

Handelingsgericht classificeren in het onderwijs

SAMENVATTING

In het onderwijs classificeren we momenteel veel leerlingen, we kennen ze DSM-IV-labels als ADHD, PDD of ODD toe. In dit artikel kijken we naar deze tendens vanuit de uitgangspunten van handelingsgericht werken: wat zijn voordelen en nadelen van classificeren in het onderwijs? We bespreken een manier om 'handelingsgericht te classificeren' aan de hand van de vijf fasen van handelingsgerichte diagnostiek. We ronden af met een pleidooi voor een 'handelingsgerichte indicatiestelling' in Passend Onderwijs.

1 Inleiding

Tegenwoordig worden steeds meer 'zorgleerlingen' van een kinderpsychiatrisch etiket of label voorzien. Leraren, interne en ambulante begeleiders, ouders en diagnostici typeren deze leerlingen al snel met DSM-IV-classificaties als ADHD, autisme, gedragsstoornis, taalstoornis, hoogbegaafd, dyslexie, dyscalculie, DCD of NLD. Soms hoor je een leerkracht verzuchten 'ik heb een moeilijke groep: twee ADHD'ers, drie dyslecten, één met dyscalculie en ook nog twee PDD'ers'. Interne en ambulante begeleiders werkzaam in het regulier en speciaal (basis)onderwijs krijgen van leerkrachten en ouders regelmatig vragen naar labels. Zij spelen deze vragen weer door naar orthopedagogen/psychologen en kinderpsychiaters. Zou deze leerling NLD of het syndroom van Asperger hebben? Is dit kind gewoon heel druk of heeft hij ADHD? Waar komt deze populariteit van classi-

ficaties vandaan? Op het internet, in vakbladen voor leraren en ouders, maar ook in de populaire pers en op tv, krijgt het 'labelen' van kinderen veel aandacht. Artikelen en websites beantwoorden vragen als 'hoe herkent u deze stoornis bij uw leerling of kind?'. Met het invullen van een checklist worden leraren en ouders gestimuleerd om vroegtijdig stoornissen te signaleren. 'Hoe eerder, hoe beter' is de boodschap. Daarnaast bieden veel nascholingsinstellingen cursussen aan waarin leraren, interne en ambulant begeleiders leren hoe ze psychiatrische classificaties kunnen signaleren. Ook orthopedagogen/psychologen werkzaam in het onderwijs of in de jeugdzorg kennen inmiddels de DSM-IV en passen deze toe in hun diagnostiek, evenals kinderpsychiaters¹. Het systeem van indicatiestelling voor speciaal onderwijs/leerlinggebonden financiering (LGF) en het voortgezet onderwijs (LWOO en PRO) dragen bij aan de populariteit van classificaties. Dit geldt tevens voor het persoonsgebonden budget (PGB). DSM-IV-labels leveren school en ouders extra ondersteuning op in de vorm van een 'rugzakje' of budget. Door bovenstaande ontwikkelingen benaderen leraren en ouders professionals steeds vaker met vragen als 'Deze leerling is zo opstandig, heeft hij een gedragsstoornis, kunnen we daarmee een rugzak aanvragen?' of 'Mijn dochter is niet zo sociaal, zij is misschien autistisch, kan ik daarvoor een PGB krijgen?' Meijer (2004) vindt deze 'psychiatrisering van het onderwijs' zorgwekkend,

omdat alle aandacht voor de bijzondere kenmerken van de leerling voorkomt dat we aandacht besteden aan de essentie: hoe komt het dat de leerkracht zijn professionele taak niet optimaal kan uitvoeren en hoe kan hij hierbij het best ondersteund worden? Door over labels en individuele handelingsplannen te praten is er te weinig aandacht voor adaptief onderwijs, zo stelt hij. Al delen wij deze zorg, wij zien het iets genuanceerder (Pameijer, 2004). Het gebruik van classificaties in het onderwijs heeft inderdaad nadelen. Maar het kan ook voordelen hebben voor een leerling en zijn omgeving. Een label kan stigmatiserend zijn voor een kind, maar het kan ook ondersteunend zijn voor kind, ouders en leraar.

Hoe kunnen een interne of ambulante begeleider die handelingsgericht werkt (HGW, Pameijer & Van Beukering, 2006) en een GZ-psycholoog of kinderpsychiater die handelingsgerichte diagnostiek verricht (HGD, Pameijer & Van Beukering, 2004) te werk gaan bij een vraag naar een classificatie? Hoe kunnen deze professionals ervoor zorgen dat hun diagnostiek in het belang van het kind is en de ouders en school ondersteunt? Daar gaat deze bijdrage over. Eerst bespreken we het kader (par. 2): de uitgangspunten van HGW/HGD en relateren deze aan het thema classificeren. Om te kunnen bepalen of het aanvragen of toekennen van een DSM-label in het belang van een specifiek kind is, dient de professional kennis te hebben over de voor- en nadelen van classificeren in het onderwijs (par. 3). Hiermee kunnen school, ouders en diagnosticus in goed overleg – en vanuit hetzelfde kader – besluiten of een classificatie in dit specifieke geval noodzakelijk is (par. 4). Daarna bespreken we de vijf fasen van HGW/HGD bij een vraag naar classificatie (par. 5): hoe kunnen we deze vraag handelingsgericht beantwoorden?

We ronden af met een pleidooi voor een ‘handelingsgerichte indicatiestelling’ in Passend Onderwijs (par. 6).

2 Het kader: de uitgangspunten van HGW/HGD

Voor HGW/HGD gelden zes uitgangspunten:

- 1 De onderwijs- en opvoedingsbehoeften van een leerling en ondersteuningsbehoeften van een leerkracht of ouder staan centraal.
- 2 Er wordt gewerkt vanuit een transactioneel kader.
- 3 Positieve aspecten van kind, leraar, groep, school en ouders zijn van groot belang.
- 4 De professional werkt constructief samen met school, ouders en kind
- 5 Men werkt doelgericht.
- 6 De werkwijze is systematisch en transparant.

Deze uitgangspunten zijn toe te passen door verschillende professionals, zoals intern en ambulant begeleiders, orthopedagogen/psychologen en kinderpsychiaters. Zo ontstaat een gemeenschappelijk kader dat de samenwerking tussen deze professionals bevordert. Het biedt ook houvast in de communicatie met ouders. Betrokkenen streven hetzelfde na en spreken dezelfde taal. De uitgangspunten kunnen ook als kader voor de zorgstructuur in een school en samenwerkingsverband fungeren: zie de ‘1-zorgoute: samen onderwijs passend maken’ (Clijnen e.a., 2007).

Onderwijs- opvoedings- en ondersteuningsbehoeften

Een belangrijk doel van diagnostiek is het bepalen van de onderwijs- en opvoedingsbehoeften van een kind: *wat heeft dit kind nodig om een bepaald doel te behalen, didactisch en pedagogisch?* Deze vraag beantwoorden we in twee stappen:

Stap 1: Vanuit wat het kind al kan (de

beginsituatie, probleembeschrijving of diagnose) formuleren we een reëel kortetermijndoel: wat willen we met dit kind bereiken? Bijvoorbeeld: meer zelfsturing bij de taakaanpak of een positiever zelfbeeld wat betreft zijn gedrag. Voor het bepalen van dit doel kan een classificatie nodig zijn, omdat deze aangeeft wat reële doelen zijn voor dit kind. Zo zal het label ASS bijvoorbeeld aangeven wat haalbare doelen op sociaal gebied zijn of kan de diagnose dyslexie het te verwachten leesniveau op korte termijn aangeven. Daarmee voorkomen we te hoge of te lage doelen.

