

Ziek en toch naar school

Onderwijsopvattingen van ouders/verzorgers, docenten en consulenten die betrokken zijn bij een chronisch of langdurig ziek kind in de schoolgaande leeftijd over onderwijs op de thuishoofschool.

Hilde van Slochteren

**UMCG, Educatieve Voorziening
Rijksuniversiteit Groningen, Algemene Pedagogische
Wetenschappen**

Groningen, 27 februari 2009

Ziek en toch naar school

Onderwijsopvattingen van ouders/verzorgers, docenten en consulenten, die betrokken zijn bij een chronisch of langdurig ziek kind in de schoolgaande leeftijd over onderwijs op de thuishoof.

Groningen, 1 maart 2009

Auteur

Studentnummer

Afstudeerscriptie in het kader van

Oprachtgever

Begeleiders

Begeleider UMCG

Hilde van Slochteren

1519751

Master Algemene Pedagogische
Wetenschappen, GMW, RUG

mw. drs. G. Bakker
Educatieve Voorziening, UMCG

mw. dr. P.R. Schreuder
dr. H.T.A. Amsing
Faculteit Gedrags- en Maatschappij
Wetenschappen, RUG

mw. drs. G. Bakker
Educatieve Voorziening

ISBN 978-90-8827-041-3
NUR 840, onderwijs algemeen
Trefw Onderwijsopvattingen, ouders, docenten, chronisch ziek kind, thuishschool

Omslag: Wenckebach Instituut, Universitair Medisch Centrum Groningen

© 2009 Studentenbureau UMCG / afstuderen Publicaties Groningen, Nederland.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Voorwoord

Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van de Master Algemene Pedagogische Wetenschappen aan de RUG.

Het enorme cliché over het doen van een onderzoek tijdens je afstuderen is waar: ik heb gedurende dit onderzoek ongelofelijk veel geleerd. Van het proces wat ik heb doorgemaakt, van de ervaringen die ik heb opgedaan en van de verfrissende kijk van vele betrokkenen.

Natuurlijk ben ik erg dankbaar voor de mensen die me gedurende dit proces hebben bijgestaan. Ik wil mijn ouders, familie en vrienden dan ook allemaal bedanken voor hun interesse, inhoudelijke adviezen, morele steun en de welkome afleiding. Daarnaast wil ik alle respondenten bedanken die de moeite hebben genomen om de enquête in te vullen. Zonder hen was het niet gelukt.

In het bijzonder bedank ik Ria Bakker, mijn opdrachtgever van de EV-UMCG, voor haar tijd en vertrouwen en Pauline Schreuder, mijn begeleider op de RUG, voor haar feedback en goede gesprekken. Het was een lang onderzoeksproces met deze scriptie als eindresultaat.

Hilde van Slochteren

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING.....	1
1 INLEIDING	3
1.1 ONDERWERP.....	4
1.2 ONDERZOEKSVRAAG	4
1.3 ONDERZOEK.....	4
1.4 HOOFDSTUKINDELING	5
2 EFFECTEN VAN CHRONISCH OF LANGDURIG ZIEK ZIJN	7
2.1 CHRONISCH ZIEKE KINDEREN; LEVEN IN DRIE WERELDEN.....	7
2.2 EFFECTEN OP HET KIND	7
2.2.1 Fysieke effecten van chronische ziekte op het kind	7
2.2.2 Psychosociale effecten van chronische ziekte op het kind.....	8
2.2.3 Cognitieve effecten van chronische ziekte op het kind	10
2.3 EFFECTEN VAN CHRONISCHE ZIEKTE OP HET GEZIN.....	10
2.3.1 Effecten op ouders van een chronisch ziek kind.....	10
2.3.2 De relatie tussen ouders en een chronisch ziek kind	11
2.3.3 Effecten op broers en zussen (brussen) van een chronisch ziek kind.....	12
2.4 CHRONISCH ZIEK EN ONDERWIJS	12
2.4.1 Het belang van onderwijs	13
2.4.2 Risicoverhogende factoren voor schoolproblemen.....	13
2.4.3 Fysieke en cognitieve problemen en gevolgen voor onderwijs.....	13
2.4.4 Psychologische en emotionele problemen en gevolgen voor onderwijs.....	14
2.4.5 Onderzoek naar hersenbeschadiging en gevolgen voor onderwijs	15
2.5 ADVIES VOOR DE DOCENT	15
3 ONDERWIJSOPVATTINGEN	17
3.1 ONDERWIJSOPVATTINGEN; WAT ZIJN DAT?	17
3.2 ONDERWIJSOPVATTINGEN EN DE OORSPRONG	17
3.2.1 Objectivisme.....	18
3.2.2 Constructivisme.....	18
3.3 LEERLING- VERSUS LEERSTOFGERICHTE OPVATTINGEN	19
3.4 ONDERWIJSOPVATTINGEN VAN OUDERS.....	19
3.5 ONDERWIJSOPVATTINGEN VAN DOCENTEN.....	21
4 METHODE	23
4.1 RESPONDENTEN.....	23
4.2 ONDERZOEKSDSIGN.....	23
4.3 ONDERZOEKSIJNSTRUMENT	24

4.4 DATA-ANALYSE.....	24
5 RESULTATEN	27
5.1 ALGEMENE GEGEVENS, RESPON, FREQUENTIE EN DE GEBRUIKTE ITEMS	27
5.2 LEERLING- OF LEERSTOFGERICHTE OPVATTINGEN ONDER RESPONDENTEN	28
Betrouwbaarheid	28
5.3 VERSCHILLEN IN LEERLING-GERICHTHEID OP BASIS VAN PERSOONLIJKE VARIABELEN	34
5.4 ANALYSE VAN SPECIFIEKE ONDERWIJSDOELEN MET BETREKKING TOT ONDERWIJS AAN ZIEKE KINDEREN.....	35
6 CONCLUSIE, DISCUSSIE & AANBEVELINGEN	37
6.1 ONDERZOEKSVRAAG.....	37
6.2 BEVINDINGEN AAN DE HAND VAN WETENSCHAPPELIJKE LITERATUUR	37
6.3 CONCLUSIE AAN DE HAND VAN DE ENQUÊTE	37
6.4 AANBEVELINGEN.....	38
LITERATUUR	41
BIJLAGE 1 VRAGENLIJST VOOR OUDERS/VERZORGERS.....	43
BIJLAGE 2 DE EENENTWINTIG GEBRUIKTE ITEMS VOOR DE ANALYSES.....	53

Samenvatting

Het volgen van onderwijs levert voor zieke kinderen in veel gevallen problemen op. Uit de grote hoeveelheid literatuur blijkt dat deze problemen zich op lichamelijk, cognitief maar ook op praktisch gebied voor kunnen doen. Om nog maar niet te spreken over de enorme invloed van de ziekte op het kind zelf en op het gezin.

De centrale vraag in dit onderzoek richt zich op de manier waarop zieke kinderen op de thuischool op dit moment onderwezen worden en hoe het onderwijs er in de ideale situatie uit zou moeten zien volgens ouders/verzorgers en docenten op de thuischool. Uit de literatuur blijkt dat er veel verschillende onderwijsopvattingen bestaan en dat deze moeilijk te veranderen zijn. In dit onderzoek wordt getracht om onderwijsopvattingen van ouders/verzorgers en docenten op de thuischool van zieke kinderen in beeld te brengen.

Aan de hand van een enquête is getracht deze onderwijsopvattingen in te delen in leerling- versus leerstofgerichte opvattingen. De resultaten wijzen uit dat zowel docenten als ouders/verzorgers leerling-gericht zijn, iets wat vanuit de literatuur wordt aangemoedigd tijdens onderwijs aan zieke kinderen. De taak voor consulenten van de EV die zich richten op onderwijs aan zieke kinderen in het ziekenhuis of thuis, ligt dus niet op het gebied van het veranderen van onderwijsopvattingen van 'klanten', maar op het gebied van informatievoorziening en adviseren van docenten op thuischolen en ouders/verzorgers omtrent leerling-gericht onderwijs aan zieke kinderen. Op die manier kan onderwijs aan zieke kinderen optimaal ingericht worden aan de hand van specifieke en individuele factoren rondom het zieke kind. Het zieke kind krijgt op die manier de kans om na of tijdens de ziekte een succesvolle schoolloopbaan voort te zetten.

1 Inleiding

Hand in hand loop ik met mijn moeder het Academisch Ziekenhuis in Groningen (AZG) binnen. Ik, tien jaar oud, moet één keer per half jaar een longfunctietest doen in verband met mijn astma. Lopend door de grote hal verbaas ik me over de vele wandelende patiënten met infuus en kijk ik mijn ogen uit naar de patiënten die zo nu en dan in bed voort worden geduwd. Eigenlijk ben ik wel benieuwd hoe dat is om een nachtje in het ziekenhuis te liggen. Anderhalf uur en een flesje appelsap later loop ik weer met mijn moeder naar buiten. Het ziekenhuis was voor mij geen 'vervelende ervaring'. Ik was me er op dat moment dan ook niet van bewust dat kinderen die in het ziekenhuis liggen zich aanmerkelijk minder amuseren dan ik deed tijdens mijn korte bezoeken. Dat er zich op de kinderafdeling een waar schoollokaal bevond had ik zeker niet kunnen bedenken. Wanneer ik ziek was, wat relatief vaak het geval was, bleef ik thuis en ging ik niet naar school.

Veertien jaar later loop ik weer door de hal van het inmiddels omgedoopte Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). Deze keer zonder mijn moeder, op weg naar de Educatieve Voorziening (EV) op de kinderafdeling. Deze instelling verzorgt onderwijs voor langdurig en chronisch zieke kinderen en voorziet ouders/verzorgers en docenten van de thuischool van deze kinderen van informatie omtrent de gevolgen van de ziekte voor het kind en het onderwijs. In de 'Wet Ondersteuning Onderwijs Zieke Leerlingen' (WOOZL) wordt de verantwoordelijkheid voor het onderwijs aan zieke leerlingen bij de thuischool gelegd. De school kan hierbij hulp inroepen van de Consulent Onderwijsondersteuning Zieke Leerlingen (OZL) die het kind kan ondersteunen tijdens verblijf in het ziekenhuis.

Tijdens het verblijf in het ziekenhuis krijgen zieke leerlingen onderwijs van professionals in het lokaal in het ziekenhuis of aan het bed. Op het moment dat ze uit het ziekenhuis worden ontslagen, begint een belangrijke periode in de onderwijsloopbaan van de zieke leerling. Ze krijgen weer te

maken met de groepsleerkracht of docent die de aandacht voor de zieke leerlingen een plaats dient te geven binnen de reguliere onderwijspraktijk. Tevens hebben de leerling en zijn/haar omgeving nog steeds te maken met de gevolgen van de ziekte op psychosociaal, lichamelijk en cognitief gebied. De manier waarop de leerling aansluiting vindt op de thuischool, wordt mede bepaald door de aanpak en onderwijsopvattingen van docenten op de thuischool en ouders/verzorgers en door adviezen van consulenten EV.

Over onderwijs zijn, net zoals over veel maatschappelijke instituties, de meningen verdeelt. Zo vinden sommige mensen het belangrijk dat de school kinderen voorbereidt op een succesvolle maatschappelijke loopbaan, dat kinderen goede cijfers halen en dat ze leren zich aan de regels te houden. Anderen vinden het juist belangrijk dat de school een opvoedende en vormende taak heeft, dat kinderen zelfstandig problemen leren oplossen en dat ze kritisch leren zijn ten aanzien van wat ze op school moeten

leren. Het geheel aan opvattingen over verschillende gebieden binnen het onderwijs noemt men onderwijsopvattingen. Op het moment dat een leerling chronisch ziek is, verandert de schoolsituatie drastisch, maar de vraag is of dit ook invloed heeft op de onderwijsopvattingen van de betrokkenen.

Aan de hand van verschillende onderwijsopvattingen die gebaseerd zijn op regulier onderwijs, wordt de onderwijspraktijk van zieke leerlingen binnen het reguliere onderwijs in beeld gebracht. Ouders/verzorgers, docenten en consulenten laten hun licht schijnen over het onderwijs op de thuischool, de problemen die zich voordoen, de wensen die ze hebben en de mogelijkheden die ze zien in de onderwijspraktijk voor chronisch zieke kinderen.

1.1 Onderwerp

Dit onderzoek richt zich op onderwijsopvattingen van ouders/verzorgers, docenten op de thuishooschool en consulenten Educatieve Voorziening (EV) over onderwijs aan zieke leerlingen op de thuishooschool. Dit onderwerp komt voort uit de vraag naar een klanttevredenheidsonderzoek vanuit de EV UMCG. De EV verleent diensten aan ouders/verzorgers en thuishooscholen van zieke leerlingen door middel van het geven van adviezen over onderwijs aan zieke leerlingen, ondersteuning bij het geven van onderwijs tijdens verblijf in het ziekenhuis en voorlichting over mogelijkheden binnen het onderwijs aan zieke leerlingen. De informatie die men middels het klanttevredenheidsonderzoek beoogde te verkrijgen richt zich op de tevredenheid van klanten over de werkwijze van consulenten EV. Het klanttevredenheidsonderzoek is vermeld in de literatuurlijst van dit onderzoek.

Voor de EV is het eveneens interessant om de onderwijssituatie van zieke leerlingen op de thuishooschool in beeld te brengen, omdat zij tijdens hun adviestaak te maken krijgen met ouders/verzorgers en docenten van de thuishooschool. Voor de leerling kan de overgang naar het reguliere onderwijs één van de belangrijkste momenten in de onderwijsloopbaan zijn, waardoor het van groot belang is dat dit zonder problemen verloopt. In dit onderzoek is gepoogd de onderwijssituatie van zieke leerlingen op de thuishooschool in beeld te brengen door stellingen, die gebaseerd zijn op verschillende onderwijsopvattingen, over verschillende facetten uit de onderwijspraktijk te laten beoordelen door ouders/verzorgers en docenten op de thuishooschool. Deze onderwijsopvattingen zijn op basis van de literatuur in te delen in leerling- en leerstofgerichte opvattingen. Het belang van dit onderzoek is hoofdzakelijk het bieden van mogelijkheden aan de consulenten om de professionele adviestaak aan ouders/verzorgers en docenten nog gericht in te kunnen vullen. Informatie over de gang van zaken in het thuisonderwijs kan de consulenten helpen om de overgang van de zieke leerling vanuit het ziekenhuis naar het thuisonderwijs te optimaliseren.

1.2 Onderzoeksvraag

Het doel van dit onderzoek is het in beeld brengen van de onderwijspraktijk van zieke leerlingen op thuishooscholen, waardoor aan de hand van deze informatie consulenten hun adviestaak voor ouders/verzorgers en docenten op thuishooscholen kunnen optimaliseren. Het beoogde effect is het optimaal laten verlopen van de overgang van de zieke leerling van het ziekenhuis naar de thuishooschool. De onderzoeksvraag en deelvragen luiden als volgt:

Welke onderwijsopvattingen over onderwijs aan zieke leerlingen op de thuishooschool zijn er volgens wetenschappelijke literatuur en wat zijn de onderwijsopvattingen over onderwijs op de thuishooschool van ouders/verzorgers en docenten op de thuishooschool van zieke leerlingen?

