeurd door de klassenraad. Diagnoses zijn – zoals Norwich (2008) stelt – vaak een legitimering van de extra zorg voor leerlingen en fungeren als toegangsticket voor extra hulp of maatregelen. Volgens de deelnemers aan de focusgroepen zoeken sommige ouders om die reden ook actief naar een diagnose voor hun kind, wat soms al geleid heeft tot het stellen van een onterechte diagnose. Deelnemers benadrukten tegelijk dat ouders en leerlingen doorgaans geen diagnose wensen en ook geen gesegregeerd onderwijs willen volgen, omdat ouders en leerlingen niet ‘anders’ willen zijn.

Het voorzien van ‘gestandaardiseerde’ maatregelen past ook goed binnen het **perspectief van medicalisering en standaardisering van hulpverlening** en het kijken naar kindkenmerken. Het zorgt ervoor dat scholen in eerste instantie dezelfde maatregelen nemen bij eenzelfde leerlingproblematiek of bij gelijkaardige tekorten in schoolresultaten, eerder dan maatregelen af te stemmen op individuele onderwijsbehoeften van leerlingen. Op basis van het casestudie onderzoek stellen we vast dat vooral de betrokken secundaire scholen deze meer **gestandaardiseerde manieren van werken** voorop stellen als antwoord op het bieden van gepaste ondersteuning. Verder onderzoek moet uitwijzen of het werken volgens gestandaardiseerde procedures inderdaad meer voorkomt in het SO dan in het BaO. Eerder (grootschalig) onderzoek (Struyf et al., 2012) wees immers uit dat 70 tot 80% van de respondenten het noodzakelijk vinden om voor elke leerling een individuele aanpak uit te werken, in tegenstelling tot een gestandaardiseerde aanpak. Het feit dat vooral secundaire scholen hun toevlucht nemen tot een gestandaardiseerde aanpak, heeft wellicht te maken met de toenemende juridisering, die ook in het onderwijs voelbaar is. Scholen willen leerlingen zoveel mogelijk gelijk behandelen uit vrees voor rechtszaken of examenbetwistingen.

Leraren dienen ondersteund te worden om vanuit het kijken naar het kindkenmerk (of ‘*Wat heeft dit kind?*’) de omslag te maken naar ‘*Wat heeft dit kind nodig?*’ en te zoeken naar hun aandeel in het creëren van een (aan)gepaste leeromgeving voor het kind. We bevelen daarom aan om betrokkenen in zorg op school te ondersteunen in het beschrijven van problemen van leerlingen in termen van onderwijsbehoeften van leerlingen en hoe de (school-, klas- én gezins-) context van de leerling hieraan kan tegemoet komen. Een onderwijsbehoefte is datgene wat een leerling nodig heeft om in een schoolse context zichzelf op een positieve manier verder te ontwikkelen. Het gaat om behoeften op didactisch én pedagogisch gebied (Pameijer et al., 2010). Daarbij dienen leraren ook ondersteund te worden om na te gaan: ‘*Wat heb ik als leerkracht nodig om dit kind de ontwikkelingskansen te geven waar hij recht op heeft?*’ Het sociaal denken over zorg vanuit een transactioneel kader dient dus nog meer ingang te vinden in de opleiding en verdere professionalisering van alle betrokkenen. We gaan ervan uit dat het medisch denken over problemen zijn waarde kan hebben (zoals ook aangehaald door de participanten in het focusgroeponderzoek) omdat het de **oorzaak** van een probleem kan verhelderen. We benadrukken vooral dat betrokkenen voorbij het medisch model moeten denken en vanuit een **transactioneel referentiekader** moeten zoeken naar tegemoetkomingen voor individuele leerlingen en mogelijke **oplossingen** voor ervaren problemen.

We vermoeden dat vanuit een transactioneel denken (*'Wat heeft dit kind, in deze klas, met deze leraar, met deze medeleerlingen en met deze ouders nodig?'*) diagnoses en gestandaardiseerde zorgtrajecten een minder prominente rol zullen innemen in de TnZ.

3. Trajecten van zorg: In de klas/school of daarbuiten? In het gewoon of buitengewoon onderwijs?

Het idee van zorgverlening die gefaseerd verloopt, volgens de fasen van een **zorgcontinuüm (ZC)**, vinden we terug in diverse resultaten en past binnen het **perspectief van geïntegreerde zorg** op school. Zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers uit het GeO geven in de vragenlijst aan dat TnZ doorgaans volgens de fasen van het zorgcontinuüm (ZC) verloopt. Consistent hiermee geven ze aan dat ongeveer 8 op de 10 leerlingen binnen het GeO die werden toegeleid naar BSH of een andere school voorafgaand aan deze toeleiding eerst extra zorg binnen de school kregen; 6 op de 10 van deze leerlingen worden – wanneer ze toegeleid worden naar extra zorg – ook begeleid of opgevolgd door het CLB. Ook volgens de ouders met een kind in het BuO werd vòòr de overstap naar het BuO meestal extra zorg geboden binnen en/of buiten de school.

Met de invoering van het M-decreet worden scholen verplicht om te werken volgens een zorgcontinuüm en om redelijke aanpassingen door te voeren voor leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften. Het idee achter een continuüm van zorg waarbij een brede preventieve basiszorg voor iedereen geldt en verhoogde zorg, uitbreiding van zorg of een individueel aangepast curriculum voor een steeds kleinere groep van leerlingen van toepassing is, blijkt een **waardevol en werkbaar** concept. We krijgen echter ook nog indicaties dat de fasen van het ZC niet altijd doorlopen worden en dat het onderwijsaanbod in de klas niet altijd wordt aangepast aan zorgnoden van leerlingen. Zo duidde 11,5% van de ouders uit het BuO aan dat voorafgaand aan de overstap naar het BuO geen enkele vorm van extra ondersteuning aan hun kind geboden werd. Ook uit de focusgroepen en het casestudie onderzoek blijkt dat niet in alle besproken zorgtrajecten het ZC systematisch wordt doorlopen. Niet elke toeleiding naar schoolexterne hulp bijvoorbeeld wordt voorafgegaan door of gaat gepaard met schoolinterne hulp of het aanpassen van het onderwijsaanbod aan de noden van de leerling.

Eerder onderzoek naar BSH (Verschueren et al., 2015) bevestigde reeds dat sommige fasen van het ZC versneld of parallel met volgende fasen doorlopen kunnen worden. Gespecialiseerde hulpverlening hoeft niet noodzakelijk in een latere fase van het continuüm te starten, maar wel steeds vanuit een specifieke expertise, namelijk complementair aan die van de school. 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. De fasen van het ZC dienen dus niet altijd consecutief na elkaar doorlopen te worden. Desalniettemin is het belangrijk dat **eerst alle ondersteuningsmogelijkheden binnen de reguliere werking van de school worden geboden** vooraleer door te verwijzen naar zorg buiten de school (BSH) of een school op maat; en dit was niet altijd het geval. Schoolinterne zorg is immers voor alle gezinnen toegankelijk, terwijl schoolexterne zorg moeilijker te verwezenlijken is voor gezinnen met een lage SES of met een migratieachtergrond (zie ook paragraaf 9).

We bevelen dan ook aan om niet alleen CLB-medewerkers en zorgverantwoordelijken maar ook leraren vertrouwd te maken met het idee van het zorgcontinuüm en de principes van HGW. Dit kan via de initiële lerarenopleiding, professionele inservice trajecten en het hierover in gesprek gaan met leraren (zie ook supra, paragraaf 1). Ook kan er nog meer ingezet worden op samenwerking tussen de actoren om het werken volgens het ZC en het HGW in de praktijk nog meer ingang toe doen vinden.

De toeleiding naar zorg verwijst naar een **zeer brede waaier aan mogelijkheden**, van zowel schoolinterne als schoolexterne vormen. Het feit dat zowel de ouders, als de zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers GeO aanduiden dat het *in de eerste plaats* gaat om 'extra zorg op school door een leerkracht of meerdere leerkrachten' en 'extra zorg op school door een zorgleerkracht of leerlingenbegeleider' is een duidelijke indicatie dat veel van de extra ondersteuning aan leerlingen gegeven wordt **in de klas of op school**. De belangrijkste problematieken die aanleiding zijn voor een toeleiding naar extra zorg op school verleend door de zorgleraren of leerlingbegeleiders zijn naast schoolse problemen, problemen met het welzijn of gedrag van leerlingen. De belangrijkste problematieken die aanleiding zijn voor een toeleiding naar het CLB sluiten hierbij aan; bijkomend worden problemen met spijbelen en problemen in het gezin vaak vernoemd voor het inschakelen van het CLB.