Stap 2: Wat heeft dit kind extra – bovenop het gangbare aanbod – nodig om dit doel te bereiken? En wat hebben de leerkracht en ouders nodig om dit te kunnen bieden: wat zijn hun ondersteuningsbehoeften? We werken hierbij met hulpzinnen. Hier geven we daar enkele voorbeelden van. *Dit kind heeft ...*

instructie nodig ... die haar sterke visuele kant benut ter compensatie van het zwakke gehoor (met plaatjes, foto's, picto's of stripverhalen); *of* die vooral auditief is (hardop voorlezen en de instructie verwerken in een verhaal, liedje of rijmpje).

... opdrachten nodig ... die net onder haar niveau liggen zodat zij de komende maand vooral succeservaringen zal opdoen; *of* die boven zijn niveau liggen zodat hij voldoende uitdaging krijgt.

... activiteiten nodig ... die aansluiten bij haar belangstelling voor dieren; *of* met een stap voor stapplan dat zelfcorrigerend is zodat hij direct feedback krijgt.

... feedback nodig ... waarbij de inzet/inspanning wordt benadrukt ('je hebt 10 minuten helemaal zelfstandig door-gewerkt'); *of* die in een grafiekje is weergegeven zodat het kind de eigen vorderingen goed kan overzien en zich minder met de andere kinderen gaat vergelijken.

... groepsgenoten nodig ... waarmee ze kan leren samenwerken; *of* die accepteren dat hij 'anders' reageert

in onverwachte situaties.

... een leerkracht nodig die ... de overgangen tussen de activiteiten structureert; *of* die situaties creëert waarin haar sterke kanten (behulpzaam en sociaalvaardig) naar voren komen.

... ouders nodig die ... zicht hebben op de mogelijkheden en beperkingen van hun kind; *of* die elke dag 10 minuten spelenderwijs oefenen met optellen onder de 10.

... buitenschoolse hulpverlening die zich richt op ... verwerking van de scheiding van ouders; *of* die het kind leert omgaan met boosheid.

Classificaties en onderwijsbehoeften: van 'wat een kind heeft' naar 'wat het nodig heeft'

We blijven in gesprekken over kinderen nog vaak hangen in uitgebreide en gedetailleerde probleembeschrijvingen. Of we praten erg lang door over een stoornis als dyslexie, dyscalculie, NLD of ADHD. Hierdoor bestaat het gevaar dat het doel van begeleiding en het traject ernaartoe minder aandacht krijgen. Diagnostische kennis – zoals een classificatie – is belangrijk, want die bepaalt het doel van de begeleiding. Het kan bovendien een belangrijke aanzet tot advisering geven: 'kinderen met deze stoornis hebben een aanpak nodig die ...'. Vanuit dit uitgangspunt gaan we daarom zo snel mogelijk over naar het doel dat we willen bereiken en de aanpak die daarvoor nodig is.

De classificatie is dus slechts het begin. Want of een kind nu heel ernstige leesproblemen heeft of dyslectisch is, extreem druk is of ADHD heeft, de aanpak is in grote lijnen vaak hetzelfde. We benoemen het probleem/de stoornis dus kort en duidelijk: 'OK dat weten we, dan is nu de vraag: wat willen we bereiken?; en welke aanpak is dan nodig qua instructie, opdrachten, feedback, enzovoort?'. Hierdoor ontstaat meer perspectief. Werken vanuit onderwijsbehoeften concretiseert de afstemmings-

visie: kinderen verschillen en de aanpak van de leerkracht en ouders doet ertoe! Zij kunnen voor het kind het verschil maken. Bij het praten over onderwijsbehoeften benutten we ook de kennis en ervaring van alle betrokkenen: leraar, ouders, kind, interne en ambulante begeleider, orthopedagoog/psycholoog en kinderpsychiater. Welke oplossingen hebben zij? Welke aanpak werkt volgens hen? We voegen deze informatie samen, verwerken deze in de hulpzinnen en krijgen daarmee goed zicht op de gewenste aanpak. Deze informatie is te beschouwen als het gewenste 'zorgarrangement' en daarmee relevant in het kader van passend onderwijs (par. 6).

Transactioneel referentiekader

Het gaat bij HGD/HGW om *dit* kind in *deze* school, in *deze* groep, bij *deze* leraar, van *deze* ouders. Kinderen verschillen, maar scholen, groepen, leraren en ouders verschillen ook. Een kind ontwikkelt zich niet in isolement, maar in wisselwerking met zijn omgeving (Bronfenbrenner & Ceci, 1994). De pedagogisch-didactische aanpak van de leraar, diens klassenmanagement, de methodes, de opdrachten, de sfeer in de groep en de opvoeding en ondersteuning vanuit thuis doen ertoe. We richten ons daarom op de afstemming of wisselwerking tussen dit kind en deze onderwijsleer- en opvoedingssituatie: wat zijn hierin de belemmerende en beschermende factoren? De professional is dus niet alleen leerlingen aan het testen en toetsen in de onderzoekskamer. Hij observeert ook in de groep of thuis. Want in die context is vaak ander gedrag te zien dan in de een-op-eensituatie. Een kind dat zich daar bijvoorbeeld goed kan concentreren, kan in de klas afleidbaar zijn. En de diagnosticus interviewt kind, leerkracht en ouders: in welke situaties gaat het moeizaam; wanneer gaat het juist goed; hoe komt dat?; welke oplossingen hebben ze zelf al bedacht of uitgetprobeerd?

Door niet alleen naar kindkenmerken te kijken, zoals een classificatiesysteem als de DSM IV doet, maar ook naar de interacties tussen leraar/leerling, leerling/medeleerlingen en kind/ouders krijgen men een beter begrip van de problemen. Het diagnostisch beeld doet meer recht aan de werkelijkheid. Ook ontstaat er een beter advies, omdat de begeleiding aansluit bij de mogelijkheden op school en thuis. Hierdoor heeft het advies een grotere kans van slagen, want een gecombineerde aanpak is succesvoller dan een aanpak die zich alleen richt op kind, school of ouders, zo weten we uit effectiviteitsonderzoek (Carr, 2000).

Aandacht voor het positieve

Een handelingsgerichte professional zoekt naar de sterke kanten van kind, ouders, leraar, groep en school. Hij verwoordt duidelijk de zorgen, maar ook het positieve of beschermende. Daarmee zwakt hij de ernst van de situatie *niet* af. Het is *en – en*: er zijn ernstige zorgen én er zijn sterke kanten. Dit geldt voor ieder kind, voor iedere leerkracht en voor elke ouder. Belangrijke vragen zijn: wanneer gaat het wel goed?; wat kan hij/zij wel?; wat wil hij/zij wel? Bijvoorbeeld: een kind is sterk gemotiveerd om extra te oefenen op school en thuis; of het heeft specifieke belangstellingen (natuur) of talenten (prachtig tekenen); een leerkracht is pedagogisch sterk (hij weet kinderen te motiveren, kan goed omgaan met verschillen, zorgt voor een veilige groep waarin kinderen samenwerken en elkaar helpen) of ouders hebben goed zicht op de mogelijkheden en beperkingen van hun kind en zij ondersteunen hun kind bij het lezen thuis. Positieve kenmerken zijn relevant voor de diagnostiek en indicatiestelling, maar ze zijn nauwelijks in een classificatiesysteem als de DSM-IV opgenomen. Deze kenmerken hangen samen met de ernst van de problemen: hoe minder positieve aspecten, hoe ernstiger de problemen doorgaans zijn.

Ze kunnen ook aangeven of een bepaalde classificatie al dan niet waarschijnlijk is. Bijvoorbeeld: als de leerkracht als positief kenmerk noemt 'hij is zo lief, voelt mijn stemming goed aan, troost me als er iets is', dan is een ASS onwaarschijnlijk, ook al is dit de hulpvraag van ouders. Door in de intake expliciet aandacht te besteden aan positieve aspecten is onnodig onderzoek te voorkomen. Het benoemen van de sterke kanten van een kind, leerkracht en ouder verhoogt bovendien diens gevoel van competentie ('ik doe/kan het best goed!'). Hierdoor neemt de motivatie om zich in te zetten flink toe. Een kind gaat bijvoorbeeld met meer inzet oefenen, een leerkracht gaat het kind een andere instructie en feedback geven en een ouder gaat thuis meer rekenspelletjes doen. Positieve kenmerken zijn goed te benutten in de aanpak; deze wordt hiermee effectiever. Het blijkt bovendien makkelijker om een beschermende factor uit te breiden dan om een belemmerende factor te veranderen (Carr, 2000).