Deelvragen:

- 1) Welke onderwijsopvattingen over onderwijs aan zieke leerlingen op de thuishooschool zijn te vinden in wetenschappelijke literatuur?*
- 2) Zijn onderwijsopvattingen van ouders/verzorgers, docenten op thuishooscholen over onderwijs op de thuishooschool aan zieke kinderen meer leerling- of leerstofgericht?*
- 3) Hoe verhouden de visies van consulenten zich tot de visies van haar klanten? (ouders/verzorgers, docenten)*

1.3 Onderzoek

Het eerste gedeelte van dit kwantitatieve onderzoek bestaat uit literatuurstudie gericht op het begrip ‘chronische ziekte’ en de effecten daarvan op het kind, het gezin en de school. Eveneens worden wetenschappelijke leertheorieën en onderwijsopvattingen beschreven. De gevonden gegevens worden verwerkt in items voor een enquête over onderwijsopvattingen over onderwijs aan chronisch zieke leerlingen op de thuishooschool. De enquête wordt verspreid onder ouders/verzorgers en docenten van 200 chronisch zieke leerlingen die in aanraking zijn geweest met de EV UMCG. Landelijk gezien worden 120

consulenten OZL digitaal geënquêteerd. Aan de hand van de uitkomsten kan een indeling worden gemaakt naar 'leerling- of leerstofgerichte' opvattingen van ouders/verzorgers en docenten. Daarnaast kunnen verschillen in opvattingen worden getoetst aan de hand van controlevariabelen zoals leeftijd van het kind, ziektebeeld, het aantal ziektejaren en geslacht. De scores op de items die relevant zijn voor consulenten, met betrekking tot de optimalisering van de adviestaak richting ouders/verzorgers en docenten, worden eveneens toegelicht.

1.4 Hoofdstukindeling

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de gevonden literatuur over chronische ziekte en de effecten daarvan op het kind, het gezin en het onderwijs. De doelstelling van hoofdstuk 3 is het beschrijven en verduidelijken van onderwijsopvattingen en de oorspronkelijke leertheorieën. In hoofdstuk 4 wordt de onderzoeksmethode omschreven en verantwoord en het onderzoeksinstrument toegelicht. In hoofdstuk 5 volgt een uiteenzetting van de resultaten van het onderzoek, waarna in hoofdstuk 6 wordt afgesloten met de conclusie, discussie en aanbevelingen.

2 Effecten van chronisch of langdurig ziek zijn

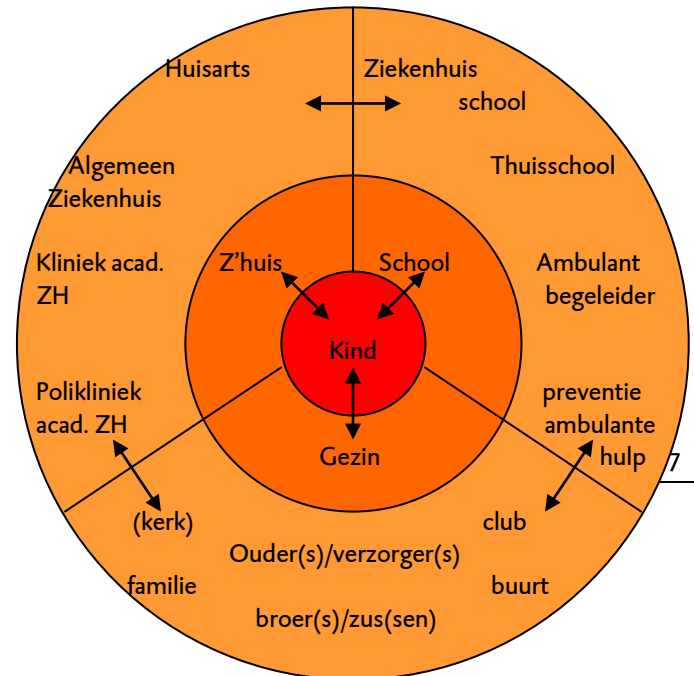
2.1 Chronisch zieke kinderen; leven in drie werelden

Dit onderzoek richt zich op chronisch of langdurig zieke kinderen in de schoolgaande leeftijd. In de literatuur wordt dit begrip door verschillende auteurs gedefinieerd. Meijer omschrijft chronische ziekte als: "...a physical condition that effects children for extended periods of time, often for life" (Meijer, 2000, p.11). Pless en Pinkerton definiëren chronische ziekte als: "One in which the condition persists longer than 3 months in a given year or necessitates a period of continuous hospitalisation of more than 1 month." (Thompson & Gustafson, 1996, p.28). Ook Bruil (1999) richt zich in zijn definitie enkel op de duur van de ziekte. Deze definities gaan voorbij aan het feit dat er een verband bestaat tussen het lichamelijke (dis)functioneren van een chronisch ziek kind en zijn/haar psychosociale ontwikkeling. Oenema en Van der Meulen nemen dit wel mee in hun definitie en omschrijven het als volgt: "...een medisch aantoonbare en fysieke conditie die langdurig invloed uitoefent op de gezondheid en het psychologisch functioneren van het kind op de ontwikkelingsdomeinen taal, motoriek, zelfredzaamheid, cognitie en sociale ontwikkeling, terwijl medisch toezicht noodzakelijk blijft" (Oenema & Van der Meulen, 2002, p.154). Ook Brown en Anderson (1999) noemen de beperking van zowel gezondheid als psychologisch functioneren in hun definitie.

Een chronische of langdurige ziekte heeft dus effect op het leven van de patiënt, maar ook op dat van het gezin en de omgeving, zowel op lange als korte termijn.

Het leven van een chronisch of langdurig ziek kind dat is opgenomen in het ziekenhuis, verandert vaak onverwacht ten opzichte van het leven daarvoor. Ineens leeft het in drie werelden waarin het steeds een andere rol vervult: de rol van *kind* in het gezin, van *patiënt* in het ziekenhuis en van *leerling* op school. Roosmalen, Assman-Hulsman en Thoonen gebruiken een model (fig. 1) om deze

situatie, met betrokkenen en invloeden in beeld te brengen (Roosmalen, Assman-Hilsman, & Thoonen, 1998).



Figuur 1: Een chronisch ziek kind in drie 'werelden': gezin, ziekenhuis en school

2.2 Effecten op het kind

Aan de hand van eerder genoemd model zal in deze paragraaf ingegaan worden op de verschillende effecten van de chronische ziekte op het kind.

2.2.1 Fysieke effecten van chronische ziekte op het kind

Wanneer een kind fysieke of geestelijke klachten krijgt, duurt het vaak een aantal weken voordat het kind in aanraking komt met een arts. De periode hiervoor kan het

kind gehinderd worden in zijn/haar functioneren door toenemende gezondheidsklachten. In een onderzoek van Flores et al. is gevonden dat er bij kinderen met leukemie ongeveer acht weken eerder sprake was van de eerste symptomen. Bij kinderen met een hersentumor duurde het gemiddeld 32 weken voordat de diagnose werd gesteld (Flores et al. 1986; Oldenburger, 1997). Wanneer het kind uiteindelijk bij een arts in het ziekenhuis terechtkomt, kunnen deze klachten verergerd zijn. Klachten kunnen bijvoorbeeld tot uiting komen in pijn bij bewegen (reuma), benauwdheid (longziekten), vermoeidheid (verschillende ziektebeelden) of pijn bij het plassen (nieren).

Tijdens de behandeling van de ziekte krijgt het kind medicatie toegediend, waarbij vaak bijwerkingen optreden. Deze bijwerkingen kunnen zorgen voor beperkingen in het lichamelijke en geestelijke functioneren. Om een indruk te geven van de ernst van lichamelijke beperkingen die kunnen optreden als gevolg van behandeling, wordt hier een voorbeeld geschetst van een kind met kanker. In het geval van kanker kan een kind ten gevolge van chemotherapie en bestraling de volgende bijwerkingen ondervinden op korte en lange termijn: braken, diarree, bloedarmoede, haaruitval, gehoorverlies, beschadiging van de hartspier, schade aan lever, longen en nieren, remming van het beenmerg, vergroeiingen, coördinatieproblemen, stoornissen in geestelijke ontwikkeling, onvruchtbaarheid, vermoeidheid, overgewicht enzovoort (Naafs-Wilstra, 1995). Een ander mogelijk gevolg van een behandeling, kan amputatie van een ledemaat zijn als gevolg van kanker in dat ledemaat. Dit is een voorbeeld van een behandeling met blijvende gevolgen (Naafs-Wilstra, 1995). Naast de genoemde fysieke invloed van behandeling op het kind kan ook de invloed op psychologisch, sociaal en emotioneel gebied enorm zijn.

2.2.2 Psychosociale effecten van chronische ziekte op het kind

Volgens verschillende onderzoekers is chronisch ziek zijn een zeer herkenbare stressfactor voor kinderen en hun families (Perrin & MacLean, 1988; Thompson & Gustafson, 1996). Het proces wat een kind doorloopt tijdens ziekte, ziekenhuisopname en thuiskomst wordt gekenmerkt door veel verschillende emoties per fase. In de

literatuur zijn veel onderzoeken gepubliceerd over de psychosociale effecten van een chronische ziekte op het kind. Allereerst worden hier de effecten van het ziekteproces besproken die op korte termijn kunnen optreden.

Korte termijn effecten

Gedurende de periode voorafgaand aan contact met een arts of zorginstelling, kan het kind al te maken krijgen met beperking in activiteiten door fysieke klachten, wat een teleurstellende ervaring kan zijn. Hierdoor kan verlies van het geloof in eigen kunnen ontstaan (Feliuss-Tacken & Feliuss, 1991; Taner-Leff, Chan & Walizer, 1991). Opname in het ziekenhuis heeft eveneens effecten op het kind en het gezin. Feliuss-Tacken, Taner-Leff, Chan en Walizer omschrijven deze effecten als: "...een grote verandering in het dagelijks leven en verlies van eigen inbreng van het kind bij belangrijke aspecten van het eigen leven" (Taner-Leff, Chan & Walizer, 1991, p.134). Dit verlies van zeggenschap heeft volgens deze onderzoekers op iedere leeftijd een negatief effect. Eén van de veranderingen waarmee een kind te maken krijgt wanneer het vanuit de thuissituatie in het ziekenhuis terechtkomt, omschrijft Duijzer als volgt: "De spontane, soepele verbanden waar een gezond kind in de thuissituatie vertrouwd mee is, worden in het ziekenhuis bruusk doorbroken" (Duijzer, 1997, p.27). Naafs-Wilstra (1995) benadert deze situatie vanuit de belevingswereld van het kind en benadrukt dat het kind vooral zijn vertrouwde omgeving en het dagelijkse ritme mist en dat het feit dat de ouders niet altijd aanwezig kunnen zijn voor het kind zeer zwaar weegt. Daarnaast kan de gedwongen passiviteit tijdens verblijf in het ziekenhuis, zoals het niet naar school kunnen en niet kunnen deelnemen aan sportactiviteiten met vrienden, leiden tot emoties als boosheid, frustratie, teleurstelling, verdriet, eenzaamheid en isolatie (Last & Van Veldhuizen, 1997; Duijzer, 1997).

De behandeling die een chronisch ziek kind moet ondergaan, is eveneens een psychische belasting die door verschillende onderzoekers is onderzocht. Het eerste onderzoek wijst uit dat het ondergaan van (pijnlijke) onderzoeken, wachten op de uitslag, verwerken van eventueel slechte berichten en ondergaan van nieuwe

onderzoeksmethoden belastend is voor zowel het kind als het gezin. Niet alleen in het ziekenhuis maar ook thuis kan het kind worden geconfronteerd met het regime van de behandeling. Het innemen van medicijnen, soms gecombineerd met strenge voedingsvoorschriften, wordt door kinderen als erg vervelend ervaren (Naafs-Wilstra, 1995).

Over hoe een kind het ziek zijn beleeft heeft Naafs- Wilstra het volgende geschreven: “De beleving van het ziek zijn verschilt per kind, ziektebeeld en leeftijd. Hoe het kind zich voelt is voor het kind een belangrijke informatiebron over de ernst van zijn of haar ziekte. Daarnaast vangt het kind veel informatie over de ernst en beleving van de ziekte op uit gedrag van artsen en ouders en opmerkingen van leeftijdgenoten” (Naafs-Wilstra, 1995, p.41). Kamps noemt het krijgen van informatie over hun ziekte en behandeling een mogelijkheid om weer enig vertrouwen te krijgen in de situatie waarin zij terecht gekomen zijn. Als zij het gevoel hebben dat ze die niet krijgen, kan de communicatie grondig worden verstoort en het geloof en vertrouwen in hulpverleners en ouders worden aangetast (Kamps, 1994; Duijzer – van Dijk, 1998). Brown omschrijft daarnaast de invloed van school, ouders, leeftijdgenoten en het medische team op de aanpassing en ziektebeleving van het kind (Brown, 1999). Het verschil in ziektebeleving tussen jonge en oudere kinderen beschrijven Van Veldhuizen en Last als volgt: “Het jonge kind kan de ouders de schuld geven voor het feit dat ze hem of haar achterlaten in het ziekenhuis en pijn laten doen bij onderzoeken en de behandeling. Het oudere kind stelt zichzelf soms verantwoordelijk voor het verdriet en de zorgen die het de ouders aandoet. Aan deze houding ontleent het kind gevoelens van competentie. Ouders proberen op hun beurt het kind vrolijk en positief tegemoet te treden. Dit wordt ook wel de wet van de dubbele bescherming genoemd” (Duijzer, 1998, p.28).

In bovengenoemde onderzoeken wordt de onderlinge band tussen ouders en kind veelvuldig op de proef gesteld en beïnvloed door de ziekte. Bij terugkeer in de thuissituatie zal het kind zich wederom aan moeten passen. Naafs-Wilstra (1995) benadrukt dat bij terugkeer in de thuissituatie schaamte op kan treden bij het kind voor een

verandert uiterlijk, of voor het ziek en ‘anders’ zijn. Ook kan het kind zich verzetten tegen de geldende regels, omdat hij/zij tijdens het verblijf in het ziekenhuis geen of weinig regels gewend was (Van Roosmalen, 2006).

Lange termijn effecten

De problematiek tijdens de chronische ziekte kan ook op langere termijn gevolgen hebben voor het functioneren van het kind en gezin op psychosociaal en emotioneel gebied. Verschillende onderzoeken wijzen uit dat chronisch zieke kinderen en familieleden een verhoogd risico lopen op psychologische problemen en psychiatrische afwijkingen, in vergelijking met niet chronisch zieke kinderen (Garrison, & McQuiston, 1989; Stein & Jessop, 1984; Breslau, 1985; Cadman et al., 1987; Shapiro, 1983; Bedell, Giordani, Tavormina, & Bell, 1977; Pless, Roghmann & Haggerty, 1972). De schattingen van dit verhoogde risico op psychologische problemen verschillen per onderzoek en lopen uiteen van twee tot tien maal zoveel problematiek in de chronisch zieke groep in tegenstelling tot de niet chronisch zieke groep (Garrison, & McQuiston, 1989). De groep die het grootste risico loopt op aanpassingsproblemen lijken degene te zijn met zwak functionerende gezinnen (Thompson & Gustafson, 1996; Pless, Roghmann & Haggerty, 1972).

De voorkomende problematiek wordt in genoemde onderzoeken veelal omschreven als aanpassingsproblematiek op psychologisch, sociaal en emotioneel gebied. Volgens Pless en Roghmann en Breslau zijn deze aanpassingsproblemen sterk gerelateerd aan de duur van de aandoening (Pless en Roghmann, 1971) en de mate van functionele beperkingen (Breslau, 1985) en dus niet aan de hevigheid van de ziekte.

Allereerst worden hier aan de hand van de literatuur problemen op het gebied van gedrag, emotionele aanpassing en eigenwaarde besproken. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat kinderen met een chronische ziekte een verhoogd risico lopen op interne en externe gedrags- en emotionele problemen zoals: angst, depressie (intern) en delinquentie en hyperactiviteit (extern). Kinderen waarbij de ziekte of behandeling hersenbeschadiging veroorzaakt, lopen een nog groter risico op gedrags- en

emotionele problemen in vergelijking met de groep waarbij geen hersenbeschadiging optreedt. Angstgerelateerde afwijkingen komen in dit onderzoek het meest vaak voor (Thompson & Gustafson, 1996).