Het feit dat vooral schoolactoren verwijzen naar het vinden van meer gepaste ondersteuning als belangrijkste reden voor het opstarten van een toeleiding naar zorg, strookt enerzijds met het idee van de toepassing van het zorgcontinuüm waar zorg op een hoger niveau gepaard gaat met meer en meer gespecialiseerde ondersteuning, doorgaans ook verleend door meerdere ondersteuners, maar kan er anderzijds ook op wijzen dat scholen (en bij uitbreiding leerkrachten) niet altijd vinden dat zij in de klas of op school de gepaste ondersteuning kunnen bieden en doorverwijzing naar **meer gespecialiseerde hulp** of een school op maat van de leerlingen aangewezen is.

Naast ondersteuning binnen de school wordt er dus ook vaak een beroep gedaan op **gespecialiseerde ondersteuning**, zoals buitenschoolse hulp (BSH) of ondersteuning geboden door een GON of ION begeleider. Bijna de helft van de ouders (48%) geeft aan dat hun kind in het lopende of de 2 voorgaande schooljaren extra ondersteund werd via BSH; zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers geven aan dat ongeveer 20% (18,5% respectievelijk 19,8%) van de leerlingen het afgelopen schooljaar BSH kreeg. Deze cijfers liggen in het verlengde van het onderzoek naar BSH (Verschueren et al., 2015) waaruit bleek dat naar schatting 1 op 6 leerlingen gebruik maakt van BSH in de loop van een schooljaar. De belangrijkste problematieken die aanleiding zijn voor een toeleiding naar BSH zijn problemen met de motoriek en problemen met de taalontwikkeling. Op basis van de oudervragenlijst blijkt dat 14% van de leerlingen ondersteund werd via GON (het lopende of de afgelopen 2 jaar); de inschattingen van zorgverantwoordelijken en CLB-medewerker liggen zeer dicht bij elkaar: respectievelijk 8,1 en 8,7% van de leerlingen ontving het afgelopen schooljaar GON ondersteuning.

Op basis van de oudervragenlijst leiden we af dat voor 0,6% van de leerlingen zal toegeleid worden naar een **school voor BuO**; zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers geven aan dat respectievelijk 2,1% en 3,9% van de leerlingen het afgelopen schooljaar zijn doorverwezen naar het

BuO. Doorheen de verschillende onderzoeksfases verzamelden we informatie die rechtstreeks of onrechtstreeks verwijzen naar gehanteerde criteria voor doorverwijzing naar het BuO:

- De belangrijkste reden voor een doorverwijzing naar het BuO is volgens zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers problemen met lage begaafdheid of ontwikkelingsachterstand, maar ook problemen met taalontwikkeling, houding bij leren en rekenen, problemen met de motoriek, sociaal-emotionele ontwikkeling op school en problemen met gedrag en sociale interacties vormen een aanleiding voor een doorverwijzing.
- Als doelen worden vooropgesteld: 'Ervoor zorgen dat het kind zich beter voelt' (zorgverantwoordelijken, CLB en ouders), 'Ervoor zorgen dat het kind beter mee kan op school' (ouders) en 'Het verbeteren van het gedrag van de leerling' (CLB).
- De aantrekkingskracht van het BuO speelt ook een rol (FG). Er wordt onder meer verwezen naar: de meer specifieke manier van werken, de grotere omkadering, meer experten, betere infrastructuur, kleinere klasgroepen, werken met ontwikkelingsdoelen i.p.v. eindtermen. Volgende redenen voor een TnBuO sluiten hierbij aan: gepast onderwijs en ondersteuning (zorgverantwoordelijken, CLB en ouders), extra begeleiding (ouders), omdat een school voor GeO gewoon niet langer mogelijk is (ouders) of omdat de draagkracht van de school voor GeO overschreden is (CLB en FG).
- Ook het ontlasten voor het gezin, zowel op financieel als organisatorisch vlak, speelt mee in een toeleiding naar het BuO (FG). Volgende bevindingen sluiten hierbij aan: In verstedelijkt gebied wordt het doorverwijzen van leerlingen naar het BuO mee bepaald door de situatie thuis (zorgverantwoordelijken). Verder wordt het veranderen naar een school voor BuO vaker aangegeven door ouders met een maandinkomen van minder dan €1000 en wanneer het kind niet in het gezin woont. Of de migratieachtergrond meespeelt, is niet duidelijk vast te stellen. Enerzijds is de ervaring dat wanneer het kind ouders heeft met een migratieachtergrond, er sneller doorverwezen wordt (FG), terwijl anderzijds volgens CLB-medewerkers de migratie-achtergrond van het gezin maar weinig invloed heeft op het doorverwijzen van een leerling naar het BuO.
- We vinden op basis van de vragenlijst voor ouders geen indicaties dat er meer jongens dan meisjes worden toegeleid naar het BuO, maar wel dat een overstap naar het BuO vaker overwogen wordt wanneer het kind reeds een jaar gedubbeld heeft.

Het is opvallend dat de aantrekkingskracht van het BuO en het ontlasten van het gezin belangrijke argumenten zijn die mee een toeleiding naar het BuO bepalen. Deze laatste bevinding kunnen we ook kaderen in het ***perspectief van gelijke onderwijskansen*** wanneer diverse schoolactoren een TnBuO beschouwen als een compensatie voor een moeilijke gezins- of thuissituatie. Verder zien we duidelijk sporen van een expert-leek model denken opduiken, wanneer de deelnemers (zowel uit het GeO als het BuO) de meer multidisciplinaire inzetbaarheid in het BuO benoemen als 'meer expertise' (in het omgaan met leerlingen met specifieke onderwijs- en opvoedingsbehoeften). Blijkbaar zien de participanten nog niet hoe zij de voordelen die zij toeschrijven aan het BuO ook in het GeO zouden kunnen realiseren.

Via gerichte professionaliseringsactiviteiten, expertisedeling en coaching (zie ook volgende paragraaf) dienen schoolactoren en CLB-medewerkers de voordelen van het BuO te realiseren in het GeO. Ook een alternatieve school- en klasorganisatie kan hiertoe bijdragen. We denken dan bijvoorbeeld aan andere en flexibele groepering van leerlingen of het voor bepaalde vakken of leergebieden inzetten van meer leraren in één klas. Scholen voor GeO kunnen ook gericht inzetten op het ontwikkelen van complementaire expertises bij leraren of het gericht aanwerven van leraren met een andere vooropleiding (zoals logopedisten, enz.)

4. Nieuwe rol voor het BuO: ondersteuning van leraren uit het GeO

Het *medisch denken* over zorg kan het idee versterken dat er **gespecialiseerde kennis** nodig is om tegemoet te komen aan bepaalde onderwijsbehoeften van leerlingen. Met oog op het behoud van meer leerlingen in het GeO en minder doorverwijzingen naar het BuO, lijkt het voor de hand om de expertise die is opgebouwd in het BuO te delen met leraren en zorgverantwoordelijken uit het GeO. Uit het focusgroep, vragenlijst en casestudie onderzoek bleek dat er ten tijde van de bevraging maar weinig sprake is van samenwerking tussen het GeO en het BuO.

De meeste contacten tussen het GeO en het BuO zijn er in het kader van een TnBuO. Dan is er zowel tijdens het beslissingsproces als na de eigenlijke beslissing sprake van **informatieoverdracht tussen beide onderwijstypes**. We stelden echter vast dat er niet alleen een grote variatie is tussen scholen voor GeO wat betreft de mate waarin informatie wordt doorgegeven aan het BuO, maar ook wat betreft de manier waarop dit gebeurt en het gebruik van deze informatie door het BuO. Sommige schoolpersoneelsleden van het BuO baseren zich enkel op informatie uit het verslag van het CLB, dat sterk kan verschillen in kwaliteit en dus bruikbaarheid, terwijl anderen contact opnemen met de vorige school. Nog anderen spreken hun contacten aan binnen hun CLB. Er bestaan ook verschillende opvattingen en praktijken omtrent wie de informatie moet ontvangen en gebruiken; het is bijvoorbeeld niet duidelijk of deze informatie ook toegankelijk moet zijn voor leraren uit het BuO. Welke informatie voor wie beschikbaar moet zijn in het kader van een effectieve en efficiënte ondersteuning van leerlingen, is iets waar we later nog op terugkomen (zie paragraaf 6).

De meest aangehaalde vorm van **samenwerking** tussen het GeO en het BuO betrof de samenwerking via GON en via het CLB in het geval dat aan het CLB-centrum zowel scholen voor GeO als voor BuO verbonden zijn.