Constructieve samenwerking

Bij HGW/HGD praten we *met* in plaats van *over of tegen* de leraar, ouders en het kind. De professional communiceert transparant en gebruikt metacommunicatie (Delfos, 2000). Hij is open en duidelijk over zijn bedoelingen: 'ik ga je nu een vraag stellen over ..., want dan weet ik hoe ...'. Een classificatiesysteem kan hierbij ondersteunend zijn, omdat het inzicht geeft in de diagnostische oordeelsvorming en daarmee transparant is. Het is immers duidelijk wanneer een GZ-psycholoog of kinderpsychiater een classificatie toekent: alleen wanneer het kind voldoet aan de criteria. In de samenwerking heeft eenieder vanuit zijn eigen rol en deskundigheid een wezenlijke bijdrage. De leerkracht is de onderwijsprofessional: die kent het kind als leerling het beste, hij ziet deze tijdens instructiemomenten en zelfstan-

dig werken, bij gym en buitenspelen, enzovoort. De ouders zijn de ervaringsdeskundigen: zij kennen hun kind het langst, zien hun kind thuis, achter de computer, voor de tv, met andere kinderen buiten, op de voetbalclub, enzovoort. Het kind kan zelf ook goed aangeven wat het wil veranderen en hoe. En de professional heeft vakinhoudelijke kennis over onderwijsleer- en opvoedingsproblemen, kinderpsychiatrische beelden, begeleiding en behandeling. Het is zijn verantwoordelijkheid om deze kennis en ervaring te vertalen naar wat dit kind nu nodig heeft en wat dit betekent voor het onderwijsaanbod op school en de opvoeding thuis. Vanuit deze verschillende posities zoeken betrokkenen gezamenlijk naar oplossingen, waarbij de belangen van het kind steeds centraal staan. De professional zit hierbij in twee rollen: die van gedragswetenschapper én die van samenwerkingspartner (praktijkwetenschapper). Met het toepassen van wetenschappelijke kennis en goede onderzoeksmiddelen ontstaat een zo valide mogelijk diagnostisch beeld. Door het samenwerken vanaf de intakefase is er meer kans op acceptatie van de diagnose; het is voor betrokkenen 'onze diagnose' in plaats van 'de diagnose van de professional'. Gezamenlijk wordt een plan van aanpak opgesteld, waardoor eenieder zich mede verantwoordelijk voelt en het plan een grotere kans van slagen heeft.

Doelgericht werken

Een doel van diagnostiek is het beantwoorden van diagnostische vragen. Een GZ-psycholoog of kinderpsychiater werkt vraaggericht: hij gaat van vraag naar antwoord. Zo'n vraag kan een onderkende vraag zijn: is er sprake van een specifieke stoornis? De professional stemt zijn werk weliswaar af op de wensen en verwachtingen van school, ouders en kind, maar behoudt te alle tijden zijn eigen verantwoordelijkheid (het is niet 'u vraagt, wij draaien').

Hij doet alleen onderzoek als dat strikt noodzakelijk is, bijvoorbeeld om te bepalen of een kind aan de criteria van een specifieke stoornis voldoet of om de onderwijs- en opvoedingsbehoeften te formuleren. En hij kent alleen een classificatie of label toe indien er voldoende objectieve aanwijzingen voor zijn. Bij twijfel formuleert hij deze: welke argumenten pleiten voor deze stoornis en welke pleiten ertegen? Wat betekent dit voor de aanpak die het kind nodig heeft? Het doel van HGD is een goed plan van aanpak te kunnen maken. Als men met de beschikbare gegevens al zo'n plan kan maken, dan verricht men dus verder *geen* onderzoek! Pas als er te weinig gegevens zijn om een doel of plan van aanpak te kunnen formuleren – of als het plan niet blijkt te werken – is het noodzakelijk om gericht specifieke informatie te gaan verzamelen.

Systematiek en transparantie

Bij HGW/HGD werkt de professional systematisch stap voor stap, volgens fasen. Dat is nodig omdat hij soms in korte tijd zicht moeten krijgen op de problemen en de gewenste aanpak. Hij overweegt daartoe verschillende alternatieven en neemt in korte tijd veel beslissingen, zoals 'volgens mij heeft deze jongen een gedragstoornis' of 'dit is echt een kind voor die training'. Snel beslissen heeft risico's, zoals het over het hoofd zien van relevante informatie of het alleen zoeken naar die informatie die past bij de eigen voorkeurshypothese (of 'stokpaardje'). Daarom gebruiken we bij HGW/HGD formulieren en checklists. Deze sturen en ondersteunen ons denken en handelen; ze fungeren als geheugensteun en als bescherming tegen valkuilen in de besluitvorming. Bijvoorbeeld: heb je ook gezocht naar informatie die tegen je voorkeurshypothese pleit? Met name bij onderzoek in het kader van classificeren is er dit risico: vanuit een hypothese zoals 'oppositieel opstandige gedragsstoornis (ODD)' zoekt de diagnosticus

(al dan niet bewust) gericht naar kenmerken van deze stoornis (driftig, ruzie, opstandig, ergert anderen, geeft anderen de schuld, prikkelbaar, boos, wraakzuchtig). De kans dat hij ze vindt is daarmee groot. Zeker als hij verzuimt om ook gericht en bewust te zoeken naar kenmerken die ertegen pleiten. Iedere professional zal zijn eigen formulieren en checklists moeten maken, zodat ze passen bij zijn eigen visie en werksetting. Anders zal hij deze 'hulpmiddelen' als een keurslijf ervaren. De HGW/HGD-formulieren zijn hiertoe te bewerken. De oordeelsvorming is hiermee transparant: het is voor betrokkenen inzichtelijk waarop deze is gebaseerd. Het is goed uit te leggen wat we willen weten en waarom. Vanuit dit uitgangspunt zijn er zijn nog enkele andere richtlijnen: (1) gebruik instrumenten die voldoende betrouwbaar en valide zijn en die recent genormeerd zijn; (2) hanteer diagnosen die theoretisch en/of wetenschappelijk verantwoord zijn en (3) adviseer behandelingen die werkzaam zijn gebleken. We pleiten dus voor 'evidence-based' werken, voor zover mogelijk: het benutten van de beschikbare wetenschappelijke kennis (Onderwijsraad, 2006).

3 Voor- en nadelen van classificeren in het onderwijs

Hoe kan een interne of ambulante begeleider, orthopedagoog/psycholoog of kinderpsychiater reageren op een leraar, ouder of kind die wil weten of er sprake is van een bepaalde stoornis? Gaat hij – vanuit zijn streven vraaggericht te werken – direct akkoord met deze vraag? Of probeert hij – vanuit zijn doelgerichte aanpak – de vraag naar een label om te buigen naar een andere vraag, zoals naar wat het kind nodig heeft (i.p.v. wat het heeft)? Om dit besluit te nemen, kan hij – samen met ouders, school (en ouder-kind) – de nadelen en voordelen van een bepaalde classificatie voor dit specifieke cliëntsysteem van kind, ouders en school in kaart brengen. We bespreken

hier een aantal algemene nadelen en voordelen van classificeren in het onderwijs. We beogen hiermee een kader voor discussie te bieden.