Sociale aanpassing en relaties met leeftijdsgenoten vormen ook een probleemgebied voor chronisch zieke kinderen. Hierbij wordt het belang van vriendschappen in de kindertijd door verschillende onderzoekers benadrukt. “Een belangrijk aspect van de kindertijd is het leren omgaan met sociale contacten en relaties met leeftijdsgenoten” (Thompson & Gustafson, 1996, p.115). De basis voor omgang met de sociale wereld gedurende het hele leven, wordt volgens Hartrup (1989) hoofdzakelijk gevormd door ervaringen in hechte relaties in de kindertijd. Sociale afwijking in de kindertijd kan volgens vele onderzoekers leiden tot aanpassingsproblemen tijdens volwassenheid (Thompson & Gustafson, 1996). Epidemiologische onderzoekers hebben geconcludeerd, dat sociale aanpassing en relaties met leeftijdsgenoten een belangrijk domein beslaan van het psychosociale functioneren, waarin chronisch zieke kinderen een verhoogd risico lopen op aanpassingsproblemen. De chronische ziekte kan volgens dit onderzoek belemmerend werken op het gebied van sociaal-emotionele ontwikkeling, doordat het kind ongeacht leeftijd gedurende de ziekte afhankelijk is van de ouders, het belemmerd wordt in contact met gezonde leeftijdsgenoten, in deelname aan activiteiten voor kinderen en in ontwikkeling van zelfwerkzaamheid en zelfbepaling (Cadman, Boyle, Szatmari, & Offord, 1987; Rutter, Tizard, & Withmore, 1970). Ondanks dit verhoogde risico is er weinig onderzoek naar gedaan (Thompson & Gustafson, 1996).

Ondanks het feit dat de meeste onderzoeksresultaten wijzen in de richting van chronische ziekte als een belangrijke risicofactor voor psychosociale, emotionele en gedragsproblemen, beweren sommige onderzoekers dat kinderen en jong volwassenen met een chronische ziekte en hun families, niet substantieel verschillen van gezonde leeftijdsgenoten op het gebied van ziektespecifieke persoonlijkheidspatronen of vatbaarheid voor emotionele afwijkingen (Jacobson et al., 1986; Tavormina, Kastner, Slater, Watt, 1976). Als toelichting hierop beweren andere

onderzoekers dat de psychologische problemen die zijn gevonden bij de chronisch zieke jeugd, geïnterpreteerd mogen worden als normale reacties op stressoren uit het dagelijks leven (Drotar, 1981; Kellerman, Zelter, Ellenberg, Dash, Rigler, 1980; Varni, 1983). Volgens Drotar functioneert ziekte tijdens de kindertijd als een stressfactor die in combinatie met andere variabelen zou bijdragen aan een hoger risico, maar is dat niet de enige oorzaak van aanpassingsproblemen (Drotar, 1981).

2.2.3 Cognitieve effecten van chronische ziekte op het kind

Van de literatuur omtrent effecten van chronische ziekte en behandeling op cognitief functioneren is het boek van Brown het meest uitgebreid en bruikbaar voor dit onderzoek. Hierin worden vele hoogstaande internationale onderzoeken aangehaald. De effecten van chronische ziekte reiken volgens Brown verder dan fysieke en psychosociale problemen (Brown, 1999). In zijn onderzoek wordt bij chronisch zieke kinderen specifiek gekeken naar het informatieverwerkingsproces, mentale mogelijkheden, aandacht, geheugen, taalontwikkeling, emoties en sociale aanpassing. In ieder onderzoek komt naar voren dat de effecten op (neuro-) cognitief functioneren afhankelijk zijn van verschillende factoren, zoals de medicatie, de leeftijd van de patiënt en de aandoening. Wanneer effecten optreden op het cognitief functioneren, kan dat een blijvende cognitieve beperking zijn, wat vanzelfsprekend invloed heeft op het functioneren van het kind binnen het onderwijs. In paragraaf 2.2 wordt dit nader toegelicht. Allereerst worden hieronder de effecten van chronische ziekte op het gezin uiteengezet.

2.3 Effecten van chronische ziekte op het gezin

In deze paragraaf zal ingegaan worden op de verschillende effecten van de chronische ziekte van het kind op betrokkenen en de situatie in het ‘gezin’.

2.3.1 Effecten op ouders van een chronisch ziek kind

De literatuur over effecten van een chronisch ziek kind op de ouders omschrijft emotionele gevolgen voor alle

betrokkenen en een verschuiving van waarden bij ouders. Kübler-Ross en Parkers noemen de impact van een ziek kind voor ouders enorm op verschillende gebieden. Wanneer ouders te horen krijgen dat hun kind ernstig ziek is, hebben ze enige tijd nodig om de volle omvang van de problematiek te beseffen. Ze worden geconfronteerd met mogelijk verlies van hun kind. De emotionele reacties die op dat moment op kunnen treden zijn ontkenning, opstandigheid, verdriet en wanhoop, welke overeenkomsten vertonen met mensen die een rouwproces doormaken (Duijzer, 1997). Angst van ouders kan volgens Grootenhuis, Last en Van Veldhuizen invloed hebben op de beleving en het ontstaan van negatieve gevoelens bij het kind. “Angstige of overbezorgde ouders zullen dit overbrengen op hun kind”, aldus de onderzoekers (Duijzer-Van Dijk, 1998, p.27).

Sommige ouders hebben behoefte aan ondersteuning. In veel ziekenhuizen wordt dit geboden door de medisch maatschappelijk werker die deel uitmaakt van het behandelend team. Deze is primair gericht op de ouders en de gezinssituatie. Volgens Samson en Soesman moet hij of zij inzicht proberen te krijgen op de gezinssituatie, de emoties van ouders en de praktische problemen die worden veroorzaakt door de ziekte om daarna hulp en ondersteuning te kunnen bieden (Duijzer, 1997).

Ouders met een opgenomen chronisch ziek kind brengen veel tijd door in het ziekenhuis en staan voor de taak dit te integreren in hun dagelijks leven (Frantz, 1992). Last en Van Veldhuizen benadrukken het belang van het zoveel mogelijk handhaven van de dagelijkse routine. Dit geeft zekerheid, rust en vertrouwen voor alle gezinsleden. Daarnaast noemen ze het feit dat het voorkomt dat ouders van een ziek kind in een isolement raken. De oorzaak daarvan kan volgens de onderzoekers liggen bij vrienden en kennissen die het gezin gaan mijden, omdat ze de emotionele problematiek niet kunnen verwerken. Ouders kunnen hierdoor teleurgesteld raken en trekken zichzelf soms terug. Dijkhuizen benadrukt het van belang van actief informeren van hun omgeving over het ziekteverloop van hun kind en om steun durven vragen. Dit vergroot de betrokkenheid van de omgeving. Voor ouders is het ook vaak een moeilijke opgave om de andere kinderen in het

gezin te informeren over de ziekte van hun broer of zus en ze op de hoogte te houden van ontwikkelingen (Duijzer, 1997).

Na afloop van de behandeling en ontslag uit het ziekenhuis ervaren ouders vaak lange tijd onzekerheid, wat kan leiden tot onbegrip uit de omgeving (Van Dongen – Melman, 1995). Naast negatieve effecten op de ouders, schrijft Van Dongen – Melman over een positief effect van een chronisch ziek kind op ouders. Er treedt een verschuiving van waarden op, waardoor wordt geleefd met de dag en genoten wordt van kleine dingen. Dit wordt door ouders als verrijking ervaren (Van Dongen – Melman, 1995).

2.3.2 De relatie tussen ouders en een chronisch ziek kind

In de literatuur met betrekking tot de relatie tussen ouders en het chronisch zieke kind, komt het begrip ‘overbescherming’ veelvuldig aan de orde. Overbescherming van het kind is een veel voorkomend verschijnsel bij ouders met zieke kinderen (Duijzer, 1997). Bearison en Mulhern hebben uit onderzoek geconcludeerd dat kinderen met kanker minder angstig en minder depressief zijn wanneer de bescherming van de ouders sterker is. Op basis hiervan trekken zij de conclusie dat het algemeen geldende idee over de negatieve gevolgen van overbescherming van het kind onjuist lijkt. Deze bescherming biedt het kind veiligheid en hoeft geen afbreuk te doen aan zijn ontwikkeling van zelfstandigheid (Duijzer, 1997).

De onzekerheid die de ouders weg proberen te nemen bij het kind, voelen de ouders volgens Van Dongen – Melman ook wel degelijk zelf. Deze onzekerheid over de afloop van de ziekte kan bij ouders verandering van pvoedingsnormen veroorzaken. Het zieke kind krijgt in dat geval vaak meer aandacht en er ontstaat gemakkelijk een grotere toegankelijkheid van de ouders (Van Dongen – Melman, 1995). Er bestaat een mogelijkheid dat het kind zich bewust wordt van de machtspositie en deze gaat gebruiken en/of misbruiken. Het kind kan de symptomen van de chronische ziekte en de ervaren stress van de ouders gaan gebruiken om ermee te manipuleren en te provoceren om zich aan de gestelde eisen in de opvoeding te onttrekken (Oenema-

Mostert, 2006 & Vriesema, 1990). In dit geval leiden deze problemen tot een verzwarende van de opvoedingssituatie (Van der Meulen, 2003).

2.3.3 Effecten op broers en zussen (brussen) van een chronisch ziek kind

Een andere groep die betrokken is bij een chronisch ziek kind zijn de broers en zussen, ook wel 'brussen' genoemd. Er is veel onderzoek gedaan naar de effecten van een chronisch ziek kind op broers en zussen. Van Dongen – Melman concludeert na onderzoek, dat er geen direct verband bestaat tussen de chronische ziekte van een kind en eventuele psychische problematiek van de gezonde brussen (Van Dongen – Melman, 1995). Een ander onderzoek wijst erop dat ernstige ziekte bij een kind zeer emotionele reacties teweeg kan brengen bij de brussen. De betekenis van de ziekte kan lang doorwerken in een periode waarin veel verandert, beangstigende onzekerheid langdurig blijft bestaan en ook brussen hun weg moeten zien te vinden (Naafs-Wilstra, 1995). Koning omschrijft hoe tot ver in de jaren tachtig, nagenoeg ieder contact met de brussen gedurende enkele weken vermeden werd vanwege vermeend infectiegevaar voor het zieke kind. In de huidige situatie wordt door onderzoekers grote betrokkenheid van brussen juist aanbevolen (Duijzer, 1997).

In de thuissituatie worstelen brussen vaak met aandacht van de ouders. Emmens schrijft dat het zieke kind in het middelpunt van de belangstelling staat, veel cadeaus krijgt en ouders en anderen anders met het zieke kind omgaan dan voorheen (Naafs-Wilstra, 1995). Naar verloop van tijd gaan ook brussen, vooral de kinderen jonger dan 12 jaar, weer aandacht opeisen (Dijkhuizen, 1997). Over deze verschillen in opvoedingsstijlen ten opzichte van het zieke en gezonde kind, kunnen de gezonde kinderen zich kwaad maken (Van Dongen-Melman, 1995; Hylkema, 1997). Hylkema, Last en Van Veldhuizen omschrijven dergelijke situaties als: "...momenten waarop brussen hun ouders missen en ze moeilijk raad weten met het verdriet en de spanning om hen heen" (Duijzer-van Dijk, 1998, p.32).

De reacties van brussen kunnen heel verschillend zijn. Jonge kinderen kunnen reageren met aandacht vragend

gedrag in de thuissituatie, op school, of in clubverband. Oudere kinderen kunnen zich uiten door zorgzaam gedrag voor de ouders te vertonen en juist geen aandacht te vragen voor hun eigen problemen (Duijzer, 1997). Van brussen wordt begrip voor de situatie gevraagd, terwijl brussen het belang van extra stimulans, ondersteuning en begrip voor het zieke kind niet altijd beseffen. Ze zien het veranderende gedrag van ouders ten opzichte van het zieke kind vaak als verwennen en relatieve verwaarlozing van zichzelf. Voor ouders kan dit een onoplosbaar dilemma met zich meebrengen (Duijzer, 1997). Van Dongen – Melman concludeert uit onderzoek dat broers en zussen zich zeer goed bewust zijn van de veranderingen in het gezin ten gevolge van de ziekte. Ze maken zich vooral zorgen over hun plaats en rol binnen het gezin. Het is belangrijk te erkennen dat de periode van ziekte ook voor hen belastend en moeilijk is (Van Dongen-Melman, 1995). Emmens noemt in het verlengde hiervan twee aspecten die brussen kunnen helpen bij 'coping'. Deze aspecten zijn: het beschikken over kennis van de ziekte en het bespreken van de situatie en de eigen ervaringen. Dit voorkomt problemen als slapeloosheid en stress (Naafs-Wilstra, 1995).

2.4 Chronisch ziek en onderwijs

De ontwikkelingen van de geneeskunde sinds de jaren '50 van de vorige eeuw hebben ertoe geleid dat steeds minder kinderen op jonge leeftijd overlijden. Er komt een steeds grotere groep jongeren en volwassenen met een ziekte die wel te behandelen is, maar niet te genezen. Hierdoor ontstaat de vraag hoe deze kinderen, die opgroeien met een ziekte, in onze maatschappij een zelfstandig, onafhankelijk en succesvol bestaan op kunnen bouwen. Het antwoord ligt misschien wel binnen het onderwijs. Een goede opleiding is belangrijk voor de toekomstmogelijkheden van een (chronisch ziek) kind. Tegelijkertijd is het schoolgaan zelf ook heel belangrijk voor een kind. Het is de plaats om vrienden te maken, nieuwe dingen te leren, plezier te hebben en zelfkennis op te doen. Voor ouders en leraren is het soms moeilijk om in te schatten wat van een chronisch ziek kind verwacht mag

worden. Dit heeft tot gevolg dat er wel eens te weinig eisen gesteld worden. Wat is dan precies het belang van onderwijs voor chronisch zieke kinderen? En welke problemen doen zich voor?

2.4.1 Het belang van onderwijs

De eerste reactie van ouders en docenten die te maken krijgen met een chronisch of langdurig ziek kind is vaak beschermend en ontlastend van aard. Ze geven de prioriteit aan het herstel van het kind, waardoor onderwijs even niet meer belangrijk is. In de literatuur over onderwijs aan chronische zieke kinderen wordt echter juist het belang van onderwijs onderstreept.

Kingma benadrukt dat school een belangrijke plaats inneemt in het leven van een kind, dit geldt voor een ziek kind evenzeer als voor een gezond kind. Naast de onderwijsdoelen als: vergaren van kennis en ontwikkelen van cognitieve vaardigheden, is school ook van belang voor sociale en emotionele ontwikkeling van het kind (Naafs-Wilstra, 1995). Wat precies het belang is voor het zieke kind wordt door verschillende auteurs beschreven. Volgens Stubbe (2006) zorgt onderwijs voor zieke kinderen ervoor dat de bestaande structuur in de dag blijft bestaan. Inspanning en ontspanning wisselen elkaar af. Op het moment dat deze structuur wegvalt, zal het zieke kind steeds vaker op zichzelf aangewezen zijn. Schoolwerk kan op die momenten afleiding bieden, wat ervoor kan zorgen dat een kind even vergeet dat hij/zij ziek is. Daarnaast ervaart het kind 'ziek zijn' als een beperking en een confrontatie met dingen die niet meer kunnen. Onderwijs daagt het kind uit om iets nieuws te leren, waardoor de nadruk komt te liggen op wat nog wel kan. Ook is school voor de meeste kinderen de plaats om vriendschappen te sluiten en vrienden te ontmoeten. Contact houden met leeftijdsgenoten tijdens een periode van ziekte en afwezigheid geeft veel steun en verlaagt tegelijkertijd de drempel om weer naar school te gaan. Een meer praktisch belang van onderwijs aan zieke kinderen is het voorkomen van een leerachterstand. Tot slot noemt Stubbe het perspectief op de toekomst, die wordt geboden door middel van het volgen van onderwijs. Wanneer dit wordt weggenomen en er geen eisen meer gesteld worden, wordt

het kind als het ware opgegeven (Stubbe, 2006; Naafs-Wilstra, 1995; Roosmalen, Assman-Hilsman, & Thoonen, 1997).