Deelnemers aan de focusgroepen uit zowel het GeO als het BuO ervaren diverse drempels om de samenwerking concreet vorm te geven. Beide partijen willen vooral meer samenwerking waarbij er meer expertiseoverdracht gebeurt vanuit het BuO naar het GeO. Het BuO is volgens respondenten een grote bron van expertise die ook bruikbaar is in het GeO, en die nu veel te weinig benut wordt. In de open vragen in de vragenlijst formuleren zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers uit zowel het GeO als het BuO concrete voorbeelden van uitwisseling van expertise. Er wordt vooral gewezen op expertise die vanuit BuO naar het GeO kan vloeien, zoals: uitwisselen van methodieken, opstellen en uitwerken van individuele handelingsplannen en ondersteuning van leerlingen met specifieke beperkingen. Het BuO kan op zijn beurt van het GeO leren hoe te differentiëren in grote klassen. Deelnemers benadrukken daarbij dat het uitbouwen van meer samenwerking een meerwaarde moet

betekenen voor beide partijen en dat deze zodanig in de dagelijkse werking van zowel het GeO als het BuO moet ingebouwd worden opdat deze als laagdrempelig wordt ervaren en om continuïteit in de samenwerking te garanderen.

Hoewel er gepleit wordt voor meer samenwerking, blijkt dat op het moment van de dataverzameling diverse participanten het BuO nog eerder zien als een 'oplossing voor problemen' (met name het eindpunt van een TnZ), eerder dan als een 'raadgever bij (moeilijke) zorgtrajecten' of ondersteuner van (leraren uit) het GeO. Toch werden er enkele interessante (regionale) praktijken genoemd van hoe het BuO haar expertise reeds ten dienste stelt van het GeO (bv. waar scholen voor BuO vragen beantwoorden van scholen uit het GeO). Zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers uit het BuO doen verder nog enkele concrete suggesties om de samenwerking meer structureel vorm te geven: het oprichten van een overlegplatform, het opzetten van een vast communicatiekanaal of vast aanspreekpunt binnen de scholen, de organisatie van inleefdagen, coaching van elkaar en verplicht contact naar aanleiding van een doorverwijzing van het GeO naar het BuO en omgekeerd. Opvallend hier is dat opnieuw deze praktijken alle verwijzen naar een 'expert-leek-model' waarbij 'de expert' - het BuO - zijn expertise ten dienste stelt van 'de leek' - het GeO - of waarbij deze leek te rade gaat bij de expert. Naar expertisedeling vanuit een gelijkwaardigheidsmodel en ondersteuning of samen lesgeven op de klasvloer wordt (bijna) niet verwezen.

Verder bouwend op de bevindingen uit het onderzoek en de verschillende suggesties van de respondenten zelf, raden we aan om samenwerking tussen het GeO en het BuO ten eerste te stimuleren via de oprichting van regionale overlegplatformen. Gemengde scholengemeenschappen waar zowel scholen uit het GeO als uit het BuO deel van uitmaken – tot op heden gaat het om 30% van de scholengemeenschappen of -groepen – zijn hiervoor de ideale voedingsbodem, maar gebruiken deze mogelijkheid tot samenwerking nog onvoldoende. Binnen het overlegplatform zouden niet alleen concrete casussen en vragen van scholen voor GeO kunnen voorgelegd worden aan het BuO, maar ook het BuO zou in overleg kunnen gaan met scholen GeO, bv. wanneer leerlingen uit het nieuwe type basisaanbod¹ de overstap terug willen maken naar het GeO en om deze overstap zo goed mogelijk voor te bereiden. Ook 'good practices' van onderwijsmethodieken kunnen worden uitgewisseld via de organisatie van zorgdagen of gemeenschappelijke studiedagen; uit ons onderzoek blijkt immers dat beide onderwijstypes niet op de hoogte zijn van elkaars werking. Het overlegplatform zou een ambulante vorm kunnen aannemen, gebruik makend van de complementariteit en expertise van het GeO en het BuO. Voorwaarde opdat zo'n overlegplatform kan uitgebouwd worden, is dat rollen en engagementen van diverse actoren duidelijk zijn en opgenomen worden. Zowel de CLB's als de pedagogisch begeleidingsdiensten kunnen een rol spelen in de uitbouw van deze overlegplatformen. Uit de focusgroepen bleek immers dat het CLB een hefboom kan zijn voor de samenwerking tussen het gewoon en het buitengewoon onderwijs.

¹ Sinds het M-decreet wordt type 1 en 8 geleidelijk vervangen door het type basisaanbod. Dit basisaanbod is bedoeld voor leerlingen voor wie de onderwijsbehoeften dermate zijn en voor wie al tijdens het gewoon kleuteronderwijs of lager onderwijs aantoonbaar blijkt dat de aanpassingen, waaronder remediërende, differentiërende, compenserende of dispenserende maatregelen ofwel disproportioneel, ofwel onvoldoende zijn om de leerling binnen het gemeenschappelijk curriculum te kunnen blijven meenemen in een school voor gewoon onderwijs. Wie het attest type basisaanbod krijgt en naar het buitengewoon onderwijs gaat, zal elke twee jaar geëvalueerd worden om na te gaan of de leerling mits redelijke aanpassingen (terug) naar het gewoon onderwijs kan gaan (Onderwijs Vlaanderen, z.d.).

Daarnaast pleiten we voor het uitbouwen van ondersteuning op de klasvloer. GON-begeleiders of andere leraren met expertise in het BuO bijvoorbeeld zouden meer ingezet kunnen worden voor teamgerichte ondersteuning of als co-teacher kunnen ingeschakeld worden. Uit het onderzoek van Petry, Ghesquière, Jansen en Vanhelmont (2013) blijkt dat de meeste tijd van GON-begeleiders gaat naar leerlinggerichte ondersteuning. Veel minder tijd wordt besteed aan leerkrachtgerichte, klasgroepgerichte of teamgerichte ondersteuning. Wanneer leraren uit het GeO en BuO samen voor de klas staan zal dit ons inziens ongetwijfeld bijdragen aan de competentieontwikkeling en professionele identiteit van leraren in het kader van het aanpassen van het onderwijsaanbod aan de individuele noden van leerlingen of het creëren van een meer inclusieve leeromgeving in het GeO (zie ook Fluijt, Struyf & Bakker, 2016; Fluijt, Bakker & Struyf, 2016).

5. Zorg op school en een gemeenschapsgericht schoolklimaat gaan hand in hand

Uit dit onderzoek blijkt dat het zorgbeleid van de school een invloed heeft op (aspecten van) toeleidingen naar zorg. Over het algemeen blijkt dat naarmate er meer sprake is van **geïntegreerde zorg op school** en het zorgbeleid beter is uitgebouwd, de toeleidingen naar zorg beter verlopen en men hier meer tevreden over is. Wanneer de school volgens de ouders meer inzet op het verlenen van zorg aan leerlingen (zoals gemeten met de schaal 'Zorg op school'), worden er meer TnZ opgestart. Het gaat daarbij dan vooral om trajecten waarbij *extra zorg op school door leraren en zorgverantwoordelijken* wordt gegeven, eerder dan zorgverlening door externen (zoals buitenschoolse hulpverleners). Wanneer een school inzet op zorg, blijkt dat er minder behoefte is om van school te veranderen en uiten ouders sterker hun tevredenheid over de extra zorg en over hoe het zorgtraject verlopen is. Ook de deelnemers aan de focusgroepen (zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers) bevestigen dat de kwaliteit van de TnZ positief samenhangt met de uitbouw en de kwaliteit van het zorgbeleid van de school. Hierbij aansluitend blijkt uit de studie van concrete zorgtrajecten dat scholen met een sterker geïntegreerd zorgbeleid (zoals gemeten in eerder onderzoek naar zorgbeleid op school, zie OBPWO 09.05, Struyf, Adriaensens, & Verschueren, 2013) ook meer volgens de HGW-uitgangspunten en het zorgcontinuüm werken dan scholen met een minder uitgewerkt zorgbeleid.