Enkele nadelen van classificeren in het onderwijs

- 1 Classificatiesystemen als de DSM-IV zijn ontwikkeld vanuit een medisch-psychiatrisch perspectief, waardoor ze moeilijk in het onderwijs zijn toe te passen. Psychiatrische taal laat zich niet gemakkelijk vertalen in onderwijs termen en -behoeften. Dat is ook niet de bedoeling van deze systemen, ze zijn primair bedoeld om de communicatie tussen wetenschappers en hulpverleners onderling te verbeteren.
- 2 De kwaliteit van een classificatie is sterk afhankelijk van de deskundigheid van de diagnosticus die beoordeelt of de symptomen al dan niet aanwezig zijn. In die zin kan de objectiviteit van een classificatie in gevaar zijn. Veel criteria bevatten de term 'vaak', een subjectief begrip. Ook al dient de beoordelaar dit begrip te relateren aan de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van het kind, er zullen verschillen zijn tussen professionals met als risico een lage interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Classificeren vergt dan ook wetenschappelijk onderbouwde kennis van en ruime ervaring met ontwikkelingspsychopathologie en kinderpsychiatrische problematiek.
- 3 Sommige in de praktijk veel gehanteerde labels blijken onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd, zoals NLD (Eling, 2007).
- 4 Aangezien een classificatiesysteem als de DSM-IV vooral kindkenmerken betreft, doet het geen recht aan een transactioneel kader waarin het juist gaat om de afstemming tussen de onderwijs- c.q. opvoedingsbehoeften van het kind en het onderwijsaanbod c.q. de opvoeding. Een risico bij het

gebruik van de DSM-IV is dat de diagnostiek zich alleen op kindkenmerken richt, waardoor de rol van de onderwijsleer- en opvoedingssituatie onderbelicht blijft. Het kind krijgt hierdoor als het ware de schuld van de problemen ('childblaming') en de begeleiding richt zich vooral op het kind en minder op de onderwijsleer- en opvoedingssituatie, terwijl zich daar ook in stand houdende factoren bevinden. Gedragsproblemen zijn bovendien situatiespecifiek (contextgebonden): ze kunnen in de ene situatie vaker optreden dan in de andere. Kenmerken van ODD en ADHD bijvoorbeeld zijn gerelateerd aan de aanpak van een leerkracht of ouder. Hoe minder duidelijk de gedragsregels zijn en hoe minder structuur er is, des te groter is de kans dat de kenmerken zich 'vaak' zullen voordoen. Twee kinderen met eenzelfde label kunnen zich verschillend gedragen. Of de leerkracht en ouders al dan niet problemen met deze kinderen ervaren wordt mede bepaald door de manier waarop zij ermee omgaan. Classificeren heeft hierdoor weinig betekenis voor de concrete aanpak van een kind op school of thuis. Het is lastig om een adequate aanpak te adviseren op basis van alleen een label, zonder te weten hoe de interacties tussen leerling/leerkracht en kind/ouders verlopen. De problemen zijn immers onderdeel van deze interacties. Een succesvolle aanpak zal hierbij moeten aansluiten.

- 5 Een classificatiesysteem als de DSM IV is een categoriaal systeem, het is 'alles of niets'. Het kind voldoet aan de criteria of niet; de stoornis is aanwezig c.q. afwezig. Een kind heeft ADHD of niet, een 'beetje ADHD' kan niet. Hierdoor kan het gebeuren dat een kind dat aan zes van de zes criteria voldoet wel het label ADHD krijgt toegekend, terwijl een kind dat aan vijf van de zes criteria

- voldoet dit label niet krijgt. T.a.v. deze twee kinderen, die qua problematiek en onderwijsbehoeften vergelijkbaar zijn, kan een verschillend besluit genomen worden: het eerste kind krijgt wel een beschikking voor LGF/SO en het tweede kind niet. Hetzelfde probleem geldt voor de classificatie van IQ's waarbij men strikte afgrenzingen hanteert: een IQ onder de 70 versus een IQ van 71. Gezien de standaard meetfout bij een IQ-meting betekent twee punten verschil eigenlijk niets, maar het kan wel bepalen of er een beschikking komt of niet. Willen we zicht krijgen op de onderwijs- en zorgbehoeften van een leerling – en dat is de bedoeling van indicatiestelling – dan is probleemgedrag beter te beschrijven met een dimensioneel systeem: op verschillende dimensies (zoals de HGD-clusters, zie par. 5) met een continuüm van minder naar meer kenmerken en gradaties van ernst (zoals de CBCL/TRF-lijsten). Op een dimensioneel systeem zullen bovenstaande twee kinderen minder extreem van elkaar verschillen: op de schaal Aandachtsproblemen van de CBCL/TRF bij wijze van spreken maar '1 punt'.
- 6 Kinderen ontwikkelen zich, hun problemen variëren door de tijd en zijn gebonden aan levensfasen en de mate van afstemming vanuit de omgeving. Hieraan komt een categoriaal systeem als de DSM IV niet tegemoet. Ook hier geldt dat een dimensioneel systeem beter past: in perioden dat het goed gaat zullen er lagere scores op een dimensie zijn en in perioden dat het moeilijk gaat zullen er hogere scores zijn. Met een 'alles of niets' categoriaal systeem is het mogelijk dat een kind in een 'slechte periode' wel een classificatie krijgt toegekend, terwijl het dat in 'goede periode' niet zou krijgen omdat het dan net niet aan alle criteria voldoet. Knelpunten t.a.v. de herindicatie voor SO/LGF hangen hiermee samen. Met ambulante begeleiding of plaatsing op het SO kan een betere afstemming zijn bereikt waardoor de gedragsproblemen afnemen. De vraag is echter of daarmee ook de LGF of het SO kan worden beëindigd.
 - 7 Een label kan als excuus dienen om niet tot een verandering in aanpak of tot extra zorg te komen. Een leraar, ouder of kind kan de classificatie als een vaststaand en nauwelijks te beïnvloeden kenmerk ervaren. In dat geval zal het label stigmatiserend werken en leiden tot een 'self-fulfilling prophecy'. Het bestendigt de opvatting dat het kind de probleemdager is en dat een leerkracht of ouder dus weinig aan het probleem kan doen. Een groot risico want, zoals bekend, leiden lage verwachtingen van een leerkracht tot lage prestaties bij de leerling.
 - 8 Vanuit ethisch oogpunt is bezwaar te maken tegen de eenzijdige aandacht voor pathologie, waardoor positieve factoren van het kind over het hoofd worden gezien. De problemen kunnen daardoor als te ernstig worden ingeschat. Of men benut de positieve factoren niet in de aanpak waardoor deze een lagere kans van slagen heeft. Hierdoor wordt het toekomstperspectief van het kind ten onrechte beperkt.

Enkele voordelen van classificeren in het onderwijs

- 1 Een belangrijk doel van classificeren is het hanteren van een helder begripkader ter bevordering van de communicatie tussen deskundigen. Bijvoorbeeld: 'We spreken pas van ADHD als er sprake is van aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsiviteit en die kenmerken omschrijven we als volgt ...'. Het hanteren van dergelijke omschrijvingen met concrete criteria bevordert de systematiek in