2.4.2 Risicoverhogende factoren voor schoolproblemen

Ondanks de argumenten die pleiten voor het belang van onderwijs voor een ziek kind, zijn er verschillende omstandigheden die interfereren met een normaal leerproces. Hierover is veel te vinden in de literatuur over onderwijs aan chronisch zieke kinderen. De effecten van ziekte op het kind en zijn/haar functioneren zijn in de voorgaande paragraaf besproken. In deze paragraaf worden de gevolgen van deze effecten voor het onderwijs belicht. Daarnaast worden enkele onderzoeken aangehaald om verschillen met gezonde kinderen in kaart te brengen.

Thompson en Gustafson zijn op zoek gegaan naar de factoren die invloed hebben op het verhoogde risico op schoolproblematiek. Het verhoogde risico kan volgens de auteurs een gevolg zijn van directe of indirecte effecten van de ziekte en behandeling. Directe effecten kunnen zijn: effecten van de behandeling zoals aantasting van het centrale zenuwstelsel. Indirecte effecten kunnen zijn: algehele malaise, psychologische stress of absentie (Thompson en Gustafson, 1996). Deze effecten zullen in de rest van dit hoofdstuk aan de orde komen.

2.4.3 Fysieke en cognitieve problemen en gevolgen voor onderwijs

Allereerst belichten we de fysieke en cognitieve problemen die het zieke kind kan ervaren op school. Assman-Hulsman en Roosmalen besteden aandacht aan problematiek rondom kinderen met een hersentumor op school op basis van wetenschappelijke onderzoeksresultaten. Bestraling of chemotherapie kan verschillende gevolgen hebben voor een kind, wat op school een aantal problemen oplevert. Zo kan beschadiging van hersenfuncties leiden tot concentratie- en aandachtsproblemen, problemen met verwerking van de lesstof en tempo van de les, verminderd reactievermogen, verminderd geheugen, problemen met fijne en grove motoriek, specifieke problemen op het gebied van rekenen en wiskunde, gezichtsproblemen en taal- en spraakproblemen. Deze effecten kunnen het kind

vele praktische problemen opleveren zoals: lang na moeten denken over een te beantwoorden vraag, te laat reageren wanneer tijdens de gymles een bal wordt aangespeeld, te weinig tijd om een proefwerk te maken, problemen met het maken van aantekeningen en het lezen van teksten en leren van woordjes, problemen met leesbaar schrijven en verstaanbaar spreken, problemen met spelen op het schoolplein en vaak absent zijn (Roosmalen, Assman-Hulsman, & Thoonen, 1998; Kingma, 1995; Van Dongen-Melman, 1995).

Het cognitieve functioneren kan ook bij andere ziektebeelden beïnvloed worden door de behandeling. Volgens Butler en Copeland (1993) zijn in de literatuur patronen te vinden over de omvang van de cognitieve impact en een aantal specifieke ziektebeelden. Als voorbeeld laat een meta-analyse door Cousens een gemiddelde afname van 10 IQ punten zien in studies naar de effecten van een bepaalde behandeling tegen leukemie (Cousens et al., 1988). Ook bij medicijnen gebruik tegen astma zijn cognitieve gevolgen gemeten. De meest voorkomende neuro-cognitieve gevolgen van behandeling lijken voor te komen op het gebied van non verbale vaardigheden en aandachts- en concentratiefuncties (Fletcher & Copeland, 1988), zo ook op het gebied van korte termijn geheugen, verwerkingssnelheid, visio-motorische coördinatie en mogelijkheden tot systematisch denken (Thompson en Gustafson, 1996).

2.4.4 Psychologische en emotionele problemen en gevolgen voor onderwijs

Naar aanleiding van bovenstaande problematiek voor het kind op school, wordt er aandacht besteed aan de gevolgen van deze problematiek en het ziekteproces voor de psychologische en emotionele ontwikkeling van het kind. Iedereen kan zich voorstellen dat bovengenoemde problemen, naast de ziekte, enige psychologisch en emotionele reacties tot gevolg hebben. Thompson en Gustafson (1996) beweren dat psychosociale effecten en emotionele factoren een belangrijke rol kunnen spelen bij het functioneren van chronisch zieke kinderen op school, doordat het de mogelijkheden van het kind om effectief betrokken te raken bij het academische proces of het

sociale milieu beïnvloedt. Volgens deze auteurs is een aantal psychologische factoren van invloed op de mate waarin een kind weer deel wil nemen aan schoolactiviteiten. Zo zijn: ziekte gerelateerde stress, psychologisch verdriet, zorgen over reacties van leeftijdsgenoten op fysieke verandering en verminderd zelfvertrouwen allemaal factoren die bij zullen dragen aan de bereidheid om weer naar school te gaan en de betrokkenheid of prestaties op school.

Over hoe kinderen deze problemen ervaren en aanpakken schrijft Van Roosmalen het volgende: "De strategieën die kinderen gebruiken om een stressvolle situatie (in dit geval de ziekte of de effecten daarvan) te beheersen heet 'coping' en is van grote invloed op het emotionele welbevinden. Sommige kinderen zullen de situatie actief aanpakken, andere zullen afwachten. Kinderen die de situatie niet onder ogen willen of kunnen zien hebben hierbij hulp nodig, omdat ze zonder begeleiding onvoldoende in staat zijn om zelf een oplossing te vinden en zich te ontplooiën. Als gevolg van een verminderde 'copingstrategie' kunnen ze gedragsproblemen vertonen. Dit gedrag is een gevolg van het besef van de breuk in hun normale ontwikkeling door de ziekte, ziekenhuisopname en langdurige behandelingen." (van Roosmalen, 2006, p.25).

Als gevolg van deze psychologische zorgen missen sommige chronisch zieke kinderen meer schooluren dan nodig is gezien hun ziekte en functionele beperkingen (Weitzamn, 1986). Absentie is één van de indirecte effecten van chronische ziekte en komt bij chronisch zieke kinderen vaker voor dan bij niet chronisch zieke leeftijdsgenoten, zo blijkt uit onderzoek. De oorzaken van absentie blijken naast medische factoren (Ciarns, Klopovich, Hearne, & Lansky, 1982) ook demografische factoren te zijn (Cook et al., 1985; Charltok et al., 1991; Cairns et al., 1982; Fowler et al., 1985). Uit onderzoek blijkt dat een lager opleidingsniveau van de ouders, vrouw zijn, wonen in een stad met meer dan 100.000 inwoners, en een latere geboorteplaats risicoverhogende factoren zijn voor absentie (Thompson & Gustafson, 1996).

2.4.5 Onderzoek naar hersenbeschadiging en gevolgen voor onderwijs

Om inzicht te krijgen in de mate van fysieke, cognitieve, psychosociale en emotionele problematiek en de oorzaken daarvan belichten we hier een aantal onderzoeken naar de invloed van hersenbeschadiging op het functioneren op school. In deze onderzoeken wordt de vergelijking tussen chronisch zieke en gezonde kinderen gemaakt, waardoor duidelijk wordt welke omvang de problematiek heeft.

In 'the Isle of Wight study' (Rutter et al., 1970) zijn de schoolprestaties van een groep chronisch zieke kinderen waarvan de behandeling geen invloed had op de hersenfunctie, vergeleken met de prestaties van een groep met een behandeling die wel invloed had op de hersenfunctie. Door deze groepen te vergelijken zouden schoolproblemen bij de ene groep directe gevolgen (b.v. aantasting van het centrale zenuwstelsel) en bij de andere groep indirecte gevolgen (b.v. absentie of stress) van de ziekte zijn. De resultaten wijzen uit dat chronisch zieke kinderen met behandeling zonder invloed op de hersenfunctie regulier onderwijs volgden en normaal intellectueel functioneerden in vergelijking met de reguliere populatie. Op het gebied van lezen lagen ze echter 6 tot 9 maanden achter op de leeftijdsnorm. Deze schoolproblemen waren waarschijnlijk een gevolg van indirecte effecten van de ziekte. Van de groep kinderen met een behandeling die wel invloed had op de hersenfunctie, ging de helft naar speciaal onderwijs of niet naar school. Het intellectueel functioneren was beneden het niveau van de reguliere populatie, waarbij non verbaal functioneren significant lager scoorde dan verbaal functioneren. Het leesniveau van deze kinderen lag 2 jaar achter de leeftijdsnorm. Deze achterstand was alleen toe te schrijven aan hun lagere intelligentie niveau (Thompson en Gustafson, 1996).

In 'The Ontario Child Health Study' (Cadman et al., 1987) zijn schoolprestaties van chronisch zieke kinderen met een fysieke beperking onderzocht. Resultaten wijzen uit dat schoolproblemen evident zijn aan een kind met een chronische ziekte en fysieke beperkingen. Kinderen met een chronische ziekte zonder fysieke beperkingen lopen

geen verhoogd risico in vergelijking met gezonde kinderen. Tweeënveertig procent van de chronische zieke kinderen met fysieke beperkingen is gedoubleerd, tegenover 15% van de chronisch zieken zonder beperking en 12% van de gezonde kinderen.

Een epidemiologische studie door Gortmaker, Walker, Weitzman, & Sobel (1990) richtte zich op het psychosociale risico voor kinderen met een chronisch ziekte. Kinderen met een chronische ziekte liepen een significant hoger risico op plaatsing op speciaal onderwijs en doubleren dan gezonde kinderen.

Bovenstaande resultaten en onderzoeken uitgevoerd door Health, Fowler, Davenport and Garg (1992) wijzen uit dat kinderen met een chronische ziekte een hoger risico lopen op schoolproblemen. Dit risico geldt hoofdzakelijk voor kinderen met een chronische ziekte waarbij de hersenfunctie is beïnvloed door de ziekte zelf of door de behandeling en chronisch zieke kinderen met een fysieke beperking. Fowler, Johnson, and Atkinson (1985) onderzochten het functioneren op school van 270 kinderen met 11 verschillende chronische aandoeningen en concludeerden dat functioneren op school naast chronische ziekte en beperkingen, eveneens wordt beïnvloed door ras en socio-economische status (Thompson en Gustafson, 1996).

2.5 Advies voor de docent

Eén van de centrale aspecten in dit onderzoek is onderwijs aan chronisch zieke kinderen. Over de rol van de docent in deze situatie is veelal adviesliteratuur te vinden waarin docenten worden geadviseerd aan de hand van onderzoeksresultaten. Assman-Hulsman en Roosmalen beschrijven in hun onderzoek naar ex-kankerpatiënten welke punten bij de aanpak van de school volgens hun centraal moeten staan. "Het is de kunst om een evenwicht te vinden tussen enerzijds de lichamelijke en geestelijke conditie van de leerling en anderzijds de eisen die de leerstof aan de leerling stelt", aldus de auteurs (Assman-Hulsman, Roosmalen & Thoonen, 1998, p.136). Essentieel

blijft dat de leerling wordt uitgedaagd zodat hij/zij toekomstperspectief behoudt. In het geval van achteruitgang in leerprestaties adviseren ze docenten adequaat te handelen en hulp te bieden. Op die manier wordt demotivatie en faalangst zo goed mogelijk voorkomen (Assman-Hulsman, Roosmalen & Thoonen, 1998).

Van Dongen – Melman en Boellaard beschrijven een aantal aandachtspunten voor docenten met een chronisch ziek kind in de klas en beginnen bij de fase van ziekenhuisopname. Ze adviseren de docent om contact te onderhouden met het kind en de ouders als het kind in het ziekenhuis of thuis is. Dit geeft het kind het gevoel dat het erbij hoort en vergemakkelijkt het weer naar school gaan. Op het moment dat het kind weer op school komt kan de omgang met een chronisch ziek kind moeilijkheden en vragen opleveren voor docenten. Soms spelen vragen zoals: mogen we vragen naar de ziekte; blijft het kind in leven; hoe gaan we met hem/haar om; hoe moeten klasgenoten worden voorbereid? De adviesliteratuur adviseert om met het kind over de ziekte te praten. Op die manier kan men een emotioneel isolement voorkomen. Niet ieder kind heeft evenveel behoefte om te praten met een docent. De kunst van een goede communicatie is dan ook het tegemoet komen aan de wensen en behoeften van het kind. De benadering van een ziek kind door klasgenoten hangt voor een groot gedeelte af van de manier waarop de docent in zijn/haar voorbeeldfunctie, het kind benadert. Daarnaast dienen docenten praktische schoolproblemen te signaleren en op te lossen. Er kan bijvoorbeeld sprake zijn van achteruitgang van het IQ, waardoor de docent de leerling praktisch en emotioneel dient te ondersteunen en te zoeken naar eventuele alternatieve onderwijsvormen of extra hulp. De docent kan zich inzetten voor aanpassingen op het gebied van materiële voorzieningen, lesroosters en vervoer.

De auteurs noemen tot slot het belang van contact tussen docent en ouders. Ouders kunnen functioneren als informatiebron voor de docent en de docent kan ondersteuning bieden aan ouders op het gebied van opvoedingsvragen en reguleren van eigen angsten ten behoeve van het kind (Naafs-Wilstra, 1995).

Onderstaand citaat geeft aan welk belang Brown hecht aan een juiste afstemming tussen betrokkenen bij het zieke kind, om de herintreding in het onderwijsproces soepel te laten verlopen.

“At some time during their school careers many children and adolescents diagnosed with chronic illness will need coordinated school interventions (e.g. regular classroom accommodations with frequent breaks because of fatigue, modification of classroom assignments and homework) to maximize attendance and thereby facilitate educational and social growth (...). The process of reintegrating the child or adolescent into school after a prolonged absence and monitoring adequate attendance and achievement requires intensive and cooperative efforts among the health care providers, school personnel, the child or adolescent, and the family.” (Brown, 1995, p.313).

Tot slot

Alle resultaten van epidemiologische en klinische studies bijeengenomen, mag men volgens Brown concluderen dat chronisch zieke kinderen en adolescenten een verhoogd risico lopen op schoolproblemen. Dit risico is het grootst bij kinderen met een cognitieve beperking als gevolg van de ziekte of behandeling. Terwijl sommige kinderen zichzelf niet bewust zijn van hun cognitieve achteruitgang, blijken ze hun oude niveau ten opzichte van hun leeftijdsgenoten niet meer te halen (Sexson & Madan-Swain, 1993). Dit houdt, zoals blijkt uit verschillende onderzoeken, ook verband met andere interfererende factoren zoals: absentie, emotionele spanningen die tot uiting kunnen komen in angst en/of depressie, tijdelijke ziekte of effecten van de behandeling zoals aandachts- en/of concentratieproblemen, vermoeidheid en functionele beperkingen tijdens verschillende activiteiten. Bovendien kan de houding van ouders en docenten met betrekking tot het herintredingsproces op school bijdragen aan deze leerproblemen (Brown, 1995).

In combinatie met factoren die het belang van onderwijs onderstrepen blijkt het onderwijsproces voor chronisch of langdurig zieke kinderen zeer complex te zijn en verdient het speciale aandacht.