Datzelfde onderzoek naar zorgbeleid in Vlaamse scholen (Struyf, Adriaensens, & Verschueren, 2013) bracht verschillen in het zorgbeleid tussen basis- en secundaire scholen aan het licht. Een schoolteam van een basisschool ervaart gemiddeld genomen een meer gedeelde zorgvisie die verwijst naar 'leraar als eerstelijns zorgverlener', dan een schoolteam van een secundaire school. In het basisonderwijs gaat een meer gedragen zorgvisie ook samen met meer structuren en procedures rond zorg en een sterkere schoolinterne samenwerking rond zorg. Ook dit onderzoek wijst op verschillen tussen beide onderwijsniveaus op vlak van TnZ. Hoewel ouders met een kind in het SO meer problemen melden, valt op dat er net meer TnZ wordt opgestart in het BaO. Verder zijn meningen en ervaringen van ouders positiever wanneer hun kind in het BaO zit en schatten ze de gevolgen van de TnZ ook positiever in. In het SO wordt meer dan in het BaO extra zorg geboden door een GON/ION begeleider en verandert de leerling ook meer van school. In het BaO wordt vaker dan in het SO extra zorg geboden door een zorgverantwoordelijke en buitenschoolse hulpverlener en worden de klasleraar en beide ouders vaker betrokken in de TnZ. Dit wordt ook bevestigd in het

casestudieonderzoek. Redenen om een TnZ op te starten verwijzen in het BaO vaker naar het onderzoeken van het probleem of het verkrijgen van een diagnose. In het SO worden dan weer vaker problemen met het gedrag van de leerling en de draagkracht van de school door zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers GeO aangehaald als reden voor het opstarten van een TnZ. De verschillen qua zorgbeleid tussen de beide onderwijsniveaus (zie OBPWO 09.05) kunnen wellicht deze verschillen in TnZ in de hand werken. Ook onze resultaten wijzen erop dat er meer sensibilisering nodig is voor het uittekenen van zorgtrajecten (op maat van de leerling) in het SO.

De resultaten uit dit onderzoek wijzen tot slot op de relatie tussen het aanwezig zijn van een **gemeenschapsgericht schoolklimaat** en TnZ. Een gemeenschapsgericht schoolklimaat betekent dat de school, naast de focus op leren, ook sterk inzet op het welzijn van alle leerlingen en gericht is op een gevoel van samenhang, samen leren en samen leven, waaraan alle schoolpersoneelsleden en leerlingen een bijdrage leveren. Het schoolkenmerk 'Gemeenschapsgericht schoolklimaat' blijkt een sterk positief effect te hebben op diverse aspecten van een TnZ: er blijkt een sterke samenhang te zijn met het opstarten van een TnZ in het algemeen, het opstarten van een TnZ geboden op school door leraren, een grotere betrokkenheid van overige schoolinterne personeelsleden bij een TnZ, meer succeservaringen, meer positieve effecten van TnZ en meer positieve ervaringen met TnZ. Een gemeenschapsgericht schoolklimaat komt met andere woorden een TnZ op school sterk ten goede.

Op basis van deze studie bevelen we aan om schoolteams – en vooral dan in het secundair onderwijs – te blijven ondersteunen bij het uitwerken van een geïntegreerd zorgbeleid en een hierbij aansluitend gemeenschapsgericht schoolklimaat. Dit is een rol weggelegd voor de pedagogische begeleidingsdiensten. De invoering van het M-decreet en de ondersteuning die hierbij aan scholen geboden wordt via gerichte nascholingsactiviteiten en de inzet van competentie-begeleiders, lijken hiervoor alvast de nodige stimulansen te bieden. We bevelen dan ook aan om deze inspanningen verder te zetten. Omdat uit eerder onderzoek de ondersteunende rol van de directie cruciaal blijkt in de uitbouw van het zorgbeleid (zie Struyf, Adriaensens, & Verschueren, 2013) raden we aan om via professionalisering van directieleden het zorgbeleid op school te versterken en aan te sturen op een gemeenschapsgericht schoolklimaat.

6. Zorgtrajecten op maat van de leerling: 'De leraar moet dit haalbaar achten?!'

Vanuit het *perspectief van geïntegreerde zorg* spelen leraren een centrale rol in de zorg voor leerlingen. Omdat zij dagdagelijks met leerlingen werken, kunnen ze zorgnoden signaleren en zijn zij spilfiguren in het aanbieden van onderwijs op maat.

Uit dit onderzoek blijkt dat leraren inderdaad vaak problemen signaleren en zijn zij ook vaak betrokken in zorgtrajecten. Toch krijgen we op basis van ons onderzoek wat **tegenstrijdige resultaten** als het gaat over de (intensiteit van de) **betrokkenheid van leraren bij zorgtrajecten** van leerlingen. Volgens zorgverantwoordelijken zijn de klasleerkracht (BaO) of de klastitularis (SO) bijna altijd betrokken in de TnZ, terwijl dit volgens ouders maar in iets meer dan de helft van de gevallen (of 55%) het geval is. Mogelijk hebben de ouders niet altijd een goed zicht op hoe de toeleiding verloopt of wie betrokken is bij de extra zorg, of worden leraren inderdaad niet bij alle TnZ even

intensief betrokken. Uit het casestudieonderzoek blijkt ook dat de leraar – vooral in het secundair onderwijs – niet in alle bestudeerde casussen een (actieve) rol opneemt in het toeleidingsproces of het verlenen van extra ondersteuning aan leerlingen. In de casussen uit het BaO speelde de leraar doorgaans wel een belangrijke rol in de begeleiding van leerlingen dan in het SO. Dit heeft ongetwijfeld te maken met een andere organisatie van dit onderwijsniveau (met doorgaans één leraar voor een vaste klasgroep). Leraren in het BaO fungeerden ook meer als gesprekspartner van de ouders om te communiceren over het zorgtraject van de leerling. In het SO nam de ZV doorgaans deze taak op zich; de communicatie tussen de klastitularis en de ouders bleef veelal beperkt tot het bespreken van schoolse vorderingen. Verder bleek uit de bestudeerde casussen uit het SO dat niet alle leraren op de hoogte waren van afgesproken zorgmaatregelen of de geboden extra zorg aan leerlingen en werd er vaker overgegaan tot maatregelen die zich situeren *buiten* de klas. Ook wanneer we de bestudeerde zorgtrajecten van het casusonderzoek expliciet tegen het licht houden van de principes van HGW, concluderen we dat scholen sterk verschillen in het belang dat zij toekennen aan de rol van de leraar in TnZ.

Dat leraren een **doorslaggevende rol** spelen in de TnZ blijkt uit besprekingen in de focusgroepen. Daar werd bijvoorbeeld benadrukt dat **het engagement en de motivatie van (individuele) leerkrachten** of het schoolteam een belangrijke rol spelen in de beslissing om de leerling al dan niet op de huidige school verder te helpen en welke maatregelen dan concreet voor de leerlingen ingezet kunnen worden; m.a.w. *‘de leerkracht moet het verlenen van extra zorg haalbaar achten’*. Daarbij viel ook op dat het soms van een individuele leraar afhangt of bepaalde maatregelen voor leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften worden toegepast in de klas of niet. Ook uit focusgroepen blijkt dat zorgverantwoordelijken gemakkelijk naar *‘de draagkracht’* van de school (i.c. financiële middelen maar ook competenties van het onderwijzend personeel) verwijzen om af te wegen of extra zorg binnen de school nog kan verwezenlijkt worden. Leraren blijken verder **niet** altijd **op de hoogte** te zijn van de extra zorg die aan de leerling geboden wordt in de hogere fasen van het zorgcontinuüm. Ons inziens kunnen (en dienen) leraren ook in de hogere fasen van het zorgcontinuüm (de fase van uitbreiding van zorg en het IAC) een rol op (te) nemen. Binnen het kader van het beroepsgeheim moet bekeken worden welke informatie kan doorgegeven worden aan de (klas)leraar. Leraren blijken immers gemakkelijker bereid te zijn om hun onderwijs aan te passen en inspanningen te leveren, indien ze geïnformeerd worden over de noodzaak van bepaalde maatregelen, aldus de participanten aan het focusgroepen.

Uit eerder onderzoek blijkt dat leraren uit het SO doorgaans een minder brede **taakopvatting** en een lagere **handelingsbekwaamheid** rapporteren dan leraren uit het BaO (Aelterman, 2001; Aelterman, Engels, Van Petegem, & Verhaeghe, 2003; Pas, Bradshaw, & Hershfeldt, 2012; Struyf et al., 2012; Verbruggen & Aelterman, 1996; Wilson, Hall, & Hall, 2007). Dit betekent dat vooral schoolteams uit het SO minder van mening zijn dat zorg geboden moet worden door leerkrachten; zij zien dit eerder als een taak voor specialisten (Struyf et al., 2012). Verder onderzoek dient uit te wijzen of de doorgaans minder brede taakopvatting en lagere handelingsbekwaamheid van leraren uit het SO het nemen van maatregelen buiten de klas in de hand werkt. De visie op onderwijs die aan de basis ligt van de houding van leraren en het lerarenteam omtrent zorg op school en het geven van extra zorg, blijkt een bepalende factor te zijn en zou in toekomstig onderzoek meegenomen moeten worden. Ook de relatie tussen zorg op school, toeleiding naar zorg en de brede taakopvatting van leraren

(zoals gemeten in eerder onderzoek, zie Struyf et al., 2012) kan in vervolgonderzoek meegenomen worden.