- het diagnostisch proces en de communicatie tussen ouders, school, diagnostici en hulpverleners, bijvoorbeeld bij een verwijzing naar de jeugdzorg. Zorgen van school, ouders, kind en professionals kunnen erin geobjectiveerd en gerubriceerd worden. Het is inzichtelijk waarom de diagnosticus een bepaald label al dan niet toekent; zijn besluitvorming is transparant.
- 2 De DSM-IV bevat klinisch relevante beelden en de meest voorkomende stoornissen zijn erin opgenomen. Voor veel van deze stoornissen is empirische ondersteuning (Grietens, 2008). Bovendien zijn er steeds meer instrumenten beschikbaar waarmee DSM IV classificaties zijn te operationaliseren (Resing e.a., 2005).
 - 3 Een classificatie is een onderdeel van het diagnostische proces. Het is te beschouwen als een objectieve probleembeschrijving waarin symptomen zijn geordend of geclusterd volgens een syndroom (De Bruyn e.a., 2003). Een classificatie kan het antwoord zijn op een onderkende vraag (zoals: is dit meisje depressief?). Het is echter geen verklarende diagnose (we weten nog niet waarom ze depressief is). Een classificatie kan tot verklarende vragen leiden, zoals 'hoe stemmen de leerkracht en de ouders zich af op dit kind met deze classificatie?'; hoe is de 'goodness of fit'? en 'welk onderwijsaanbod past bij een kind met dit label?' De diagnostiek zal zich naast de onderkenning van bijvoorbeeld een ASS richten op deze afstemming. Onderzoeksvragen zijn dan bijvoorbeeld: 'accepteren de betrokkenen het kind met ASS zoals het is; zien ze ook wat het kind wél kan?'; 'hebben zij reële verwachtingen en doelen ten aanzien van het kind?'; 'zijn zij op de hoogte van diens behoeften en kunnen zij hun aanpak hierop afstemmen?' Op deze manier krijgt een classificatie een functie binnen het transactionele kader.
 - 4 Een label kan de acceptatie van kinderen met leer- en gedragsproblemen bevorderen. Dankzij zo'n label accepteren andere kinderen, leraren en ouders hen vaak makkelijker dan de 'gewone' minder goed presterende of lastige kinderen. Hun probleem is immers 'officieel erkend'. Het is geen onwil maar onvermogen; het is geen kwestie van niet-willen maar van niet-kunnen. Zij begrijpen het kind beter, want ze kunnen bepaald gedrag plaatsen als 'een kenmerk van ...'. Een label kan daardoor een beschermende functie hebben. De oudervereniging Balans Belang verwoordt dit als volgt: met het classificeren van stoornissen '... voorkomen we dat er verwachtingen zijn die het kind uit onvermogen niet waar kan maken. Juist doordat een classificatie bekend is, kunnen we rekening houden met de problemen van het kind en krijgt het kind met leer- en gedragsproblemen een optimale ontwikkelingskans' (Paternotte, 2003, p. 4).
 - 5 Een label kan het kind helpen meer grip op zijn mogelijkheden en beperkingen te krijgen. Een kind met dyslexie begrijpt bijvoorbeeld waarmee het langzame lezen samenhangt met en dat hij/zij extra moet oefenen ('ik ben dus niet dom en als ik veel oefen zal het lukken').

Conclusie

Relateren we voorgaande voor- en nadelen van classificeren aan de uitgangspunten van HGW/HGD dan zien we het volgende. Classificeren is een systematische en transparante manier van werken; het is duidelijk om welke criteria het gaat en wanneer men wel/niet van een stoornis mag spreken. Het kan daarmee bijdragen aan een constructieve samenwerking tussen betrokkenen, het biedt hen een gemeenschappelijk kader. Classificeren kan ook bijdragen aan

doelgericht onderzoek, de hypothese van een classificatie bepaalt immers welk onderzoek noodzakelijk is. De diagnosticus kan gericht op zoek gaan naar criteria die ervoor én ertegen pleiten. En het kan een rol spelen bij het bepalen van reële doelen en daarmee een aanzet geven tot de onderwijs- en opvoedingsbehoeften van een kind. Maar een classificatiesysteem als de DSM IV is niet conform een transactioneel kader en er is geen aandacht voor de positieve aspecten van kind, leerkracht en ouders.

Hierdoor is de bruikbaarheid voor handelingsplanning gering. Als het gaat om de indicerende vraag naar welke aanpak een specifiek kind nodig heeft, dan is een classificatie lang niet altijd nodig. Vaak is ook zonder label aan te geven wat de pedagogisch-didactische behoeften van de leerling zijn en welk onderwijsaanbod daarbij past. Het doet er in dat geval niet toe welke classificatie die leerling zou hebben. Zo profiteren zowel een kind met dyslexie als een kind met ernstige leesproblemen van een 'dyslexie-aanpak'. En een kind met ADHD en een hyperactief kind hebben beiden een structurerende aanpak nodig. Of het kind nu wel of niet dyslexie of ADHD heeft, voegt niet veel toe: de gewenste aanpak is nagenoeg dezelfde. In dergelijke gevallen is classificeren niet functioneel, want het beïnvloedt de aanpak op school of thuis vrijwel niet. Men kan de tijd dan beter investeren in het gezamenlijk formuleren van de onderwijsbehoeften, het realiseren van het gewenste onderwijsaanbod en het ondersteunen van kind, school en ouders. Wanneer is classificeren dan wel zinvol?

4 Wanneer is classificeren in het onderwijs zinvol?

Classificeren kan zinvol zijn wanneer de problemen aanhouden, ondanks de extra begeleiding van een intern of extern begeleider. En wanneer school, ouders en

kind willen weten wat er aan de hand is, zodat zij hun verwachtingen en doelen kunnen bijstellen. In deze gevallen kan classificeren zinvol zijn. Een classificatie kan leerkracht en ouders inzicht geven in de problematische situatie. Zij begrijpen waarom het zo moeilijk is om deze leerling/dit kind goed te onderwijzen/op te voeden. Ook een kind begrijpt de situatie beter en ziet daardoor weer perspectief. Gezamenlijk gaat men inzien wat het kind wél kan en stelt men reële doelen.

Een kind met een handicap of stoornis kan zich doorgaans moeilijk aan de omgeving aanpassen. De omgeving moet zich aan het kind aanpassen zodat het zich veilig voelt en zich optimaal kan ontwikkelen. Ouders voelen zich nogal eens schuldig over de problemen van hun kind (Hellinckx & Ghesquire, 1999). Zij wijten die aan zichzelf of aan hun opvoeding, terwijl er soms sprake is van een handicap bij het kind. Een stoornis als autisme bijvoorbeeld kan aan problemen op school of thuis ten grondslag liggen. Het is dan belangrijk dat zo'n stoornis onderkend wordt (Van Doorn & Verheij, 2002). Het onderkennen en expliciet benoemen van de stoornis kan de acceptatie van het kind bevorderen en kan voor zowel ouders als leerkracht een stimulans zijn om het probleem anders aan te gaan pakken. Gedegen uitleg (psycho-educatie) aan school, ouders en kind is hierbij noodzaak. Wanneer school en ouders inzien dat het voor een kind met ADHD heel moeilijk is om langdurig stil te zitten, kunnen ze meer begrip voor dit kind opbrengen. Het is immers geen onwil maar onkunde. Juist bij deze kinderen is het van groot belang dat de omgeving zich beter op hen afstemt. Het gaat daarbij niet alleen om de kennis en attitude (acceptatie) van de leerkracht en ouder, maar ook om diens vaardigheden om op een positieve manier met het kind om te gaan. Vanuit dit gezichtspunt kan een classificatie perspectief aan kind, ouders en school bieden: jullie inzet

doet ertoe!

Een classificatie kan tenslotte aangeven op welke wijze de omgeving beter op het kind kan inspelen. Het geeft globale aanwijzingen voor de aanpak van een kind met (kenmerken van) die classificatie. Deze zijn te vertalen in onderwijsbehoeften: het type instructie, opdrachten, activiteiten, structuur, feedback, enzovoort. Tips of 'recepten' die zijn gebaseerd op een classificatie en die voor iedere situatie gelden, bestaan echter niet. Iedere 'tip' zal samen met betrokkenen vertaald moeten worden naar hun unieke situatie. Wat voor de ene leerkracht of ouder wenselijk en haalbaar is, hoeft dat voor de andere niet te zijn. Daarom vertalen we de algemene adviezen naar de specifieke situatie van *dit kind op deze school en uit dit gezin*. Dit gebeurt in goed overleg tussen diagnosticus, interne of ambulante begeleider, leraar, ouders en leerling, zodat ieders deskundigheid benut wordt.