3 Onderwijsopvattingen

3.1 Onderwijsopvattingen; wat zijn dat?

Het geheel aan opvattingen over verschillende gebieden binnen het onderwijs noemt men onderwijsopvattingen. Op het moment dat een leerling chronisch ziek is, verandert de schoolsituatie drastisch, maar de vraag is of dit ook invloed heeft op de onderwijsopvattingen van de betrokkenen.

In dit hoofdstuk belichten we de inhoud en de herkomst van het begrip 'onderwijsopvattingen' en de mogelijke opvattingen van docenten en ouders. Deze onderwijsopvattingen vormen de basis van de enquête die in het volgende hoofdstuk wordt besproken.

Het begrip onderwijsopvatting

Verschillende onderzoeken wijzen erop dat het begrip onderwijsopvattingen een moeilijk te definiëren begrip is en binnen de literatuur in zeer uiteenlopende situaties wordt gebruikt (Bolhuis, 2000; Pajares, 1992; Verloop, 2003). Termen als onderwijsopvattingen, -ideeën, -perspectieven, -percepties en subjectieve onderwijstheorie lijken min of meer inwisselbaar te zijn. Onder andere Verloop, Van Driel en Meijer (2001) merken bovendien op dat opvattingen en kennis vaak door elkaar worden gehaald: "...in theorie zijn opvattingen meer persoonlijke waarden en ideologieën, gebaseerd op evaluatie en oordeel, terwijl kennis uitgaat van objectieve feiten; in de praktijk hebben bijvoorbeeld docenten een persoonlijke kennisbasis, waarin beide door elkaar lopen" (Van Geert, 1997, p.34). Ook in onderzoek worden ze vaak niet duidelijk gescheiden. Van Driel, Beijaard en Verloop (2001) deden bijvoorbeeld onderzoek naar de *practical knowledge* van docenten in het voortgezet onderwijs, een concept dat bestaat uit het geheel van de kennis en opvattingen over het eigen lesgeven (Denessen, 1999). Universele, objectieve kennis en persoonlijke, subjectieve

opvattingen zijn dus moeilijk te splitsen. Volgens Denessen kunnen we slechts zeggen dat leerkrachten een persoonlijke kennisbasis hebben, waarin eigen onderwijsopvattingen een plaats hebben. Deze opvattingen kunnen gedefinieerd worden als: stilzwijgende, vaak onbewuste aannames over leren en onderwijzen (Denessen, 1999).

3.2 Onderwijsopvattingen en de oorsprong

Het huidige Nederlandse onderwijssysteem kent veel verschillende onderwijsstijlen. Zowel binnen het basis- als het voortgezet onderwijs bestaan stromingen met een verschillende onderwijsvisie. Voorbeelden van stromingen voor traditionele vernieuwingscholen zijn Jenaplanonderwijs, Vrije schoolonderwijs, Montessori onderwijs, Daltononderwijs en Freinetonderwijs. Binnen de Nederlandse onderwijswereld ontstaan voortdurend nieuwe stromingen die zicht door nadruk te leggen op andere aspecten van leren van kinderen onderscheiden van de rest. Voorbeelden daarvan zijn competentiegericht leren, het nieuwe leren en ervaringsgericht onderwijs. Deze stromingen hebben verschillende visies op de manier waarop onderwijs ingericht moet worden of de condities waaronder 'leren' kan plaatsvinden. Vragen waarop evenveel antwoorden bestaan als er leerlingen zijn. In Nederland woedt, gezien de vele krantenartikelen en televisieprogramma's, een brede maatschappelijke discussie over de inrichting van onderwijs. De manier waarop bijvoorbeeld op multiculturele scholen wordt onderwezen, wijkt enorm af van traditionele scholen. In Nederland is men zoekende naar de meest optimale manier van onderwijzen. Toenemend onderzoek van de laatste decennia is dan ook geen stap dichterbij een eenduidig antwoord gekomen maar heeft geleid tot een onoverzichtelijk geheel van instructietheorieën, die vaak moeilijk verenigbaar zijn. De fundamentele theorieën, de oorspronkelijk afkomstig zijn uit de psychologie en filosofie, en de daaruit voortgekomen

onderwijsopvattingen worden hier nader besproken. Literatuur van Charles M. Reigeluth (1990) en John Dewey (1916) heeft belangrijke informatie opgeleverd voor deze uiteenzetting.

3.2.1 Objectivisme

Objectivisme is gegroeid uit twee psychologische theorieën: behaviorisme en cognitieve psychologie. De grootvader van *behaviorisme*, B. F. Skinner, vond het de taak van de leraar om omstandigheden te creëren waarin gewenst gedrag van leerlingen aangemoedigd en versterkt wordt, zowel door positieve als negatieve stimuli. Een leerling zal bijvoorbeeld hard studeren voor een toets (gewenst gedrag) als hij goede punten in het vooruitzicht heeft (positieve stimulans). Skinner geloofde dat ook onderwijzen van andere capaciteiten zoals kritisch denken en creativiteit, een kwestie is van het voorzien van de juiste prikkels.

De *cognitieve psychologie* leverde een bijdrage door de analogie te maken tussen leren bij mensen en de manier waarop een computer informatie verwerkt. Onderzoekers als Richard Atkinson en David Ausubel stelden modellen op die beschrijven hoe een persoon informatie ontvangt en opslaat, de geheugenstructuur die toelaat om nieuwe informatie te relateren aan beschikbare kennis en de manier waarop informatie van het korte- naar het lange termijngeheugen gaat.

Robert Gagné, tenslotte, verenigde zowel behavioristische als cognitieve principes om zo tot een objectivistische aanpak te komen. Objectivisten geloven dat kennis een object is dat op zichzelf kan bestaan, buiten het menselijk brein. Leren op school vindt plaats wanneer kennis wordt overgebracht van een leerkracht naar een leerling.

Een aantal kenmerken van deze aanpak zijn:

- Nadruk op het geleidelijk aanleren van begrippen beginnend bij laag- en opbouwend tot hoogniveau.
- Zorgvuldig formuleren van beoogde leerresultaten met bijhorende testen.
- Nadruk op individueel werk, minder op groepswerk.

- Voorkeur voor traditionele leer- en testmethoden: hoorcolleges, werkbladen, activiteiten en testen met duidelijk voorspelbare antwoorden.

(Charles M. Reigeluth, 1999; Van Geert, 1997).

3.2.2 Constructivisme

De cognitieve psychologie levert eveneens een belangrijke bijdrage aan het constructivisme. Het deelgebied van de cognitieve psychologie dat zich concentreert op studiemotivatie en het kunnen toepassen van de leerstof in situaties buiten de leeromgeving heeft daarbij de belangrijkste rol. Constructivisme is mede ontstaan als reactie op de objectivistische methoden die teveel nadruk leggen op het overbrengen van naakte kennis, zonder zich veel vragen te stellen over diens relevantie. Bij constructivisme krijgt iets pas betekenis in een context.

Belangrijke kenmerken van deze aanpak zijn:

- Nadruk op leren door het oplossen van problemen, onderzoeken van verschillende mogelijke antwoorden en het ontwikkelen van producten en presentaties.
- Nastreven van globale doelstellingen, waaronder algemene eigenschappen zoals probleemoplossen en zelfstudie.
- Nadruk op groepswerk, minder op individueel werk.
- Voorkeur voor alternatieve leer- en testmethoden: exploreren van open vragen en scenario's, onderzoek verrichten en producten ontwikkelen, werken met portfolio's

Constructivisme gaat er niet vanuit dat kennis op zichzelf bestaat, maar dat het wordt geconstrueerd in het menselijk brein door deelname in bepaalde ervaringen. Leren vindt plaats wanneer iemand zowel leermechanismen als zijn of haar eigen unieke versie van kennis construeert, gekleurd door zijn of haar achtergrond en ervaringen.

Hoewel het constructivisme pas de laatste decennia een sterke opmars kent zijn de ideeën helemaal niet nieuw. John Dewey beschrijft dat grote filosofen als Plato en Rousseau een soortgelijke visie op onderwijs hadden. Volgens Van Geert vindt men echter nergens een

overtuigender pleidooi voor constructivistisch onderwijs dan bij Dewey zelf (Dewey, 1916). (Charles M. Reigeluth, 1999; Van Geert, 1997).

In de dagelijkse onderwijspraktijk zien we een combinatie van meerdere theorieën.

3.3 Leerling- versus leerstofgerichte opvattingen

Om onderwijsopvattingen te kunnen vaststellen, dienen ze eerst goed in beeld te worden gebracht. Naar de dimensionaliteit van onderwijsopvattingen is veel onderzoek gedaan. Denessen deed onderzoek naar onderwijsopvattingen van 1001 personen door middel van een vragenlijst. Hij vond dat opvattingen over onderwijs empirisch gezien in een meer of minder *leerling-gerichte* en een meer of minder *leerstofgerichte* dimensie te vangen waren. Deze twee dimensies leggen elk een andere nadruk binnen drie gebieden: de doelen van het onderwijs, de pedagogische relatie tussen docent en leerling en de onderwijskundige inrichting (Tabel 1). In dit onderzoek is de eendimensionale variant gebruikt (leerstof- versus leerling-gericht).

Inhoudsdomein	Leerstofgerichte ideologie	Leerlinggerichte ideologie
Doelen van het onderwijs	Focus op loopbaan	Focus op vorming
Pedagogische relatie	Discipline van leerling	Inspraak van leerling
Onderwijskundige inrichting	Productgericht	Procesgericht

Tabel 1: De inhoudelijke en structurele indeling van opvattingen over onderwijs (Bron: Denessen, 1999, p.43)

Binnen leerstofgerichte opvattingen wordt de nadruk gelegd op het voorbereiden van leerlingen op hun maatschappelijke loopbaan en op het behalen van een zo hoog mogelijk diploma. Dit wil men bereiken door een ordelijk en gestructureerd leerklimaat, waarbij de nadruk

ligt op de overdracht van kennis en op de basisvakken. Prestaties worden belangrijk gevonden. Door veel auteurs wordt dit ook wel een *traditionele opvatting* van onderwijs genoemd. Binnen de leerling-gerichte opvattingen worden doelen als zelfontplooiing en sociale vorming als het belangrijkste onderwijsdoelen gezien. Dit wil men bereiken door een meer democratisch schoolklimaat, dat gericht is op individuele leeractiviteiten. De nadruk ligt op creatieve en sociale vakken en op het actief verwerven van kennis. Het proces wordt belangrijker gevonden dan het product. Dit soort onderwijsopvattingen wordt ook wel *progressief* of *modern* genoemd (Denessen, 1999).

Denessen is niet de enige die deze twee dimensionale structuur in opvattingen over onderwijs vond. Veel andere auteurs onderscheidden naar aanleiding van vragenlijstonderzoek dezelfde twee dimensies van opvattingen over onderwijs. Denessen concludeert ten slotte dat de twee dimensies onafhankelijk van elkaar bestaan en dus ook naast elkaar kunnen voorkomen. “De mate van leerstofgerichtheid bezit geen zeggingskracht over de mate van leerling-gerichtheid”, aldus Denessen (1999, p.165).

3.4 Onderwijsopvattingen van ouders

Het ontstaan van onderwijsopvattingen wordt in de literatuur in verband gebracht met verschillende socialiserende en maatschappelijk processen. Denessen heeft onderzoek gedaan naar de rol van onderwijsopvattingen en kwam tot de conclusie dat deze tweeledig is. Enerzijds kunnen onderwijsopvattingen worden opgevat als het resultaat van socialisatieprocessen. Anderzijds hebben opvattingen over onderwijs binnen socialiserende instanties een sturende werking in de socialisatie van kinderen. Bowles en Gintis legden een relatie tussen de socialiserende werking van het beroep van ouders en hun opvattingen over onderwijs. De positie van de ouders op de werkvloer blijkt zich te vertalen in opvattingen over onderwijs. Hoe lager de positie op de werkvloer, des te sterker zal men leerstofgericht zijn. In het

verlengde daarvan vertonen de twee door Kohn gevonden dimensies in opvoedingswaarden, conformiteit versus autonomie en zelfbepaling, sterke overeenkomst met leerstof- en leerling-gerichte onderwijsideologie. Kohn constateerde een relatie tussen sociale klasse en opvoedingswaarden. Des te hoger de sociale klasse, des te meer belang wordt gehecht aan zelfbepaling en minder aan conformiteit.

Naast de socialiserende werking van het beroep hebben Bowles en Gintis de invloed van de socialiserende werking van het onderwijs onderzocht. Volgens hen is het onderwijs zodanig ingericht dat het mensen voorbereidt op een specifieke positie op de arbeidsmarkt. Ze impliceren een sterker op conformiteit gerichte socialiserende werking van het lager beroepsonderwijs, omdat dat onderwijstype leerlingen voorbereidt op afhankelijke posities op de arbeidsmarkt, terwijl de hogere onderwijstypen leerlingen voorbereiden op functies met meer zelfstandigheid en autonomie. Volgens deze auteurs leveren deze ervaringen een bijdrage aan de identiteitsvorming en zouden ze de waarden en opvattingen van mensen beïnvloeden. Levine en Levine zien een verband tussen de sociale achtergrond van de leerlingen van een school en de eisen die aan de inrichting van het onderwijs worden gesteld. Volgens hun onderzoek sluit leerling-gericht onderwijs het beste aan bij de middenklasse en leerstofgericht onderwijs bij de lagere sociale klassen, omdat dit aansluit bij de behoeften van de populatie. Onderwijsopvattingen en opvoedingswaarden kunnen worden beschouwd als kenmerken van de gezinscultuur en zouden volgens verschillende onderzoekers bepaald worden door structurele kenmerken van het gezin, de sociale klasse en het opleidingsniveau van de ouders (Kohn, Bernstein, Bowles & Gintis, Bourdieu, Klaasen, Peschar & Wesselingh, Hofstede, Van der Kley & Felling; Denessen, 1999)

De hierboven genoemde socialisatieprocessen hebben een intergenerationeel cyclisch verloop, aldus Denessen. In de toelichting hierop omschrijft hij het volgende: “Zo zijn bepaalde waarden, opvattingen en gedragingen het resultaat van ervaringen die men opdoet in socialiserende

instanties. Deze opvattingen zijn op hun beurt weer het resultaat van socialisatieprocessen en vormen een kenmerk van bijvoorbeeld het gezin als socialiserende instantie en een volgende generatie” (Denessen, 1999, p.51).

Naar de invloed van maatschappelijke processen op onderwijsopvattingen zijn eveneens verschillende onderzoeken gedaan. Volgens Ester, Halman en De Moor en Peters kan modernisering, waaronder individualisering en meritocratisering vallen, gevolgen hebben voor waardeoriëntaties en sociaal-culturele opvattingen. Als voorbeeld wordt het individualiseringsproces genoemd, dat verwijst naar de groeiende autonomie van individuen in het ontwikkelen van eigen normen en waarden, aldus deze auteurs (Denessen, 1999). Sociaal-culturele opvattingen die door meritocratisering worden beïnvloed hebben betrekking op de mate waarin men denkt dat iedereen in staat is om op basis van gelijke kansen een bepaalde maatschappelijke positie in de maatschappij te bereiken (Bronneman-Helmers, 1993).

Om meer specifiek aan te kunnen geven welke factoren in verband staan met de vorming van onderwijsopvattingen, hebben Van der Kley en Felling leefstijlpatronen in verband gebracht met onderwijsopvattingen. Zo blijkt uit onderzoek dat religiositeit, waardeoriëntaties, politieke opvattingen, opvattingen over arbeid, economisch en cultureel conservatisme, binding met de primaire omgeving en opvoedingswaarden een verband vertonen met een meer leerstof- of leerling-gerichte onderwijsopvatting. Meritocratische opvattingen zijn positief gerelateerd aan leerstofgerichtheid. Dus mensen die maatschappelijk succes of falen toeschrijven aan individuele talenten, prestaties of tekortkomingen, zijn eerder geneigd orde en discipline, prestaties en beroepsvoorbereiding in het onderwijs te onderstrepen (Denessen, 1999).