We raden aan dat er binnen de lerarenopleiding en de verdere professionalisering van leraren 'on the job' meer aandacht wordt besteed aan de **rol en verantwoordelijkheden van leraren** in zorgtrajecten. Leraren moeten kennis maken met onderzoek naar 'wat werkt' in (inclusief) onderwijs' en leren hun leeromgeving aan diverse noden van leerlingen aan te passen. Er dient nog sterker ingezet te worden op het ontwikkelen van een professionele identiteit vanuit een brede taakopvatting waarbij leraren het evident vinden dat ze hun onderwijs aanpassen aan zorgnoden van leerlingen en extra maatregelen nemen in de klas indien nodig.

Via gerichte aanvangsbegeleiding binnen en buiten de klas dienen **startende leraren** ondersteund te worden bij het realiseren van een universeel ontworpen leeromgeving of het aanpassen van hun onderwijsaanbod aan specifieke onderwijsbehoeften van leerlingen. Succeservaringen op dit vlak zullen ons inziens ook bijdragen aan het ontwikkelen van de juiste *mindset* over hun rol in het verlenen van extra zorg aan leerlingen. Uit de focusgroepen blijkt impliciet uit enkele uitspraken dat leraren de oorzaak van problemen vaak nog buiten zichzelf leggen en niet zien hoe zij via een aangepast onderwijsaanbod het verschil kunnen maken voor leerlingen. Het idee dat de school – en dus ook de leerkracht – zich dient aan te passen aan de leerling (en niet andersom) blijkt nog niet ingeburgerd.

Hoe intensief een leraar bij een zorgtraject betrokken moet worden, hangt wellicht af van diverse elementen, zoals de problematiek waarop het traject aan antwoord tracht te bieden (gaat het over het leren, het socio-emotioneel welbevinden, een probleem in de thuissituatie, enz.) en de bijdrage die de leraar effectief kan leveren in het zorgtraject (bv. geeft de leraar les aan de leerling of niet?). Scholen (en ook CLB's) dienen zich alleszins goed te bezinnen welke informatie ze binnen de huidige wettelijke kaders van het ambts- en beroepsgeheim en met respect voor de privacy van de leerling kunnen bezorgen aan leraren zodat zij hun rol kunnen opnemen in de ondersteuning van leerlingen met specifieke onderwijs- en opvoedingsbehoeften.

Opdat zij deze rol ten volle kunnen opnemen, is het verder wenselijk dat leraren **structureel tijd** krijgen om over zorgtrajecten van leerlingen te **overleggen**, onderling, met de zorgverantwoordelijke of CLB-medewerker, met andere ondersteuners én niet in het minst ook met ouders. Overlegtijd zou daarom structureel kunnen ingebouwd worden in de schoolopdracht voor het basisonderwijs. Het valt te overwegen om ook in het secundair onderwijs een schoolopdracht voor leraren mét ingebouwde overlegtijd te overwegen. Zeker gezien de meer complexe onderwijsorganisatie is overleg tussen leraren onderling in het SO nodig. Wij bevelen tot slot aan om leraren ook voldoende tijd te geven om zich te **professionaliseren**, in overleg en samenwerking met elkaar en met collega's uit bijvoorbeeld het BuO. Het zijn immers de leraren zelf die vele aspecten van TnZ in de klas dienen te realiseren. We bevelen daarom aan om nog meer in te zetten op samenwerkend leren en co-teaching. We menen immers dat – volgens het idee van het ZC – niet enkel de leerling recht heeft op meer gespecialiseerde zorg indien hij zich in een hogere fase van het ZC bevindt, maar ook de leraren hierbij extra ondersteund dient te worden. Hoe meer leerlingen met een uitbreiding van zorg of een individueel aangepast curriculum in de klas, hoe meer ondersteuning ook voor de leraar beschikbaar moet zijn, binnen en buiten de klascontext, via bijvoorbeeld co-teaching of intervisie. Dit is een taak die kan opgenomen worden door de pedagogische begeleidingsdienst, het CLB, de GON-begeleider of andere leraren uit het BuO. We menen dat de pedagogische begeleidingsdienst de leraren kan ondersteunen in het uitbouwen van een goede basiszorg. De CLB-medewerker kan vanuit zijn/haar

expertise leraren ondersteunen door samen met hen te zoeken naar redelijke aanpassingen in het onderwijsaanbod en voor- en nadelen van een bepaalde aanpak in de klas met de leerkrachten bespreken. Op de rol van de GON-begeleider of andere leraren uit het BuO werd hoger reeds ingegaan (zie paragraaf 4). De overheid zou incentives kunnen bieden aan scholen die een meer doorgedreven vorm van ondersteuning voor leraren – zoals co-teaching – organiseren. Scholengemeenschappen – en zeker gemengde scholengemeenschappen waarbij scholen van het GeO en het BuO tezamen deel van uitmaken – kunnen via intervisie en supervisie vorming aan leraren aanbieden.

7. Zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers: twee belangrijke schakels in zorgtrajecten

Net zoals dit het geval is voor leraren, geven zorgverantwoordelijken aan dat de **zorgleerkracht, leerlingenbegeleider of het zorgteam** bijna altijd betrokken zijn bij een toeleiding naar extra zorg. Ouders geven aan dat zorgverantwoordelijken in 44% van de toeleidingen naar zorg betrokken zijn. De zorgverantwoordelijke speelde in zes bestudeerde zorgtrajecten een belangrijke rol in de TnZ. Uit de besproken casussen in het focusgroeponderzoek blijkt dat er grote verschillen zijn tussen de scholen wat betreft de rol die zorgverantwoordelijken opnemen in het toeleidingsproces en hoe zij met het CLB samenwerken. Ook eerder onderzoek (zie Struyf et al., 2012) wijst op verschillende profielen van zorgverantwoordelijken die diverse taken opnemen naar leerlingen toe, collega's, ouders en externen.

Zowel uit de bestudeerde casussen van het BaO als deze van het SO, leiden we af dat **het CLB** sterk vraaggestuurd en subsidiair werkt ten aanzien van de school. Dit is conform de voorschriften van het CLB-decreet, alsook vergelijkbaar met resultaten uit eerder empirisch onderzoek van Verschueren en collega's (2015). De mate van betrokkenheid van het CLB varieerde van casus tot casus en hing af van concrete vragen van de school en de wijze waarop de concrete samenwerking met de CLB-medewerker verloopt. Ook de CLB Audit (PwC, 2015) wees op grote verschillen tussen CLB-centra en individuele CLB-medewerkers. Hoewel CLB-medewerkers zelf aangeven een belangrijke rol te spelen bij een TnBSh en TnBuO, valt zowel uit het focusgroeponderzoek als uit de casestudies op dat deze rol ook in deze trajecten sterk kan verschillen; Sommige scholen laten de doorverwijzing naar BSh en BuO volledig over aan het CLB, terwijl andere scholen hieromtrent zelf ook praktische taken opnemen (zoals bijvoorbeeld het doorgeven van contactgegevens, het contacteren van de BSh of school voor BuO voor meer advies...) en beperkt de rol van het CLB zich tot het schrijven van het verslag tot toelating tot het BuO. Hoewel het CLB-decreet expliciet de rol of draaischijffunctie van het CLB beschrijft in zorgprocessen, blijkt dit in de praktijk niet altijd zo toegepast te worden. CLB-medewerkers zelf pleiten in de focusgroepen daarom ook voor een grotere betrokkenheid van het CLB bij bepaalde vormen van doorverwijzingen en roepen scholen op om de doorverwijsfunctie van het CLB meer te erkennen. Uit de gepresenteerde toeleidingsprocessen waar het CLB niet of (te) weinig betrokken werd, blijkt dat dit doorgaans leidde tot minder tevredenheid bij de betrokkenen over het toeleidingsproces. Ook uit het vragenlijstonderzoek bij de zorgverantwoordelijken uit het GeO blijkt de samenwerking met het CLB de TnZ ten goede te komen. Indien er sterk wordt samengewerkt met het CLB blijken er minder leerlingen toegeleid te worden naar extra zorg; of omgekeerd, indien er minder goed wordt samengewerkt met het CLB blijken er meer leerlingen

toegeleid te worden naar extra zorg. Een verklaring voor dit negatief verband zou kunnen zijn dat een goede samenwerking met CLB betekent dat scholen meer preventief inspelen op noden van leerlingen via een brede basiszorg, zodat minder leerlingen in een zorgtraject komen en de extra zorg ook minder op de schouders terecht komt van de zorgleraar of leerlingenbegeleider. Of – in de omgekeerde richting – dat een minder goede samenwerking van de school met het CLB zorgt voor meer TnZ in het algemeen volgens zorgverantwoordelijken, en scholen dus zelf meer eigenaar worden van de TnZ en zorgtrajecten meer bij schoolactoren – en vooral dan bij zorgleraren en leerlingenbegeleiders – terecht komen. Hoewel we pleiten voor een goede samenwerking met het CLB, blijkt hieraan toch een mogelijk gevaar verbonden. In de focusgroepgesprekken geven CLB-medewerkers aan dat ze soms worstelen met de onafhankelijke positie die ze ten opzichte van de school dienen in te nemen en dat ze soms hun advies afstemmen op dat van de school om de goede samenwerking te behouden.