Conclusie

Classificeren is lang niet altijd nodig, maar kan soms functioneel zijn. Het kan bijdragen aan meer inzicht in en begrip voor de situatie; reële doelen van begeleiding; een betere aanpak op school en thuis en aan een gerichte verwijzing naar de jeugdzorg. In dat geval is een classificatie in het belang van het kind. Vervolgens komt de vraag: wat heeft deze leerling in pedagogisch-didactisch opzicht nodig, in hoeverre lukt het de leerkracht en ouders dit te bieden en hoe kunnen we de gewenste aanpak realiseren in het licht van de doelen die we nastreven? Dit gebeurt in goed overleg met betrokkenen:

- de leraar, interne en/of ambulante begeleider als onderwijsprofessionals,
- de ouders als ervaringsdeskundigen,
- het kind om wiens belang het gaat en
- de diagnosticus als gedragswetenschapper en samenwerkingspartner.

De diagnosticus kent alleen een classificatie toe wanneer daar voldoende be-

trouwbare aanwijzingen voor zijn en wanneer het in het belang van het kind is om deze classificatie toe te kennen. Hij doet dit op een zodanige manier dat er meer (of zwaardere) voor- dan nadelen zijn. Kortom, gezamenlijk gaat men na of een classificatie in dit specifieke geval meerwaarde heeft, tot adequater handelen zal leiden en in het belang van het kind is. Vanuit deze visie zijn de fasen van HGD toe te passen bij een classificerende vraag.

5 Handelingsgericht classificeren

In deze paragraaf vatten we de vijf fasen van HGD beknopt samen. We geven daarbij aan hoe een orthopedagoog/psycholoog of kinderpsychiater in de rol van diagnosticus te werk kan gaan als een cliënt hem benadert met een vraag naar een classificatie of label.

Fase 1: Intake

De *intakefase* heeft twee doelen:

- 1 Informatie verzamelen zodat de strategie uitgezet kan worden: wat gaan we doen?
- 2 Afstemming bereiken tussen de hulpvragers (school, ouder, kind) en de diagnosticus, zodat een constructieve samenwerking mogelijk wordt.

De diagnosticus brengt hiertoe doelgericht de aanmelding in kaart:

- Wat is de reden van aanmelding?; wat is de aanleiding?; waarom wordt het kind juist nu aangemeld?
- Wat zijn hun hulpvragen?; hebben zij een vraag naar een specifieke classificatie?; wat willen ze precies weten en waarom willen ze dat weten? ('als we weten dat ..., dan kunnen we ...').
- Welke zorgen hebben leraar, ouders en kind?; hoe zien zij het probleem?; waardoor komt het naar hun idee?; denken ze aan een bepaalde DSM-IV-stoornis?; hoe komen ze daaraan?;

wat zien zij als kenmerken daarvoor en daartegen?

- Wat gaat juist goed volgens hen?; welke positieve aspecten zien zij bij kind, leraar, school, ouders?; zijn deze consistent met de stoornis die zij vermoeden?
- Welke concrete oplossingen zien zij?; is een classificatie daarvoor nodig of kan het ook zonder?; wat is er tot nu toe gedaan aan het probleem?; wat werkte in het verleden goed?
- Wat verwachten en wensen de betrokkenen van de diagnostiek?; wat willen ze en wat willen ze per se niet?; zou het al dan niet toekennen van een specifieke classificatie goed of juist slecht nieuws zijn?

Bij een specifieke vraag naar een classificatie kan de diagnosticus de voor- en nadelen van dit label voor dit kind bespreken met betrokken (par. 3). Hij zal pas een vraag naar classificatie aannemen als die vraag in het belang van het kind is en als de beantwoording ervan noodzakelijk is.

Fase 2: Strategie

De strategiefase is een fase van reflectie waarin de diagnosticus drie vragen stelt: *wat weten we al, wat moeten we nog weten en waarom moeten we dat weten?*

Hij overdenkt de gegevens, reflecteert op de problemen en positieve aspecten van het kind en de onderwijsleer- en opvoedingssituatie. Hij ordent de recente en objectieve informatie in vijf kindclusters: (1) Leervoorwaarden en schoolse vaardigheden, (2) Werkhouding en taakgedrag, (3) Cognitief functioneren, (4) Sociaal-emotioneel en psychisch functioneren en (5) Lichamelijk functioneren. Binnen deze clusters kan men gedragingen ordenen vanuit een classificatiesysteem: binnen (1) kan er bijvoorbeeld sprake (of een vermoeden) zijn van dyslexie of dyscalculie, binnen (2) van ADHD, binnen (4) van ODD, een angststoornis of depressie. Weet de diagnosticus nu al voldoende om de situatie te

begrijpen, een transactioneel beeld te formuleren en een advies te geven? Kan hij de hulpvraag al beantwoorden? Of heeft hij hiervoor een classificatie nodig? Zo ja, is deze al toe te kennen of heeft hij nog aanvullende gegevens nodig? Weet hij nog onvoldoende om de hulpvraag te beantwoorden, dan gaat de casus naar de onderzoeksfase. De diagnosticus formuleert in dat geval onderzoeksvragen. Dat doet hij niet 'onbeperkt'. Hij gaat doelgericht te werk en benut steeds de informatie die hij al heeft en de recente wetenschappelijke kennis op zijn vakgebied. De vraag moet er toe doen; die moet een beslissing beïnvloeden. Het antwoord moet leiden tot een concreet en bruikbaar advies. Dan gaat hij deze vraag onderzoeken. Bij iedere onderzoeksvraag vraagt hij zich daarom af: voor welke beslissing of aanpak is deze onderzoeksvraag relevant? Hij past de zogenoemde '*als-dan-redenering*' toe: '*als* ik weet (via onderzoek) dat dit kind deze stoornis wel/niet heeft ..., *dan* betekent dit voor de aanpak dat ...'. Zo komt hij tot een selectie van relevante onderzoeksvragen betreffende één of meer classificaties.

Fase 3: Onderzoek

In de onderzoeksfase verzamelt de diagnosticus doelgericht gegevens om de vraag naar een bepaalde classificatie te beantwoorden. Hij zoekt daarbij zowel naar kenmerken die ervoor pleiten, als ook naar kenmerken die ertegen pleiten. Het begrip onderzoek vatten we breed op. Het gaat niet alleen om het testen en toetsen van het kind, maar ook om het gericht interviewen van ouders, leerkracht en kind, het analyseren van schoolwerk, het observeren van interacties op school en thuis, het observeren van de pedagogisch-didactische aanpak van de leerkracht en de opvoeding van de ouders. De diagnosticus hanteert hierbij een eigen checklist met punten als:

- Heb ik wel de geschikte instrumenten gekozen om de vragen te beantwoor-

den? Zijn ze voldoende betrouwbaar en valide en goed genormeerd?

- Betrek ik leraar, kind en ouders actief bij het onderzoek? Kunnen en willen ze als mede-onderzoeker een bijdrage aan het onderzoek leveren? Bijvoorbeeld door een dagboek bij te houden en te noteren wanneer het probleemgedrag zich wel en niet voordoet.
- Heb ik goed zicht op de positieve factoren van kind, leraar, groep, school en ouders? Pleiten deze voor of juist tegen de classificatie? Zijn er bijvoorbeeld veel protectieve factoren in de onderwijsleer- en opvoedingssituatie, dan kan men eerder denken aan een kindkenmerk.
- Is mijn verslag vraag-antwoord-gericht? Heb ik iedere vraag beknopt en onderbouwd beantwoord? Is het duidelijk waarom ik de vraag 'heeft dit kind deze stoornis' met 'Ja' of 'Nee' beantwoord? Als dit niet duidelijk is, zijn de argumenten voor en tegen deze classificatie dan helder weergegeven?

Fase 4: Indicering

De indiceringsfase is net als de strategie-fase een fase van reflectie. Nu reflecteert de diagnosticus op de onderzoeksgegevens. Wat zijn de conclusies en wat betekenen deze voor de gewenste aanpak?

Hij checkt:

- Is er in de samenvatting (integratief beeld) aandacht voor de problemen én positieve aspecten van leerling, leraar, groep, school en ouders?
- Is er aandacht voor de wisselwerking tussen kind, onderwijsleer- en opvoedingssituatie (transactionele uitgangspunt)?
- Is het duidelijk waar we naar toe willen werken? Hebben we duidelijke doelen en een reëel ontwikkelingsperspectief geformuleerd?
- Zijn de onderwijs/opvoedingsbehoeften van het kind duidelijk? Is helder wat het kind nodig heeft?