Denessen concludeert dat er spanning bestaat tussen leerstof- en leerling-gerichte opvattingen. Aan de ene kant is het van belang dat er aandacht is voor inspraak en zelfverantwoordelijkheid bij leerlingen en dat er aandacht wordt besteed aan persoonlijke een maatschappelijke vorming (leerling-gerichtheid). Aan de andere kant moeten

mensen zelf de verantwoordelijkheid dragen voor hun maatschappelijke loopbaan (verzakelijking). In dat opzicht worden prestaties en diploma's (leerstofgerichtheid) steeds belangrijker (Denessen, 1999).

3.5 Onderwijsopvattingen van docenten

Onderwijsopvattingen worden gevormd onder invloed van verschillende factoren. Zo beschrijft Verloop in zijn onderzoek naar kennis van docenten, feitelijke kennis, wat wil zeggen dat de docent in cognitieve zin over deze kennis beschikt, deze kennis 'in het hoofd heeft', waardoor deze kennis in principe sturend kan zijn voor eigen handelen (Verloop, 2003, p.210). Daarnaast wijst Verloop op het belang van onderzoek naar intuïtieve kennis van docenten. "...dit zijn inzichten en vaardigheden die de docent gedurende zijn beroeps carrière heeft verworven en die in belangrijke mate het handelen sturen", aldus Verloop (Verloop, 1994, p.61). In dit onderzoek wordt er vanuit gegaan dat de opvattingen van docenten zijn gevormd door een samenspel van feitelijke en intuïtieve kennis. Naast Verloop wijst ook Korthagen op de invloed van intuïtie van docenten op hun opvattingen en lesgeefgedrag. Hij legt de nadruk op de docent als mens met kernwaarden die invloed hebben op gedrag. In dit persoonlijkheidsmodel ligt de kern van een docent altijd aan de basis van bijvoorbeeld een handeling in de klas of een reactie op een leerling (Korthagen, 2000).

Volgens een literatuurstudie van Denessen verschillen de onderwijsopvattingen van docenten over het algemeen significant van die van personen die niet werkzaam zijn in het onderwijs. In 1959 vonden Kerlinger en Kaya al dat Amerikaanse leerkrachten sterker leerling-gerichte en minder sterk leerstofgerichte opvattingen hebben dan ouders. In de loop van de jaren zijn nog vele onderzoeken uitgevoerd waaruit blijkt dat de meeste Amerikaanse leerkrachten ervan overtuigd zijn dat een progressieve benadering het beste is voor zowel het kind als het academische proces (Denessen, 1999).

Ook in Nederland vinden leerkrachten het centraal stellen van de leerling het belangrijkste aspect van hun beroep (Sikkes, 2000). Beijaard, Verloop en Vermunt (2000) concludeerden uit onderzoek dat veel leerkrachten de pedagogische kant van hun beroep belangrijker vinden dan de didactische kant. Volgens deze onderzoekers worden de leerling-gerichte ontwikkelingen in het (voortgezet) onderwijs door de meeste docenten als positief voor het leerproces beschouwd (Denessen, 1999). De leerling-gerichtheid van leerkrachten is in het basisonderwijs nog duidelijker dan in het voortgezet onderwijs. Volgens Amerikaans onderzoek van Brophy (1985) leggen leerkrachten op basisscholen in vergelijking met leerkrachten in het voortgezet onderwijs meer de nadruk op socialisatie, interactie en individualiteit van de leerling en minder op instructie (Denessen, 1999).. De vergelijking tussen de mate van leerling- en leerstofgerichtheid tussen ouders en docenten wijst uit dat docenten sterker leerling-gericht en minder leerstofgericht zijn dan ouders. Kalmijn (1987) vond in zijn onderzoek naar het verschil in leefstijl tussen docenten en ouders, dat docenten een minder traditionele en conservatieve leefstijl hebben ten opzichte van ouders. Het verschil in leerstofgerichtheid tussen docenten en ouders kan volgens Kalmijn door dit verschil in leefstijl verklaard worden. Het verschil in leerling-gerichtheid echter niet. Rekening houdend met verschillen in leefstijlkenmerken blijken docenten nog steeds sterker leerling-gericht te zijn dan ouders (Denessen, 1999). Deze bevindingen in de literatuur worden in de conclusie en discussie naast de resultaten van dit onderzoek geplaatst.

4 Methode

De beschreven literatuur in voorgaande hoofdstukken geeft achtergrondinformatie voor de onderzoeksvragen van dit onderzoek. De hoofdvraag richt zich op het in kaart brengen van onderwijsopvattingen van betrokkenen bij zieke kinderen. In dit hoofdstuk wordt de methode van dit onderzoek beschreven aan de hand van een aantal onderzoeksaspecten. In de eerste paragraaf (4.1) worden de respondenten besproken. In paragraaf 4.2 komt de onderzoeksofzet aan de orde. In paragraaf 4.3 wordt het onderzoeksinstrument beschreven en in paragraaf 4.4 komt de methode van data-analyse aan bod.

4.1 Respondenten

Werving

Bij dit onderzoek zijn drie respondentengroepen betrokken, namelijk ouders/verzorgers, docenten op de thuissscholen van zieke kinderen en consulenten OZL die betrokken zijn bij 200 chronisch of langdurig zieke kinderen die in aanraking zijn geweest met de EV-UMCG. De ouders/verzorgers en docenten zijn geworven aan de hand van een adressenbestand van de EV-UMCG. De consulenten zijn benaderd via het landelijk netwerk van Ziek zijn en onderwijs (Ziezon).

Inclusiecriteria

Opname in het gebruikte adressenbestand van de EV-UMCG is gekoppeld aan de volgende voorwaarden: het woonadres van de kinderen staat in het bestand van de EV-UMCG, het kind is in de periode van januari 2001 t/m juli 2008 minimaal 1 week in contact geweest met de EV-UMCG en was op dat moment tussen de 7 en 18 jaar en is tot op heden in leven. Indien sprake is van bovenstaande voorwaarden krijgen zowel ouders/verzorgers als docenten

op de thuissscholen van het desbetreffende kind een enquête toegestuurd.

Kenmerken en omvang respondentengroepen

In totaal zijn 200 ouders/verzorgers en 200 docenten van 200 chronisch of langdurig zieke kinderen in de leeftijd tussen 7 en 18 jaar aangeschreven. In het UMCG zijn deze kinderen in aanraking geweest met de volgende medisch specialismen; cardiologie, gastroenterologie (maag, darm, lever), longziekten, metabole ziekten (stofwisseling), nefrologie (nieren), oncologie/hematologie (kanker/bloed), reumatologie.

De ouders/verzorgers die betrokken zijn bij dit onderzoek worden gezien als eerste verantwoordelijke voor het kind. De docenten in dit onderzoek geven les in de klas of op de school van het zieke kind, zijn mentor, intern begeleider of schooldirecteur en zijn werkzaam binnen basis-, voortgezet-, speciaal, praktijk of beroeps-onderwijs. Alle respondenten wonen verspreid over heel Nederland, maar slechts 25% van de ouders/verzorgers en docenten woont buiten Groningen, Friesland en Drenthe.

De derde respondentengroep bestaat uit 120 consulenten werkzaam in ziekenhuizen of bij Onderwijs Advies Bureaus in Nederland. Ze zijn via Ziezon benaderd. Hiervan zijn 8 consulenten werkzaam bij de EV-UMCG.

4.2 Onderzoeksdesign

Om de onderzoeksvraag van het onderzoek naar onderwijsopvattingen van betrokkenen bij chronisch zieke kinderen te kunnen beantwoorden is een enquête opgesteld. De gegevens worden kwantitatief verwerkt, omdat dat de meest optimale manier is voor het analyseren van de gegevens. In eerder onderzoek naar onderwijsopvattingen is de analyse op vergelijkbare manier vormgegeven. Het onderzoek is beschrijvend van aard, omdat onderwijsopvattingen in kaart worden gebracht aan de hand van literatuur en de gegevens uit de steekproef.

4.3 Onderzoeksinstrument

Het doel van de enquête is het in kaart brengen van onderwijsopvattingen van ouders/verzorgers, docenten en consulenten. De opzet van het onderzoek en het instrument worden hieronder toegelicht.

Opzet

Om het construct onderwijsopvatting te kunnen meten is het begrip geoperationaliseerd aan de hand van gegevens uit de literatuur. Literatuuronderzoek heeft geresulteerd in gebruik van twee dimensies van onderwijsopvattingen, namelijk leerling-gericht en leerstofgericht (Denessen, 1999). Het begrip onderwijs is vervolgens uiteengezet in acht categorieën die in het onderzoek van Denessen aan de orde komen (Denessen, 1999). Deze acht kernaspecten van onderwijs zijn: inhoud van onderwijs, onderwijsdoelen, organisatie, werkvormen, leerniveau, benadering van de patiënt/leerling, emotioneel welbevinden van de leerling en voortgangsbewaking.

Per categorie zijn acht leerling- of leerstofgerichte items opgesteld in de vorm van stellingen over de praktijk in het onderwijs. De respondent kan per item op een 5 punts Likertschaal aangeven in welke mate deze stelling volgens de respondent van toepassing is op de 'actuele' en 'ideale' onderwijssituatie van het zieke kind op de thuischool. De 'actuele situatie' geeft in dit geval een nulmeting weer en de 'ideale situatie' geeft weer hoe respondenten het graag zouden willen zien.

De 5 punts Likertschaal voor beide situaties heeft de waarden: 1) zeer oneens, 2) oneens, 3) neutraal, 4) eens, 5) zeer eens.

Per respondentengroep wordt aan aantal persoonsgegevens gevraagd, in verband met een mogelijke invloed op de mate van leerling- of leerstofgerichtheid. Aan ouders/verzorgers is gevraagd naar hun geslacht, het geslacht van het kind, de ziekte van het kind, de duur van de ziekte en de duur van de periode waarin ze contact hebben gehad met de EV-UMCG. Docenten is gevraagd naar hun functie op de school, binnen welk soort onderwijs ze werkzaam zijn en het aantal zieke kinderen dat ze hebben

begeleid. Consulenten is gevraagd naar hun functie (werkzaam bij de OBD of in het ziekenhuis), het aantal jaren dat ze werkzaam zijn als consulent en de werkregio. De enquête is voorafgaand aan het onderzoek getest door meerdere proefpersonen uit de drie respondentengroepen, zodat onduidelijke vragen aangepast konden worden.

Schriftelijk en digitaal

De schriftelijke versie van de enquêtes is met begeleidende brief naar alle ouders/verzorgers en docenten gestuurd. In de begeleidende brief is melding gemaakt van een digitale link, die toegang biedt aan dezelfde enquête op internet. Deze enquête is opgesteld met behulp van www.thesistools.com. Alle 120 consulenten van het landelijk netwerk hebben per email een digitale link gekregen.

Voldoende respons

De organisatie Ziezon heeft voor dit onderzoek drie ziektegerelateerde informatiemappen over onderwijs aan zieke kinderen beschikbaar gesteld onder alle respondenten. Aan de toegestuurde enquête was een antwoordkaart toegevoegd, waarop de respondent het thuisadres en de specifieke wens voor het onderwerp van de informatiemap aan kon geven. Na loting zijn drie respondenten de gelukkige winnaar van een persoonlijke informatiemap, die ze na afloop van het onderzoek toegestuurd hebben kregen.

4.4 Data-analyse

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag en deelvragen worden de data door middel van verschillende methoden geanalyseerd.

Uitgebreide data-analyse, normaliteit en betrouwbaarheid

Bij de analyse van de dataset is gebruik gemaakt van (detrended) normal Q-Q plots en de Kolmogorov-Smirnov test om de normaliteit te toetsen. Er is gebruik gemaakt van Cronbach's Alpha voor de betrouwbaarheid van de

vragenlijst. Op basis van deze betrouwbaarheidsanalyse en op het feit dat deze items in de literatuur, binnen regulier

onderwijs aan niet zieke kinderen, op leerling- dan wel leerstofgerichte opvattingen wijzen, zijn 21 items overgebleven voor de analyses. Deze zijn weergegeven in tabel 2.

<p><u>Inhoud van onderwijs</u></p> <p>1) De leerling mag zelf weten of hij/zij wel of geen vakken volgt tijdens lesuren op school</p> <p><u>Onderwijsdoelen</u></p> <p>1) Presteren 2) Zelf kennis leren construeren 3) Zelfstandig worden 4) Leren gehoorzamen aan de docent</p>
<p><u>Organisatie</u></p> <p>1) Er dient tijdens lesuren geregeld overleg plaats te vinden tussen de docent en de zieke leerling. 2) De zieke leerling dient te bepalen wat hij/zij doet tijdens lesuren op school. 3) De docent dient te bepalen wat de zieke leerling doet tijdens lesuren op school.</p>
<p><u>Werkvormen</u></p> <p>1) 1 op 1 begeleiding als de leerling daarom vraagt 2) Hoofdzakelijk klassikale begeleiding 3) De leerling mag zelf kiezen welke werkvorm hij/zij wil toepassen</p>
<p><u>Aandacht voor emotioneel welbevinden</u></p> <p>1) Aandacht voor het emotioneel welbevinden van de zieke leerling dient een vast onderdeel te zijn van het onderwijs. 2) Aandacht voor het emotioneel welbevinden van de zieke leerling hoort niet bij het takenpakket van de docent</p>
<p><u>Leerniveau</u></p> <p>1) Het leerniveau dient te worden aangepast aan de mentale en fysieke gesteldheid van de leerling op dat moment. 2) Het leerniveau van de zieke leerling dient gelijk te zijn aan het niveau van de klasgenoten 3) De zieke leerling dient zelf te bepalen op welk niveau hij/zij wil werken 4) De docent dient het leerniveau van de zieke leerling te bepalen</p>
<p><u>Overleg tussen ouders/verzorgers, docent en leerling</u></p> <p>1) Er dient regelmatig overleg te zijn tussen docenten en ouders over de leerprestaties en de lichamelijke en psychische gesteldheid van de zieke leerling 2) Er hoeft tijdens onderwijs aan een zieke leerling geen extra overlegmoment te zijn tussen docenten en ouders t.o.v. een niet zieke leerling 3) Er dient tijdens onderwijs overleg te zijn tussen de leerling en de docent over leerprestaties en lichamelijke en psychische gesteldheid van de zieke leerling 4) Er hoeft tijdens onderwijs aan de zieke leerling geen extra overlegmoment te zijn tussen leerling en docent t.o.v. een niet zieke leerling.</p>

(Op deze items kan gescoord worden op een schaal van 1 tot 5. Zie voor deze scores tabel 7 hoofdstuk 5)

Tabel 2: De 21 gebruikte items voor de analyses weergegeven per enquêtecategorie

Analyse gemiddelde leerling-gerichtheid

Om informatie te verkrijgen over de mate van leerling- en leerstofgerichtheid, zijn 12 items gebruikt om te hercoderen. Hierdoor geldt voor ieder item dat een hoge score op de schaal van 1 t/m 5 wijst op leerling-gerichtheid en een lage score op leerstofgerichtheid van de respondent. De twee dimensies van Denesen die bestaan uit meer en minder leerstofgericht en meer en minder leerling-gerichtheid zijn teruggebracht naar één dimensie namelijk: leerstof- of leerling-gericht, zodat alle scores op dezelfde schaal geanalyseerd kunnen worden. De scores op deze items geven op de schaal van 1 t/m 5 de volgende waarden aan:

1= zeer leerling-gericht

2= leerling-gericht

3= neutraal

4= leerstofgericht

5= zeer leerstofgericht

Het gemiddelde van de somscore van alle items per respondent geeft nu aan in welke mate hij/zij leerling- of leerstofgericht is. Een score >3 wordt gezien als leerling-gericht, een score <3 wordt gezien als leerstofgericht. De 54 items die niet worden meegenomen zijn items die niet betrouwbaar bleken te zijn en items die zijn toegevoegd aan de vragenlijst om deze te laten gelden voor zieke kinderen die in aanraking zijn geweest met de EV-UMCG. Enkele items zijn, ondanks een kleine betrouwbaarheid, toegevoegd aan de enquête om respondenten een volledig oordeel te kunnen laten geven over onderwijs aan zieke kinderen.