Vanuit het *perspectief van geïntegreerde zorg op school*, vervullen zowel zorgverantwoordelijken als CLB-medewerkers een belangrijke coördinerende taak in de TnZ. Zorgverantwoordelijken kunnen zorgen voor interne coördinatie en communicatie, zoals doorstroming van informatie tussen leraren en met ouders. CLB-medewerkers spelen vanuit hun draaischijffunctie een rol in de coördinatie met externe hulpverleners en staan ook ten dienste van zowel leerlingen als ouders. Zowel zorgverantwoordelijken als CLB-medewerkers kunnen een rol spelen in de ondersteuning en professionalisering van leraren.

We raden aan om het **takenpakket, de rollen en verantwoordelijkheden** van verschillende betrokkenen bij TnZ duidelijk te omschrijven en af te bakenen, complementair ten aanzien van elkaar en schoolexterne ondersteuners. Dit kan ook een plaats krijgen in de functieomschrijvingen. Uit onze resultaten blijkt immers dat de rollen die leraren, zorgverantwoordelijken, en CLB-medewerkers in een zorgtraject opnemen sterk kunnen verschillen ten aanzien van elkaar en niet altijd complementair zijn. Een duidelijke afbakening van rollen en verantwoordelijkheden en een gerichte inzet van ieders expertise zal de efficiëntie in zorgverlening ten goede komen. Naar aanleiding van de recent afgewerkt reviewstudie over leerlingenbegeleiding (zie Struyf et al., 2015) hebben we reeds gepleit voor goede afspraken en een heldere communicatie over de taken van diverse actoren binnen de leerlingenbegeleiding, maar ook voor het vergroten van kennis en vaardigheden van (beginnende) CLB-medewerkers om de draaischijffunctie te kunnen uitoefenen. We raden daarom aan dat **binnen de opleidingen voor directies, leraren, zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers, maar ook nadien in concreet overleg de rollen van alle betrokkenen duidelijk(er) besproken wordt**. Zowel zorgverantwoordelijken als CLB-medewerkers dienen hun rol in de interne en externe communicatie rond zorgtrajecten op te nemen. Zowel interne als extern communicatie werd aangehaald als één van de belangrijkste pijnpunten in TnZ.

8. De achilleshiel in zorgtrajecten: samenwerking met ouders

Doorheen de verschillende fasen van het onderzoek, werd het belang van een goede samenwerking met de ouders tijdens een zorgtraject benadrukt. Ouders zijn een belangrijke partner want signaleren vaak problemen, maar ook de meerwaarde van het betrekken van ouders tijdens een zorgtraject wordt erkend. Op de vraag wie aangaf dat er een probleem was met de leerling/het kind en TnZ

nodig was, antwoordden respondenten uit het GeO dat vooral de klasleerkracht of klastitularis en de ouders problemen signaleren, waarbij ouders hun eigen rol in het initiëren van een toeleidingsproces hoger inschatten dan de rol die zorgverantwoordelijken en de CLB-medewerker hen toeschrijven. Net zoals vastgesteld werd in het onderzoek naar BSH (Verschuieren et al., 2015), blijkt uit het onderzoek naar TnZ dat **ouders** vaak het **initiatief** nemen tot het inschakelen van extra hulp; ook in deze studie gaf 73% van de ouders aan dat zij diegenen waren die aangaven dat extra zorg nodig was.

Alle schalen in de vragenlijst voor ouders en in de vragenlijst voor zorgverantwoordelijken uit het GeO die verwijzen naar een goede communicatie met ouders of samenwerking tussen de ouders en de school blijken positief samen te hangen met de mate waarin een TnZ wordt opgestart (en meer specifiek voornamelijk extra zorg geboden door een GON of ION-begeleider, door de zorgleraar of leerlingenbegeleider, en door de leraar in de klas), alsook de mate van betrokkenheid van diverse actoren in TnZ (zoals de ouder zelf, de klasleerkracht, de zorgleerkracht of leerlingenbegeleider, het CLB, de buitenschoolse hulpverlening en de directie). Wanneer ouders aangeven dat de school goed met hen communiceert, zijn ze ook meer tevreden over het verloop en het effect van de TnZ. De samenwerking tussen de ouders en de school blijkt met andere woorden een cruciale factor voor een succesvolle TnZ.

Uit de focusgroepen bleek echter tegelijk hoeveel moeite scholen hebben om ouders actief te betrekken in de TnZ. De meerderheid van zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers uit de focusgroepen schrijven ouders een eerder passieve rol toe en uiten een eerder negatieve of pessimistische kijk op de samenwerking met ouders. Ook verwezen zorgverantwoordelijken binnen het GeO en BuO in het vragenlijstonderzoek, vaak naar moeilijkheden in de samenwerking met ouders. Zo betreuen zorgverantwoordelijken uit het BuO het bijvoorbeeld dat ouders tegen advies van de school in een toeleiding vanuit het BuO naar het GeO opstarten wat aanleiding geeft tot de suggestie om toeleidingsadviezen van de school bindend te maken. Zelf geloven we meer in het tijdig en veelvuldig communiceren met ouders om op die manier samen met ouders tot een oplossing te komen of om eventuele adviezen van de school meer ingang te doen vinden. Zowel ouders uit het GeO als deze uit het BuO in het vragenlijstonderzoek geven trouwens aan dat ze meer inspraak willen in (de voorbereiding van) beslissingen rond TnZ. Hier liggen dus nog veel kansen op verbetering. Uit het casestudieonderzoek concluderen we dat de school of professionelen doorgaans meer moeilijkheden in de samenwerking met het gezin rapporteren, dan andersom. Wanneer we de bestudeerde casussen tegen het licht houden van de principes van het handelingsgericht werken, concluderen we ook dat scholen moeilijkheden ondervinden met het uitbouwen van een constructieve samenwerking met de ouders.

Ouders geven zelf aan dat ze in vele gevallen betrokken te zijn bij de toeleiding naar zorg, maar dit is nog niet altijd het geval. Ouders geven aan ook meer inspraak te willen in (de voorbereiding van) beslissingen rond TnZ. Deelnemers aan het onderzoek erkennen het belang van een goede samenwerking tussen school en ouders, maar wijzen tegelijk op vele moeilijkheden in de communicatie en samenwerking met ouders. Via **gerichte professionaliseringsactiviteiten** dienen schoolactoren en CLB-medewerkers zichzelf hierin verder te bekwamen. Ook pedagogische begeleidingsdiensten zouden scholen kunnen ondersteunen in hoe ze een grotere **ouderbetrokkenheid** kunnen realiseren en dienen om te gaan met weerstanden van ouders in TnZ. Deelnemers zelf kwamen alvast tot belangrijke suggesties: ouders voldoende snel, en regelmatig

informereren en consulteren. Op die manier zullen schoolpersoneelsleden en ouders elkaar nog meer zien als actieve partners in een TnZ.

In dat kader kunnen bijvoorbeeld **oudercontacten** nog meer benut worden om met ouders over mogelijke zorgtrajecten in gesprek te gaan en te differentiëren op dit vlak. Tijdens oudercontacten kan de leraar uitdrukkelijk stil staan bij door hemzelf of door de ouders ervaren onderwijsbehoeften van de leerling en hierover in gesprek gaan. De leraar dient niet alleen expliciet te polsen naar de ervaren onderwijsbehoeften van de leerling of de ouders, en naar de eventuele nood aan of reeds ingeschakelde schoolexterne zorg, maar ook aan te geven op welke manier de school kan tegemoet komen aan deze noden of ingaan op de maatregelen die de school reeds genomen heeft (fase van verhoogde zorg). Een vroege betrokkenheid van ouders maakt dat zij op de hoogte zijn van de inspanningen die de leraar en de school leveren, en ook de nodige verwerkingstijd hebben, indien moet overgegaan worden tot een uitbreiding van zorg, een individueel aangepast curriculum, of een doorverwijzing naar een school op maat. Het lijkt ons zinvol dat de school – eventueel via het pedagogisch project – duidelijk maakt aan de ouders welke opties rond zorg er zijn (zowel binnen als buiten de schoolmuren), zodat ouders hierover goed geïnformeerd zijn. Gezien de vaststelling dat de schoolinterne communicatie ook niet altijd optimaal verloopt, is het nodig dat deze richtlijnen rond TnZ worden opgesteld in nauw overleg met het hele schoolteam, de ouderraad en de leerlingenraad.