Dus: instructie nodig die ..., leeractiviteiten nodig die ..., feedback nodig die ..., enzovoort.

- Is het duidelijk wat de diagnosticus als een wenselijke aanpak beschouwt, wat diens beargumenteerde voorstellen zijn?

Fase 5: Advies

In een adviesgesprek bespreekt de diagnosticus de bevindingen. Dat doet hij 'op maat': afgestemd op deze leraar, deze ouders en dit kind. Per vraag geeft hij een helder antwoord en relateert deze aan de ideeën van betrokkenen: u wilt/jullie willen weten of er sprake was van ADHD/NLD/ASS; ik ben van mening dat ...'. Vervolgens stelt hij het antwoord op de onderzoeksvraag expliciet ter discussie: is het herkenbaar voor leraar, ouders (en ouder-kind)?; Zijn zij het ermee eens of niet? Pas bij voldoende overeenstemming gaat hij door naar de volgende stap: het bespreken van de voorstellen voor de gewenste aanpak. Overleg naar aanleiding van de onderwijs- en zorgbehoeften volgt. Gezamenlijk worden deze voorstellen geconcretiseerd en op maat gemaakt zodat ze haalbaar zijn voor deze school, deze ouders en dit kind. Afspraken voor de begeleiding en de evaluatie ervan worden gemaakt. Ten slotte evalueren diagnosticus, school en ouders (en kind) het diagnostisch traject: zijn hun vragen bijvoorbeeld goed beantwoord?; kunnen zij nu verder?; was de samenwerking constructief?

6 Passend onderwijs en indicatiestelling

Een DSM-IV-classificatie dient momenteel als 'paspoort' voor extra zorg in het onderwijs; de subsidiatoekenning wordt ermee verantwoord. Het is verplicht bij de indicatiestelling voor LGF, SO, LWOO en PRO. Het al dan niet hebben van een classificatie bepaalt of een kind naar het speciaal onderwijs mag c.q. een 'rugzak-

je met geld' krijgt. Daardoor kan het 'aantrekkelijk' voor een school zijn om een leerling met een stoornis te hebben. Dit kan leiden tot 'overclassificeren': bij twijfel ('heeft dit kind nu vijf of zes criteria van de stoornis?') kiest men er soms voor de classificatie toch toe te kennen ('zes criteria, dus stoornis toekennen'). Als gevolg hiervan kunnen 'valse positieven' ontstaan: kinderen die ten onrechte een label krijgen. Enerzijds is dit te begrijpen omdat betrokkenen zoveel mogelijk leerlingen willen laten profiteren van extra voorzieningen. School, ouders en diagnosticus hebben daarbij een gemeenschappelijk belang: het kind. Anderzijds kan deze situatie tot een onterechte toename van bepaalde stoornissen leiden (vooral van de zogenoemde 'restclassificaties' zoals PDD-NOS). Een classificatiesysteem suggereert bovendien ten onrechte verschillen tussen kinderen met verschillende classificaties en overeenkomsten tussen kinderen met dezelfde classificatie (Haynes, 1998). Kinderen met dezelfde classificatie kunnen aanzienlijk van elkaar verschillen qua problematiek en onderwijs- en zorgbehoeften, terwijl kinderen met verschillende classificaties qua problematiek en onderwijs- en zorgbehoeften op elkaar kunnen lijken.

Een beleidsverandering is op komst: herijking van de zorg met als doel Passend Onderwijs voor iedere leerling op basis van een zorggewicht (Ministerie van O, C & W, 2007). De kern van Passend Onderwijs is dat voor alle leerlingen de kansen op de beste ontwikkeling centraal staan, voor 'gewone' leerlingen maar ook voor leerlingen die extra ondersteuning nodig hebben om het onderwijs te volgen. Alle leerlingen hebben recht op goed onderwijs. Doelen van passend onderwijs zijn onder andere de zorg aan kinderen te verbeteren en de beperkingen van de bestaande wet- en regelgeving op te lossen. Zo beoogt men onder andere de positie van de ouders te

versterken rond de invulling van het zorgarrangement en besturen van scholen een 'zorgplicht' op te leggen om leerlingen een passend onderwijsaanbod te bieden, al dan niet via de eigen school. Het wettelijk onderscheid tussen regulier en speciaal(basis)onderwijs verdwijnt. Het kind staat centraal, er mag geen kind tussen wal en schip vallen en het gaat erom wat een kind wél kan. Per leerling zal gekeken worden waar het passende onderwijsaanbod het beste gerealiseerd kan worden. Deze uitgangspunten van Passend Onderwijs zijn veelbelovend! Er zijn echter enkele voorwaarden, met name de mogelijkheden van het onderwijs om kinderen daadwerkelijk het onderwijsaanbod te bieden dat zij nodig hebben. De kwaliteit van het onderwijsaanbod zal moeten verbeteren, evenals het onderwijs aan leerlingen die extra ondersteuning nodig hebben. En die verbeteringen moeten ook daadwerkelijk de klas bereiken: de leerkracht moet zich competent voelen en de ondersteuning krijgen die zij nodig heeft om ook het kind met specifieke onderwijsbehoeften te bieden wat het nodig heeft. Wat hebben scholen hiervoor nodig?; waar liggen hun ondersteuningsbehoeften?; wanneer zijn hun grenzen in zicht?

Daarnaast valt of staat deze beleidsverandering met een 'terechte' indicatiestelling: een systeem van indiceren waarbij die kinderen die daar recht op hebben de extra zorg ook krijgen. Met andere woorden, een systeem met zo min mogelijk kinderen die ten onrechte niet geïndiceerd worden terwijl ze de extra zorg wél nodig hebben ('valse negatieven') en zo min mogelijk kinderen die ten onrechte wel geïndiceerd worden ('valse positieven'). Dit systeem dient eveneens objectief en transparant te zijn. Het moet ook haalbaar zijn voor de praktijk, conform de beroepscode zijn en door betrokkenen als zinvol worden ervaren. Bij voorkeur levert dit systeem van indicatiestelling gegevens op die zijn te

vertalen in onderwijsbehoeften, zodat meteen de aanzet tot handelingsplanning is gegeven. Het moet tenslotte ook nog financieel te beheersen zijn, zowel de indicatiestelling zelf als de uitkomsten ervan (het zorggewicht). Geen eenvoudige opgave!

Handelingsgerichte indicatiestelling

Het is nog niet duidelijk hoe de indicatiestelling voor Passend Onderwijs vorm zal krijgen. Gaat men het zorggewicht indiceren op grond van classificaties, zoals nu het geval is, of op grond van onderwijsbehoeften? Passend Onderwijs vergt – gezien het doel ervan – een andere vorm van indicatiestelling dan de huidige slagboomdiagnostiek. In haar notitie ‘Niet de procedure maar het kind centraal’ (2005) pleit de NIP/NVO-werkgroep LGF voor een ‘handelingsgerichte indicatiestelling’ waarbij het gewenste onderwijs- en zorgaanbod centraal staat. Men dient derhalve HGD in plaats van slagboomdiagnostiek toe te passen, aldus de werkgroep. Vanaf het begin van het proces van indicatiestelling moet er samenwerking zijn met ouders, leerling en school, conform de werkwijze van HGD. De NIP/NVO-werkgroep beveelt aan te indiceren volgens een transparant protocol waarin de onderwijsbehoeften van een leerling centraal staan: wat heeft deze leerling nodig aan onderwijs en zorg? Het antwoord bepaalt het zorgarrangement en zorggewicht. Hoe meer specifieke onderwijs- en zorgbehoeften, hoe zwaarder het zorggewicht. Het is dus niet ‘alles of niets’ (wel of niet een beschikking) maar er wordt gedifferentieerd naar behoeften (meer of minder). Vanuit HGW/HGD geredeneerd pleiten wij uiteraard eveneens voor een handelingsgerichte indicatiestelling (Pameijer, 2006). Classificaties kunnen hierbij een rol spelen, zoals in paragraaf 5 is aangegeven, maar dat hoeft niet.