Analyse verschillen tussen twee groepen

De analyse die gericht is op het toetsen van verschillen tussen de mate van leerling-gerichtheid in twee situaties tussen twee groepen respondenten is een T toets voor onafhankelijke steekproeven.

De nul-hypothese die hierbij wordt getoetst luidt: de gemiddelden van beide groepen verschillen niet significant van elkaar.

De alternatieve hypothese luidt: de gemiddelden van beide groepen verschillen significant).

$$\text{Proportie verklaarde variantie} = \frac{t^2}{t^2 + (N1 + N2 - 2)}$$

Data-analyse met betrekking tot dan twee groepen

In het geval van een vergelijking tussen meer dan twee respondenten groepen wordt een éénweg-variantie-analyse (ANOVA) uitgevoerd.

De nul-hypothese die hierbij wordt getoetst luidt: de gemiddelden van de groepen verschillen niet significant van elkaar.

De alternatieve hypothese luidt:

de gemiddelden van de groepen verschillen significant.

$$\text{Proportie verklaarde variantie} = \frac{\text{Sum of squares between-groups}}{\text{Total sum of squares}}$$

Data-analyse met betrekking tot verschillen tussen gepaarde metingen

Om te analyseren of er verschillen bestaan tussen bijvoorbeeld de mate van leerling-gerichtheid in de actuele situatie en de ideale situatie wordt een gepaarde T test uitgevoerd. Hiermee kan getoetst worden of er een significant verschil bestaat tussen de scores op actuele en ideale situatie.

De nul-hypothese die hierbij wordt getoetst luidt: de gemiddelden van beide groepen verschillen niet significant van elkaar, het verschil is gelijk aan 0.

De alternatieve hypothese luidt:

de gemiddelden van beide groepen verschillen significant.

$$\text{Proportie verklaarde variantie} = \frac{t^2}{t^2 + N - 1}$$

5 Resultaten

Dataselectie heeft geresulteerd in een databestand van 21 items waarmee verschillende analyses uitgevoerd kunnen worden. Dit hoofdstuk geeft de resultaten weer van deze analyses en geeft kort weer wat dit in de onderwijspraktijk betekent. In paragraaf 5.1 worden de respons, de algemene persoonsgegevens per respondentengroep en de gebruikte items uiteengezet. Paragraaf 5.2 belicht leerling- of leerstofgerichtheid van respondenten. En in paragraaf 5.3 wordt leerling-gerichtheid afgezet tegen variabelen als geslacht en onderwijsvorm. Paragraaf 5.4 belicht tot slot de analyse van specifieke items met betrekking tot onderwijs aan zieke kinderen.

5.1 Algemene gegevens, respons, frequentie en de gebruikte items

De enquête bevat een gedeelte waarin persoonlijke gegevens van de respondent worden gevraagd, zoals leeftijd en geslacht. Hieronder worden deze gegevens per respondentengroep uiteengezet.

Aantal respondenten en ziekteomschrijving

Van de 520 benaderde respondenten hebben 113 respondenten de enquête ingevuld. Dit is 22% respons. De respons van de groep ouders/verzorgers is, in vergelijking met de groep docenten, het grootst met 20% van de gehele groep benaderde ouders/verzorgers (tabel 2). Van deze groep is 26% vader en 74% moeder. Voor deze groep geldt dat 39% een zoon heeft en 61% een dochter.

De ziekte van het kind wordt door 29% van de ouders/verzorgers omschreven als chronisch, 60% noemt de ziekte langdurig en 11% spreekt van een ongeneeslijk zieke zoon of dochter. Één respondent heeft deze vraag niet beantwoord. Tweeëndertig procent van de kinderen waarover de enquête is ingevuld is tussen 1 en 2 jaar in

behandeling bij ziekenhuizen. Vierendertig procent is korter dan 1 jaar en 34% is langer dan 2 jaar in behandeling.

Ouders/verzorgers	39 (N=200)
Docenten	33 (N=200)
Consulenten	41 (N=120)
Totaal	N=113

Tabel 2: Aantal respondenten per groep

Basis- en voortgezet onderwijs

Uit de resultaten blijkt dat evenveel ouders/verzorgers een kind in het BO als in het VO hebben. Slechts 3% van de ouders/verzorgers hebben een kind in het SO (tabel 3). Onder de docenten is de verdeling BO:VO = 17:16 (52% : 48%). Van deze groep werkt geen enkele respondent in het SO. Van de docenten geeft 34% aan docent te zijn van het zieke kind. Daarnaast zegt 51% docent te zijn op dezelfde school, maar niet van het zieke kind. De functie van intern begeleider wordt door 9% ingevuld en slechts één docent (3%) van de docenten is zorgcoördinator. Eveneens één docent (3%) vervult een combinatie van deze functies. Het overgrote deel van de docenten, namelijk 64%, geeft aan dat de laatste 8 jaar slechts één leerling van de school in aanraking is geweest met de EV-UMCG. Voor 27% zijn dat twee leerlingen en voor 6% drie leerlingen. Eén docent (3%) geeft aan het niet precies te weten.

	Ouders/verzorgers	Docenten
BO	19	17
VO	18	16
SO	2	0
Totaal	39	33

Tabel 3: Schooltype ingevuld door ouders/verzorgers en docenten per groep (N=72)

Werkplek en –regio van consulenten

Van de consulenten geeft 32% (n=13) aan werkzaam te zijn in een ziekenhuis en 68% (n=28) bij een Onderwijs Advies Bureau. Deze werkzaamheden worden door 10% (n=4) uitgevoerd in Groningen-Friesland-Drenthe, door 20%

(n=8) in Overijssel, Gelderland, Flevoland, door 60% (n=25) in Noord- en Zuid-Holland, Utrecht en 10% (n=4) is werkzaam in de regio Zeeland, Brabant en Limburg. Het aantal jaren dat deze consulenten werkzaam zijn als consulent wordt weergegeven in tabel 4.

< 1 jaar	2	5%
1-5 jaar	7	17%
5-10 jaar	14	34%
>10 jaar	18	44%
Totaal	41	100%

Tabel 4: Aantal jaren werkzaam als consulent (N=41)

5.2 Leerling- of leerstofgerichte opvattingen onder respondenten

Na in hoofdstuk 3 antwoord te hebben gegeven op de eerste deelvraag, wordt in dit hoofdstuk een antwoord gegeven op de tweede deelvraag die luidt:

Zijn de onderwijsopvattingen van ouders/verzorgers, docenten op de thuischool en consulenten EV of OBD, over onderwijs op de thuischool aan zieke kinderen meer leerling- of leerstof gericht?

Betrouwbaarheid

De data-analyse is uitgevoerd met een set van 21 items (tabel 6) die het construct 'leerling-gerichtheid' meten. Deze items zijn geselecteerd aan de hand van betrouwbaarheidsmetingen met Cronbach's alpha, die is berekend per respondentengroep. De waarden van Cronbach's alpha per groep zijn weergegeven in tabel 5.

Ouders/verzorgers	.758
Docenten	.726
Consulenten	.570

Tabel 5: Betrouwbaarheid van de items per respondentengroep o.b.v. 22 items (44 scores)

De betrouwbaarheid van de vragenlijst voor consulenten is $< .7$. Dit betekent dat de resultaten van deze groep niet betrouwbaar zijn. Daarom is besloten om de resultaten van de consulenten niet te analyseren.

Normaliteit

De normaliteit van de dataset is gemeten aan de hand van de test voor normaliteit: de Kolmogorov-Smirnov toets. Hieruit blijkt dat de verdeling van docenten, zowel in de actuele ($p=.03$) als in de ideale ($p=.01$) situatie niet normaal verdeeld is ($\text{sig} < .05$).

Aan de hand van Normal Q-Q plots kan geconcludeerd worden dat verdelingen niet sterk afwijkt van normaliteit. Er zijn dan ook geen extreme waarden uit de dataset gehaald, omdat dit geen invloed had op de betrouwbaarheid.

De gebruikte items; hoe wordt erop gescoord en wat betekent dat?

In tabel 6 worden de 21 items uit de enquête weergegeven die zijn gebruikt voor verschillende analyses die later in dit hoofdstuk worden uitgewerkt. Bij de leerling-gerichte items staat vermeld dat deze 'leerling-gericht' zijn. De overige items zijn als 'leerstofgericht' bestempeld. Daarnaast staan per item de gemiddelde scores van ouders/verzorgers en docenten in de actuele en ideale onderwijssituatie vermeld. Deze scores zijn voor beide respondentengroepen gescheiden door een schuine streep (actuele situatie/ideale situatie). De scores bevinden zich op een schaal van 1 (zeer eens) t/m 5 (zeer oneens). Per categorie worden de scores op de items toegelicht.

Tabel 6: Scores en toelichting op de 21 items per enquêtecategorie

Inhoud van onderwijs:

1) (Leerling-gericht) De leerling mag zelf weten of hij/zij wel of geen vakken volgt tijdens lesuren op school.

Ouders/verzorgers: Actueel: 2.8 / Ideaal: 2.9 Docenten: Actueel: 2.8 / Ideaal: 2.8

Toelichting: Beide groepen zijn niet uitgesproken positief of negatief over een leerling die zelf mag bepalen of hij/zij vakken volgt tijdens lesuren op school. Er is daarnaast bijna geen verschil tussen de score in de actuele en ideale situatie. Dit kan betekenen dat respondenten geen duidelijk beeld hebben van dit item of dat ze neutraal oordelen.

Onderwijsdoelen:

1) Presteren

Ouders/verzorgers: 3.4 / 3.3

Docenten: 3.6 / 3.5

2) (Leerling-gericht) Zelf kennis leren construeren

Ouders/verzorgers: 2.8 / 2.6

Docenten: 2.6 / 1.9

3) (Leerling-gericht) Zelfstandig worden

Ouders/verzorgers: 2.5 / 2.3

Docenten: 2.2 / 1.5

4) Leren gehoorzamen aan de docent

Ouders/verzorgers: 2.8 / 2.7

Docenten: 2.9 / 2.8

Toelichting: Op de leerling-gerichte items wordt positief gescoord door beide groepen. Opvallend is dat docenten aangeven dat er in de ideale situatie meer aandacht moet komen voor deze 'zelfstandig worden' en 'zelf kennis leren construeren' in vergelijking met de actuele situatie. De leerstofgerichte items scoren negatief en neutraal in beide groepen. Dat laatste kan betekenen dat de respondenten geen duidelijk beeld hadden van dit item, of dat ze neutraal zijn met betrekking tot deze opvatting.

Organisatie:

1) (Leerling-gericht) Er dient tijdens lesuren geregeld overleg plaats te vinden tussen de docent en de zieke leerling. Ouders/verzorgers: 1.7 / 1.3

Docenten: 1.8 / 1.1

2) (Leerling-gericht) De zieke leerling dient te bepalen wat hij/zij doet tijdens lesuren op school.

Ouders/verzorgers: 2.5 / 2.7

Docenten: 2.7 / 2.3

3) De docent dient te bepalen wat de zieke leerling doet tijdens lesuren op school.

Ouders/verzorgers: 3.0 / 3.4

Docenten: 2.9 / 2.9

Toelichting: Beide groepen scoren positief en matig positief op de leerling-gerichte items. Overleg tussen docent en leerling wordt positiever gescoord dan het item waarin de leerling zelf bepaald wat hij/zij gaat doen op school. Met betrekking tot deze laatst genoemde willen docenten in de ideale situatie meer aandacht geven. Het is opvallend dat ouders/verzorgers echter juist niet meer aandacht voor dit item willen. Voor wat betreft het leerstofgerichte item scoren beide groepen bijna neutraal. Dit kan betekenen dat de respondenten geen duidelijk beeld hadden van dit item, of dat ze neutraal zijn met betrekking tot deze opvatting. Opvallend is de hoge score van ouders/verzorgers in de ideale situatie. Dit betekent dat ouders/verzorgers idealiter zouden zien dat docenten niet bepalen wat het zieke kind doet tijdens lesuren op school.

Werkvormen:

1) (Leerling-gericht) 1 op 1 begeleiding als de leerling daarom vraagt

Ouders/verzorgers: 1.2 / 1.0

Docenten: 1.2 / 0.8

2) Hoofdzakelijk klassikale begeleiding

Ouders/verzorgers: 2.9 / 3.1

Docenten: 3.5 / 4.0

3) (Leerling-gericht) De leerling mag zelf kiezen welke werkvorm hij/zij wil toepassen

Ouders/verzorgers: 2.6 / 2.7

Docenten: 2.6 / 2.9

Toelichting: Beide groepen zijn zeer uitgesproken positief over de leerling-gerichte items. In de ideale situatie zou men '1 op 1 begeleiding als de leerling daarom vraagt' meer aandacht willen geven. Voor wat betreft het leerstofgerichte item scoren ouders/verzorgers neutraal en docenten negatief. Dit betekent dat docenten slechter oordelen over 'hoofdzakelijk klassikale begeleiding' dan ouders/verzorgers.

Aandacht voor emotioneel welbevinden:

1) (Leerling-gericht) Aandacht voor het emotioneel welbevinden van de zieke leerling dient een vast onderdeel te zijn van het onderwijs.
Ouders/verzorgers: 1.5 / 0.8 Docenten: 0.8 / 0.4

2) Aandacht voor het emotioneel welbevinden van de zieke leerling hoort niet bij het takenpakket van de docent
Ouders/verzorgers: 4.0 / 3.7 Docenten: 4.5 / 4.4

Toelichting: Beide groepen zijn het eens met het leerling-gerichte item. De score van beide groepen in de actuele situatie verschilt aanmerkelijk. In dit geval scoren docenten positiever dan ouders/verzorgers. Beide groepen hebben dus een ander beeld over de huidige gang van zaken in het onderwijs met betrekking tot dit item. Met het 2^e item, die het tegenovergestelde van het leerling-gerichte item beweert, zijn beide groepen het uitgesproken oneens.

Leerniveau:

1) (Leerling-gericht) Het leerniveau dient te worden aangepast aan de mentale en fysieke gesteldheid van de leerling op dat moment.
Ouders/verzorgers: 1.4 / 0.9 Docenten: 0.9 / 0.3

2) Het leerniveau van de zieke leerling dient gelijk te zijn aan het niveau van de klasgenoten
Ouders/verzorgers: 3.1 / 3.2 Docenten: 3.1 / 3.0

3) (Leerling-gericht) De zieke leerling dient zelf te bepalen op welk niveau hij/zij wil werken
Ouders/verzorgers: 2.3 / 2.2 Docenten: 2.2 / 2.1

4) De docent dient het leerniveau van de zieke leerling te bepalen
Ouders/verzorgers: 2.9 / 3.0 Docenten: 2.7 / 2.8

Toelichting: De items waarbij het leerniveau aangepast wordt aan het zieke kind, al dan niet bepaald door het kind zelf, worden door beide groepen positief gescoord. Ouders/verzorgers geven echter aan dat er in de actuele situatie te weinig aandacht aan gegeven wordt, terwijl docenten aanzienlijk positiever zijn over de actuele gang van zaken. Dit in tegenstelling tot de leerstofgerichte items, waarop hoofdzakelijk neutraal gescoord wordt.