9. Leerlingen en ouders uit kansengroep verdienen meer aandacht

Dit onderzoek wijst tot slot uit dat zowel **migratie-gerelateerde als SES-gerelateerde kenmerken** van de gezinsleden een invloed hebben op het al dan niet ervaren van problemen en het opstarten van een TnZ. Ouders zonder migratieachtergrond en ouders met een hoge SES rapporteren meer problemen en starten sneller een TnZ op dan gezinnen met een migratieachtergrond en/of een lage SES. En dit terwijl we weten uit studies dat leerlingen met een migratieachtergrond doorgaans meer problemen ondervinden in hun schoolloopbaan (zie Hoofdstuk 2: theoretisch kader). Ook andere literatuur bevestigt dat er voor deze gezinnen minder zorg wordt ingeschakeld (zie Hoofdstuk 2: theoretisch kader).

Indien er toch extra zorg wordt opgestart, blijkt de soort van extra zorg te variëren naargelang migratieachtergrond en SES. Gezinnen zonder een migratieachtergrond, schakelen vaker GON in dan gezinnen met een migratieachtergrond (cf. eerder onderzoek van Petry et al., 2010). Naarmate het gezin een hogere SES heeft, ontvangt het kind vaker zorg binnen de schoolmuren (waaronder ook GON/ION, cf. Petry et al., 2010). Kinderen binnen gezinnen met een lagere SES, gaan daarentegen net vaker naar een andere school voor GeO of BuO. Specifiek met betrekking tot de TnBSH wijzen deelnemers uit de focusgroepen er tot slot op dat ouders die leven in kansarmoede (met of zonder een migratieachtergrond) moeilijkheden hebben met de hoge kostprijs van BSH. Dit strookt met de bevinding dat sommige ouders met een migratieachtergrond ‘extra zorg kan financieel niet’ noemen als reden voor het niet opstarten van zorg. Ook het onderzoek naar BSH (Verschueren et al., 2015) wees op financiële drempels die kansarme gezinnen ervaren bij het willen inschakelen van BSH. Zorgverantwoordelijken en CLB-medewerkers gaven ook aan dat leerlingen soms geen gepaste zorg ontvangen omdat de financiële belasting hiervan voor het gezin te groot is. Aanvullend hierbij wijzen deelnemers aan de focusgroepen erop dat mensen die leven in kansarmoede moeilijkheden hebben met het doorlopen van ingewikkelde procedures voor BSH en de organisatie die BSH vraagt. Deze

bevindingen suggereren dat er meer zorgtrajecten geïnitieerd worden voor kansrijke dan voor kansarme leerlingen en dat bepaalde zorgtrajecten – zoals GON of BSH – blijkbaar niet voor iedereen even toegankelijk zijn. De vraag rijst dan wat de school onderneemt om hieraan tegemoet te komen of dit te compenseren.

Naargelang de taal en SES van het gezin verschillen ook de betrokkenen in de TnZ. Bij leerlingen zonder migratieachtergrond en een hoger inkomen van de ouders, zijn er meer actoren actief betrokken in een TnZ. Bij deze gezinnen zijn niet alleen de zorgleraar of leerlingenbegeleider, de directie, en een huisarts vaker betrokken, maar ook beide ouders en het kind zelf. Wat de invloed betreft van de anderstaligheid van ouders met een migratieachtergrond op de TnZ en ouderbetrokkenheid in de TnZ, zijn de meningen van zorgverantwoordelijken, CLB-medewerkers, en enkele buitenschoolse hulpverleners verdeeld. Doorgaans stellen zij expliciet dat de anderstaligheid geen invloed heeft op het zorgproces, terwijl uit andere uitspraken toch een invloed van de anderstaligheid blijkt. Ze verwijzen bijvoorbeeld naar moeilijkheden in de communicatie omwille van het moeilijker kunnen communiceren op zich enerzijds en moeilijkheden in de communicatie door culturele verschillen (zoals het hebben van een andere visie op onderwijs en hulpverlening) anderzijds.

Ouders met een migratieachtergrond melden tot slot vaker **geen TnZ** op te starten omdat ze niet weten welke TnZ geschikt is of menen dat de nodige zorg niet beschikbaar is. Tegelijkertijd geven ouders van leerlingen met een migratieachtergrond aan dat de TnZ overeen kwam met hun verwachtingen. Dit sluit aan bij bevindingen uit eerder onderzoek naar het gebruik van BSH, waarin ouders met een migratieachtergrond (bevraagd in focusgroepen) net aangaven dat ze voldoende of zelfs meer hulp ontvingen dan ouders zonder migratieachtergrond, en tegelijkertijd heel tevreden waren over de ontvangen hulp (Verschuere et al., 2015). Ouders met een lagere SES, wensen vaker geen extra zorg en wijzen op minder onenigheid over de TnZ.

Vanuit het *perspectief van gelijke onderwijskansen*, pleiten we ervoor dat scholen extra inspanningen leveren om de ongelijke kansen die bepaalde leerlingen hebben, te compenseren. Uit onze resultaten blijkt niet dat scholen bijzondere inspanningen leveren om de drempels die sommige leerlingen en hun ouders ervaren te verkleinen.

Omdat uit dit onderzoek blijkt migratieachtergrond en SES een rol speelt bij (bepaalde aspecten van) een TnZ, raden we aan om via expliciete aandacht hiervoor in zowel de opleiding van leraren, als de verdere professionaliseringsactiviteiten van leraren, zorgverantwoordelijken, directies en CLB-medewerkers, een **bewustwording** te creëren voor specifieke noden van leerlingen en ouders uit kansgroepen en de drempels die zij ervaren in toeleiding naar zorg. Actoren dienen zich bewust te zijn van de invloed van SES op TnZ en de mogelijkheden tot ondersteuning binnen het gezin en de invloed van culturele verschillen in hulpverlening. Daarom is ook het kijken naar zorgnoden vanuit een transactioneel referentiekader aangewezen, waarbij belemmeringen die de leerling ondervindt gesitueerd worden in de interactie tussen het kind en zijn/haar school- en thuisomgeving. Bijzondere aandacht dient te gaan naar het voldoende **informer** van deze ouders over de mogelijkheden tot extra ondersteuning of zorg binnen en buiten de school en het **betrekken** van deze ouders bij de zorg op school. Naar aanleiding van de recent afgewerkt reviewstudie over leerlingenbegeleiding (zie Struyf et al., 2015) hebben we reeds gepleit voor aandacht voor specifieke

doelgroepen, waar school, PBD en CLB samen extra inspanningen leveren om kansengroepen te bereiken, hen te informeren en een vertrouwensrelatie met deze groepen op te bouwen. Een goed **gelijke kansenbeleid** dat inzet op een brede ouderbetrokkenheid is ons inziens ook de basis voor een goed zorgbeleid. De evolutie dat – voorlopig enkel in basisscholen – de GOK-uren hervormd zijn naar SES-lestijden die integraal deel uitmaken van de omkadering, en dat het huidige financieringsmechanisme voor werkingsmiddelen van de school niet alleen rekening houdt met schoolkenmerken maar ook met leerlingenkenmerken (i.c. SES-indicatoren) is een goede evolutie. Het uitgangspunt is dat scholen met veel leerlingen uit kansengroepen te kampen hebben met hogere kosten om deze leerlingen tot eenzelfde prestatieniveau op te tillen. Uit het kwalitatief luik van hun onderzoek concluderen Groenez, Juchtmans, Smet en Stevens (2015) dat SES-middelen in eerste instantie hun SES- of zorgbeleid ondersteunen. De SES-middelen laten scholen bijvoorbeeld toe een lokaal te voorzien en in te richten voor GOK- of zorgleerkrachten, specifiek materiaal te kopen om leerlingen te begeleiden (bijvoorbeeld software programma's voor leerlingen met leerstoornissen of taalprogramma's), of (zorg- of GOK-)leerkrachten een nascholing rond gelijke onderwijskansen en taalbeleid te laten volgen, of extra ondersteunend personeel in te huren om leerlingen te begeleiden. Ze concluderen dat de aanwending van de SES-middelen en de aanwending van GOK- of zorguren onlosmakelijk met elkaar verbonden blijken, alsook in de eerste plaats gericht op de (eerder remediërende) ondersteuning van individuele leerlingen met leerproblemen of leerstoornissen (Groenez et al., 2015, p. 19). We bevelen dan ook aan om het beleid dat momenteel gevoerd wordt om scholen met veel leerlingen uit kansengroepen extra te financieren, te continueren. Gezien de vermelde financiële drempel voor bepaalde vormen van TnZ (zoals BSH), bevelen we tot slot aan om **zoveel mogelijk zorg binnen de schoolmuren** te verwezenlijken. In andere landen – zoal bijvoorbeeld Zuid Afrika – wordt in dit kader de uitbouw van 'full service schools' gestimuleerd, waar diverse hulpverleners op de schoolcampus gevestigd zijn.