Bij een handelingsgerichte indicatiestelling formuleren we vanuit de onderken-

de problemen (eventueel geordend met een classificatiesysteem), de positieve aspecten en een ‘transactionele diagnose’ (met aandacht voor de wisselwerking tussen kenmerken van kind, onderwijsleer- en opvoedingssituatie), reële doelen en bijbehorende onderwijs- en zorgbehoeften (par. 5).

Onderwijsbehoeften zijn om te zetten in het gewenste onderwijsaanbod, of in termen van de herijking: het zorgarrangement. In het kader van de financiering is de vraag: is dit onderwijsaanbod zonder extra financiering te bieden? Zo nee, dan bepalen de hoeveelheid en de aard van de specifieke onderwijsbehoeften het zorggewicht.

Kennis over de onderwijsbehoeften van een leerling is dus nodig om beslissingen over Passend Onderwijs te kunnen nemen. Hoe kan een school(bestuur) anders aangeven wat zij een leerling al dan niet kunnen bieden? Op grond van alleen objectieve informatie over de stoornis en onderwijsbeperking van een leerling kan een school moeilijk beslissen of zij dit kind het zorgarrangement kunnen bieden dat het nodig heeft. Twee kinderen met dezelfde stoornis kunnen een verschillend zorgarrangement nodig hebben. De ene ‘PDD-nosser’ is de andere immers niet; ondanks eenzelfde classificatie, kunnen ze toch verschillende onderwijsbehoeften hebben (zie par. 3). Krijgt de school daarentegen een helder overzicht van de doelen die we nastreven en de bijbehorende onderwijs- en zorgbehoeften, dan kan de school bepalen in hoeverre zij het kind kan bieden wat het nodig heeft en in hoeverre handhaving of plaatsing op die school in het belang van het kind is. De school kan bijvoorbeeld aangeven: ‘aan vier van de zes onderwijsbehoeften kunnen wij tegemoetkomen, drie in de groep en één buiten de groep. De twee resterende zijn vooralsnog niet haalbaar voor ons’. Voor ouders is dit inzichtelijk. Zo kunnen zij ook het aanbod van verschillende scholen vergelijken: welke school kan wat bieden? Op

grond van deze informatie kunnen ouders een afgewogen schoolkeuze maken. Bovendien fungeren de onderwijsbehoefte tevens als opzet voor het handlingsplan. De school kan dan al meteen aan de slag en hoeft niet eerst aanvullende informatie te verzamelen. Hiermee verdwijnt het kunstmatige onderscheid tussen de classificerende slagboomdiagnostiek (voor de commissie van indicatiestelling) en de diagnostiek voor de handelingsplanning (door de school). De indicatiestelling leidt tot een onderwijszorgaanbod. Ten slotte, de vier functies van de toekomstige onderwijs/zorgketten zijn (1) diagnosticeren en indiceren; (2)

adviseren van leerling, ouders en school; (3) ondersteunen van leerling, ouders en school en (4) 'makelen' zodat de leerling passend onderwijs krijgt. Met een handelingsgerichte indicatiestelling zijn deze vier functies te combineren in één doelgericht traject. Voor ouders, school en kind is dit prettig. De verzamelde gegevens worden binnen hetzelfde traject benut en de diagnostiek wordt niet herhaald. Dat dit minder tijd en geld zal kosten dan het huidige systeem moge duidelijk zijn. Bovendien zal deze vorm van indicatiestelling door school, ouders, kind en professionals als zinvol worden ervaren: samen zijn zij op zoek naar Passend Onderwijs.

NOTEN

- ¹ Het vaststellen van een psychiatrische stoornis bij kinderen op basis van de DSM-IV of ICD-10 in het kader van de indicatiestelling voor SO/LGF mag uitsluitend geschieden door een kinderpsychiater, NIP-psycholoog die is opgenomen in het register kinder- en jeugdpsychologen en beschikt over de basisaantekening psychodiagnostiek, NVO-orthopedagoog – generalist of een BIG-geregisteerde GZ-psycholoog (zie OCW, 2005, artikel 16; Resing e.a., 2005, p. 50).

LITERATUUR

- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 10, 568-586.
- Bruyn, E.E.J. de, Ruijsenaars, A.J.J.M., Pameijer, N.K., & Aarle, E.J.M. (2003). *De diagnostische cyclus: een praktijkleer*. Leuven: Acco.
- Carr, A. (2000). *What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families*. London: Routledge.
- Clijnen, A., Gijzen, W., Lange, S. de, & Spaans, G. (2007). *1-zorgroute: naar handelingsgericht werken*. Woerden: WSNS+. Te bestellen via www.lcowijzer.nl
- Delfos, M. (2000). *Luister je wel naar mij? Gespreksvoering met kinderen tussen 4 en 12 jaar*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Doorn, E.C. van, & Verheij, F. (2002). Psychoeducatie in kaart gebracht op het grensvlak van onderwijs en jeugdzorg. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 41 (11), 550-558.
- Eling, P. (2007). Nee tegen NLD. *De Psycholoog*, september, 483-488.
- Grietens, H. (2008). Assessment van psychopathologie: categorisch of dimensioneel? Uit: *Handboek Klinische Ontwikkelingspsychologie: over aanleg, omgeving en verandering* (red. P. Prins & C. Braet). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Haynes, S.N. (1998). The assessment-treatment relationship and functional analysis in behavior therapy. *European Journal of Psychological Assessment*, 14 (1), 26-35.
- Hellinckx, W., & Ghesquière, P. (1999). *Als leren pijn doet: opvoeden van kinderen met een leerstoornis*. Leuven: Acco.
- Meijer, W. (2004). Professionele hulpverlening in de basisschool. Maar wie is eigenlijk de professional? *Kind en Adolescent Praktijk*, 3 (1), 24-26.
- Onderwijsraad (2006). *Naar meer evidence*

based onderwijs: advies. Den Haag: Onderwijsraad.

NIP/NVO-werkgroep LGF (2005). *Niet de procedure maar het kind centraal.*

Amsterdam/NIP; Utrecht/NVO

Pameijer, N.K., & Beukering, J.T.E van (2004). *Handelingsgerichte diagnostiek: een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering bij onderwijsleerproblemen.* Leuven: Acco.

Pameijer, N. (2006). *Transparant beschikken in de PCL volgens principes van handelingsgerichte diagnostiek.* Woerden: WSNS+.

Pameijer, N.K., & Beukering, J.T.E van (2006). *Handelingsgericht werken: een handreiking voor de interne begeleider. Samen met leraar, ouders en kind aan de slag.* Leuven: Acco.

Paternotte, A. (2003). Dit onderwijs werkt niet. Interview met Luc Stevens. *Balans Belang*, 16 (7), 2-4.

Resing, W.C.M., Evers, A., Koomen, M.Y., Pameijer, N.K., & Bleichrodt, N. (2005). *Indicatiestelling speciaal onderwijs en leerlinggebonden financiering: condities en instrumentarium.* Amsterdam: Boom.

ADRES VAN DE AUTEUR

E-mail: noelle.pameijer@xs4all.nl

LEREN IN VEILIGHEID

DRS. P.I. TEITLER

Hoe méér structuur bijdraagt aan een veilige leer- en leefomgeving

Deel 1

Los verkrijgbaar

ISBN 978-90-807726-7-4

€ 12,50 (exclusief verzendkosten)



Deel 2

Alleen verkrijgbaar bij inschrijving voor de cursus 'Leren in veiligheid' voortgezet onderwijs.

Agiel, garant voor goede kwaliteit

Voor meer informatie: Uitgeverij Agiel • t. 030 254 71 58 • uitgever@agiел.nl