10. Besluit

Op basis van dit onderzoek komen we tot volgende succesfactoren voor een kwaliteitsvolle TnZ:

- een geïntegreerd zorgbeleid. Voor meer informatie over de kenmerken van een geïntegreerd zorgbeleid verwijzen we naar Struyf, Adriaensens en Verschueren (2012);
- een gemeenschapsgericht schoolklimaat;
- een open communicatie en constructieve samenwerking met ouders;
- een goed uitgebouwde samenwerking met het CLB. Het CLB kan de school helpen om de vertaalslag te maken van onderwijsbehoeften van leerlingen naar concrete aanpassingen in het onderwijsaanbod.
- een competente zorgverantwoordelijke, die de zorgtrajecten op school coördineert;
- het denken vanuit een transactioneel referentiekader waarbij problemen die leerlingen ondervinden gesitueerd worden binnen interactie tussen de leerling en de context waarbinnen deze dient te functioneren;
- het werken volgens het zorgcontinuüm waarbij in hogere fasen niet alleen meer en gespecialiseerde ondersteuning geboden wordt aan leerlingen, maar waarbij ook de leraar in de klas meer ondersteund wordt;

- een GON-begeleider met voldoende ervaring in het buitengewoon onderwijs die naast ondersteuning van leerlingen, lerarenteams bijstaat en expertise vanuit het buitengewoon onderwijs binnenbrengt in de school voor gewoon onderwijs;
- geëngageerde leraren met een brede taakopvatting die menen het verschil te kunnen maken voor leerlingen, bouwen samen aan zorgtrajecten op school. Zij dienen voldoende geïnformeerd te worden over de extra hulp die leerlingen krijgen, ook buiten de klas, zodat zij hiermee kunnen rekening houden bij de organisatie van onderwijsleeractiviteiten en in de omgang met de leerling.

Daarbij aansluitend komen we tot volgende aanbevelingen, gegroepeerd per stakeholder:

Aanbevelingen voor het beleid:

- Blijf de uitbouw van een geïntegreerd zorgbeleid stimuleren. Zowel CLB als PBD kunnen hierbij een rol opnemen in de ondersteuning van de school en het lerarenteam, via bv. de uitbouw van lerende netwerken tussen leraren;
- Zorg voor voldoende middelen voor scholen. Deze middelen dienen niet alleen aangewend worden voor extra ondersteuning voor leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften, maar ook voor ondersteuning van leraren die in de klas met deze leerlingen zullen werken;
- Geef incentives aan scholen die inzetten op alternatieve onderwijsorganisatie en co-teaching waarbij leraren met verschillende expertises samen een inclusieve onderwijsleeromgeving realiseren;
- Bouw structureel overlegtijd in de schoolopdracht van leraren zodat zij met collega's, ouders en andere ondersteuners kunnen overleggen over de zorgtrajecten voor leerlingen;
- Stuur aan op de realisatie van gemengde scholengemeenschappen met scholen uit het GeO en BuO of regionale overlegplatformen zodat uitwisseling van know-how en expertise tussen beide onderwijstypes structureel wordt;
- Laat scholen voor buitengewoon onderwijs evolueren naar ondersteuningscentra voor scholen voor gewoon onderwijs;
- Continueer de waarborgregeling zodat expertise van het buitengewoon onderwijs ingezet wordt in het gewoon onderwijs;
- Continueer de prioritaire nascholing gericht op de uitbouw van kwaliteitsvolle zorgtrajecten in de school.

Aanbevelingen voor de school en lerarenteams:

- Werk een geïntegreerd zorgbeleid uit vanuit een gemeenschapsgericht schoolklimaat. Betrek hierbij relevante partners zoals de pedagogische begeleider en CLB-medewerker. Maak goede afspraken omtrent wie welke rol hierbij opneemt;
- Maak de rol van de leraar in zorgtrajecten en de verschillende fasen van het zorgcontinuüm duidelijk; deze kunnen uitgeschreven worden in een functieomschrijving;
- Zet in op professionalisering van lerarenteams, via supervisie en intervisie;
- Zet sterker in op communicatie en samenwerking met alle ouders rond zorgtrajecten, ook die ouders die moeilijker bereikbaar zijn en specifieke drempels ervaren;
- Investeer in ouderbetrokkenheid en differentieer tussen oudercontacten; oudercontacten kunnen - meer dan nu – gebruikt worden om met ouders in overleg te gaan over ervaren onderwijsbehoeften van leerlingen en geboden zorgmaatregelen op school;

- Maak in het pedagogisch project duidelijk hoe de school werkt aan een geïntegreerd zorgbeleid en op welke manier de school zorgtrajecten uitbouwt;
- Maak werk van gerichte aanvangsbegeleiding – samen met de PBD - waarbij beginnende leraren extra ondersteund worden bij het maken van aanpassingen van hun onderwijsaanbod aan individuele noden van leerlingen;
- Vergeet de stem van de leerling niet in het uitbouwen van zorgtrajecten. Spreek niet enkel over de leerling, maar ook met de leerling.

Aanbevelingen voor de lerarenopleiding en nascholingsinstellingen

- Besteed aandacht aan de specifieke rol en verantwoordelijkheid van de leraar en andere actoren (zoals het CLB) in de verschillende fasen van het zorgcontinuüm; leer leraren onderwijsbehoeften van leerlingen erkennen en hun onderwijsaanbod hierop af te stemmen;
- Maak leraren vertrouwd met de principes van HGW (met in het bijzonder het werken vanuit een transactioneel referentiekader) en het sociaal model van kijken naar een beperking (in plaats van het medisch model);
- Zet in op interculturele communicatievaardigheden van leraren;
- Ontwikkel een professionele identiteit bij aspirant leraren gericht op het aanpassen van de onderwijsleeromgeving aan specifieke onderwijsbehoeften van leerlingen, het nemen van maatregelen voor (groepen van) leerlingen en bij uitbreiding de realisatie van een meer inclusieve leeromgeving.

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-Akpaida, J. (2007). Towards a conceptual basis for understanding developmental guidance and counselling model. *Education, 128*, 189-201.
- Best, R., Lang, P., Lodge, C., & Watkins, C. (1995). *Pastoral care and personal-social education*. London: Cassell.
- Bouverne-De Bie, M., & Verschelden, G. (1998). *Naar een heldere kijk op leerlingenbegeleiding – inspiratie handleiding*. Vlaamse onderwijsraad.
- Bouverne-De Bie, M., & Vettenburg, N. (1993). *Lerarenbegeleiding, een antwoord op veranderende leerlingssituaties? Studiedag Welwijs*. Leuven: Majong.
- 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.
- Galassi, J. P., & Akos, P. (2004). Developmental advocacy: Twenty-first century school counseling. *Journal of Counselling and Development, 82*, 146-157.
- 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.
- 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.
- Ministerie van Onderwijs en Vorming (2012). *Statistisch jaarboek van het Vlaams onderwijs 2011-2012*. Ministerie van Onderwijs en Vorming.
- OECD (2005) *Students with Disabilities, Learning Difficulties and Disadvantages: statistics and indicators*. Paris: OECD/CERI.
- 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.
- Prodiagnostiek (2015). *Prodiabrief, nummer 2, 12 februari 2015*. Geraadpleegd op www.prodiagnostiek.be op 03/03/15.
- Saeys, A. (2005). Het medische essentialisme in de klinische psychodiagnostiek. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 35(4), 253-259.
- Van Damme, D. (2006). *Revalidatie tijdens de lesuren?! Leerzorg en revalidatie*. Toespraak VVL-congres, december 2006.
- Van Landegem, G., & Van Damme, J. (2009). *Geboortecohorten in het buitengewoon lager onderwijs. Evolutie van 1989-1990 tot 2006-2007*. Leuven: Steunpunten Studie- en Schoolloopbanen, SSL-rapport nr. SSL/OD1/2008.15.
- 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.
- Verschueren, K., Struyf, E., De Haene, L., Bodvin, K., Vervoort, E., Van der Elst, L., & Teppers, E. (2015). *Buitenschoolse hulpverlening en zorg op school: samenhang, afstemming en verklarende factoren*. Eindrapport OBPWO 12.01. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven – Antwerpen: Universiteit Antwerpen.
- Yin, R. K. (2013). *Case study research: Design and methods*: Sage publications.