Overleg tussen ouders/verzorgers, docent en leerling:

1) (Leerling-gericht) Er dient regelmatig overleg te zijn tussen docenten en ouders over de leerprestaties en de lichamelijke en psychische gesteldheid van de zieke leerling
Ouders/verzorgers: 2.7 / 1.0 Docenten: 1.8 / 0.4

2) Er hoeft tijdens onderwijs aan een zieke leerling geen extra overlegmoment te zijn tussen docenten en ouders t.o.v. een niet zieke leerling.

Ouders/verzorgers: 3.5 / 3.8 Docenten: 4.2 / 4.0

3) (Leerling-gericht) Er dient tijdens onderwijs overleg te zijn tussen de leerling en de docent over leerprestaties en lichamelijke en psychische gesteldheid van de zieke leerling

Ouders/verzorgers: 1.9 / 1.6 Docenten: 1.1 / 0.6

4) Er hoeft tijdens onderwijs aan de zieke leerling geen extra overlegmoment te zijn tussen leerling en docent t.o.v. een niet zieke leerling.

Ouders/verzorgers: 3.4 / 3.7 Docenten: 4.3 / 4.4

Toelichting: Beide groepen scoren uitgesproken positief op de items die regelmatig overleg tussen docent, ouders en leerlingen aanraden en negatief op items waarbij dat overleg niet aangeraden wordt. Docenten zijn echter meer uitgesproken in zowel de positieve als negatieve scores in vergelijking met ouders/verzorgers.

(Op een schaal van 1 tot 5: <3=eens, >3=oneens)

Tabel 6: Scores en toelichting op de 21 items per enquêtecategorie

Tabel 6 toont aan dat over het algemeen zowel ouders/verzorgers als docenten positiever scoren op de leerlinggerichte items en negatiever op de leerstofgerichte items. Docenten zijn echter extremer in hun oordeel in vergelijking met ouders/verzorgers.

Gemiddelde leerling-gerichtheid per respondentengroep
De gemiddelde leerling-gerichtheid per respondentengroep wordt weergegeven door een somvariabele te maken voor de score van de 21 items voor zowel de actuele als de ideale onderwijssituatie per

respondent en hiervan het gemiddelde te berekenen. De leerling-gerichte items zijn omgeschaald, zodat voor ieder item geldt dat een hogere score een grotere leerling-gerichtheid betekent. Voor deze nieuwe scores op de items geldt: des te hoger de waarden, des te meer leerling-gerichte items de respondenten hebben gescoord. De gevonden waarden worden weergegeven in tabel 7. De waarden van consulenten zijn wel weergegeven, maar niet betrouwbaar te noemen.

	Leerling-gerichtheid Actuele sit.	Leerling-gerichtheid Ideale sit.
Ouders/verzorgers (n=39)	3.16	3.35
Docenten (n=33)	3.46	3.71
Consulenten (n=41)	3.09	3.54
Gemiddelde 3 groepen	3.24	3.53

(Op een schaal van 1 tot 5. <3=leerstofgericht, >3=leerling-gericht)

Tabel 7: Gemiddelde leerling-gerichtheid per respondentengroep

Uit tabel 7 blijkt dat de gemiddelde leerling-gerichtheid onder docenten groter is dan de leerling-gerichtheid onder ouders/verzorgers. Dit geldt zowel voor de actuele als de ideale situatie.

Gemiddelde verschil in leerling-gerichtheid tussen actuele en ideale situatie

Iedere respondent heeft per item een score gegeven voor de actuele en ideale onderwijssituatie van het zieke kind op de thuishoofschool. Het verschil tussen deze situaties geeft aan in welke mate respondenten de actuele onderwijssituatie als ideaal bestempelen. Des te groter de verschillscore, des te verder de ideale situatie van de actuele situatie verwijderd is. De gemiddelde verschillscore per respondentengroep wordt weergegeven in tabel 8. Het feit dat deze verschillscore negatief is geeft aan dat de leerling-gerichtheid in de 2^e meting (ideale situatie) groter is dan in de 1^e meting (actuele situatie). Dit betekent dat de gemiddelde verschillscore in iedere respondentengroep aangeeft dat de ideale onderwijssituatie meer leerling-

gericht is dan de actuele situatie. De waarden van consulenten zijn wel weergegeven, maar niet betrouwbaar te noemen.

Ouders/verzorgers (n=39)	-.19
Docenten (n=33)	-.26
Consulenten (n=41)	-.45
Gemiddelde 3 groepen	-.3

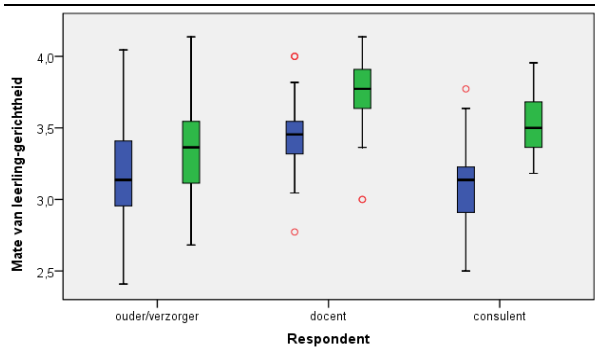
(Gemiddelde verschillscores op basis van 2 scores op de schaal 1 t/m 5)

Tabel 8: Gemiddelde verschillscores leerling-gerichtheid Actueel – Ideaal per groep

Tabel 8 laat zien dat docenten het verschil tussen de actuele en ideale onderwijssituatie als zijnde groter beoordelen in vergelijking met ouders/verzorgers.

Spreiding binnen de groepen

Aan de hand van een boxplot (fig. 2) van leerling-gerichtheid van de drie respondentengroepen in de actuele en ideale onderwijssituatie worden onderlinge verschillen tussen de groepen zichtbaar. De y-as geeft de mate van leerling-gerichtheid weer, waarbij geldt: $y > 3$ = leerling-gericht. De blauwe staaf geeft per groep de scores voor de actuele onderwijssituatie weer en de groene staaf de scores voor de ideale situatie. De lengte van de staaf geeft de spreiding van de scores binnen de groep weer en omvat 50% van de scores. Het einde van de dunne lijnen aan beide zijden van de staaf, geeft de maximale en minimale score van iedere groep. De middenstreep in de staven is de mediaan, de middelste score. De rode stippen in de boxplot zijn extreme waarden per groep en zijn niet meegenomen in de boxen.



Figuur 2: Boxplot: spreiding van scores voor leerling-gerichtheid per respondentengroep

Legenda:

- = 50% van de scores Actuele situatie
- = 50% van de scores Ideale situatie
- = middelste scores
- = middelste scores
- = extreme waarden
- = maximale en minimale score per groep

Samengevat

De boxplot in fig. 2 geeft een visueel overzicht van onderlinge verhoudingen van leerling-gerichtheid. Docenten blijken, zowel in de actuele (blauw) als in de ideale situatie (groen), de meest leerling-gerichte opvattingen te hebben van alle groepen. De spreiding van scores onder de docenten is in beide situaties kleiner in vergelijking met andere groepen, want de staven zijn minder lang. Dit betekent dat docenten binnen hun groep vaker dezelfde scores geven, in vergelijking met de respondenten binnen de andere groepen. Vervolgens is het de vraag of de verschillen in de boxplot significant zijn. De significantie wordt nagegaan in de volgende analyses.

Verskil in leerling-gerichtheid tussen de ouders/verzorgers en docenten

Om het verschil in leerling-gerichtheid tussen de groepen ouders/verzorgers en docenten nader te analyseren is een T test voor onafhankelijke steekproeven uitgevoerd. Deze toetst of er een significant verschil bestaat tussen de gemiddelde leerling-gerichtheid voor beide groepen. Zowel de opvattingen over de actuele als over de ideale situatie worden per groep met elkaar vergeleken.

De groepen ouders/verzorgers en docenten zijn in dit geval even groot, dus de Levene's test is niet uitgevoerd.

Om daadwerkelijk uitspraken te kunnen doen over de significantie van de verschillen wordt de T test voor onafhankelijke steekproeven uitgevoerd. Deze wijst uit dat, met een betrouwbaarheid van $p=.05$, een significant verschil bestaat in gemiddelde leerling-gerichtheid tussen ouders/verzorgers ($M= 3.16, SD=.36$) en docenten ($M=3.46, SD=.26$) in de actuele situatie ($t(68.96)= -4.1, p=.000$). In de ideale situatie ($t(70)=-4.69, p=.000$) bestaat eveneens een significant verschil in gemiddelde leerling-gerichtheid tussen ouders/verzorgers ($M=3.35, SD=.37$) en docenten ($M=3.71, SD=.27$).

Om te analyseren of de oorzaak van dit verschil te verklaren is door de twee respondentengroepen of door andere factoren wordt de proportie verklaarde variantie (R^2) voor beide situaties uitgerekend. Deze berekening geeft voor de actuele situatie: $R^2 = .19$. Dit is, volgens de methode van Cohen, een groot effect. Dit betekent dat 19% van de variantie in leerling-gerichtheid in de actuele situatie kan worden verklaard door de respondentengroepen. De proportie verklaarde variantie in de ideale situatie is: $R^2 = .24$. Dit is, volgens de methode van Cohen, ook een groot effect. Dit betekent dat 24% van de variantie in leerling-gerichtheid in de ideale situatie kan worden verklaard door de respondentengroepen.

Samengevat:

Uit bovenstaande analyses blijkt dat er een significant verschil bestaat tussen beide groepen voor beide situaties.

Gemiddelde verschil in leerling-gerichtheid tussen de actuele en ideale situatie

Dit onderzoek richt zich op twee verschillende onderwijssituaties. De respondenten geven hun oordeel over de actuele onderwijssituatie van zieke kinderen op de thuischool en over de ideale onderwijssituatie. Het verschil tussen deze situaties geeft aan in welke mate respondenten de actuele onderwijssituatie als ideaal bestempelen. Des te groter het verschil tussen de situaties, des te verder de actuele onderwijssituatie volgens de respondenten van hun ideaalbeeld af ligt. Het verschil tussen de actuele en ideale situaties wordt geanalyseerd met een gepaarde T toets voor ouders/verzorgers en docenten. Hiervoor zijn de variabelen 'gemiddelde leerling-gerichtheid in de actuele situatie' en 'gemiddelde leerling-gerichtheid in de ideale situatie' aan elkaar gekoppeld. Op die manier worden de gemiddelde scores van beide situatie met elkaar vergeleken. De resultaten van de toets geven, met een betrouwbaarheid van $p=.05$, een significant verschil tussen de 'gemiddelde leerling-gerichtheid in de actuele situatie' ($M = 3.29, SD = .53$) en de 'gemiddelde leerling-gerichtheid in de ideale situatie' ($M = 3.52, SD = .37$) ($t(71) = -6.53, p < .0005$). Deze resultaten gelden voor de groepen ouders/verzorgers en docenten samen. Uit een gepaarde T toets per respondentengroep blijkt, met een betrouwbaarheid van $p=.05$, zowel voor ouders/verzorgers ($t(38) = -3.59, p=.001$) en docenten ($t(32) = -6.61, p < .000$) een significant verschil te bestaan tussen beide variabelen. De proportie verklaarde variantie is uitgerekend voor de analyse zonder consulenten en geeft voor de actuele situatie is: $R^2 = .38$. Dit is, volgens de methode van Cohen (1977), een groot effect. Dit betekent dat 38% van de variantie in het verschil in leerling-gerichtheid tussen de actuele en ideale situatie kan worden verklaard door de respondentengroepen ouders/verzorgers en docenten.

Samengevat:

Uit deze berekeningen blijkt dat er een significant verschil bestaat tussen de gemiddelde leerling-gerichtheid in beide situaties voor alle respondentengroepen. De gemiddelden

van beide scores geven aan dat de 'leerling-gerichtheid in de ideale situatie' voor ouders/verzorgers en docenten groter is dan 'leerling-gerichtheid in de actuele situatie'. De respondentengroepen zien de ideale onderwijssituatie dus meer leerling-gericht dan de actuele onderwijssituatie.

Grootte van het verschil tussen actuele en ideale situatie per respondentengroep

Naar aanleiding van de resultaten van de voorgaande toets wordt nu gekeken naar de grootte van het significante verschil tussen actuele en ideale situatie en of dit verschil per groep verschilt. Voor deze berekening is een T test voor onafhankelijke steekproeven uitgevoerd met een verschilvariabele die is berekend op basis van gemiddelde scores voor beide situaties. Deze verschilvariabele is gevormd met de volgende berekening (tabel 8.):

Vershil = leerling-gerichtheid actuele situatie – leerling-gerichtheid ideale situatie

Uit de T test blijkt dat, met een betrouwbaarheid van $p=.05$, geen significant verschil bestaat tussen ouders/verzorgers ($M=-.19, SD=.33$) en docenten ($M=-.26, SD=.22$) voor wat betreft het gemiddelde verschil tussen actuele en ideale situatie ($t(70)=.98, p=.332$). De proportie verklaarde variantie van het verschil in leerling-gerichtheid is berekend voor de twee groepen en is: $R^2 = .37$. Dit is, volgens de methode van Cohen (1977), een groot effect. Dit betekent dat 37% van de variantie in verschil in leerling-gerichtheid kan worden verklaard door de ouders/verzorgers en docenten.

Samengevat:

Uit deze analyses blijkt dat er geen significant verschil bestaat tussen de gemiddelde verschillcores tussen beide situaties voor ouders/verzorgers en docenten.

5.3 Verschillen in leerling-gerichtheid op basis van persoonlijke variabelen

Vershil in leerling-gerichtheid tussen docenten in BO en VO in actuele en ideale situatie

Docenten in het BO en VO hebben te maken met kinderen in verschillende leeftijdsgroepen. Om te toetsen of het schooltype invloed heeft op de mate van leerling-gerichtheid, wordt nagegaan met een T test voor onafhankelijke steekproeven, waarbij de gemiddelde leerling-gerichtheid tussen docenten in het BO en VO in de actuele en ideale situatie met elkaar worden vergeleken. Hieruit blijkt, met een betrouwbaarheid van $p=.05$, dat het gemiddelde in de actuele situatie voor docenten in het BO ($M= 3.55, SD=.24$) hoger is dan in dezelfde situatie voor docenten in VO ($M = 3.36, SD=.26$). Ook in de ideale situatie is, met een betrouwbaarheid van $p=.05$, het gemiddelde voor docenten BO ($M=3.82, SD=.18$) hoger in vergelijking met docenten VO ($M= 3.6, SD=.32$). Met een betrouwbaarheid van $p=.05$ kan gezegd worden dat zowel leerling-gerichtheid van docenten in BO en VO in de actuele situatie ($t(31)=1.38, p=.05$) als in de ideale situatie ($t(23.44)=1.72, p=.03$) geldt dat ze significant van elkaar verschillen.

De proportie verklaarde variantie geeft aan in hoeverre we dit verschil kunnen toeschrijven aan docenten in BO en VO. Deze analyse geeft in de actuele situatie: $R^2 = .12$. Dit is, volgens de methode van Cohen (1977), een groot effect: 12% van de variantie in leerling-gerichtheid in de actuele situatie kan worden verklaard door het verschil tussen docenten in het BO en VO. De proportie verklaarde variantie in de ideale situatie is: $R^2 = .16$. Dit is, volgens de methode van Cohen (1977), eveneens een groot effect.: 16% van de variantie in leerling-gerichtheid in de ideale situatie kan worden verklaard door het verschil tussen docenten in het BO en VO.

Samengevat:

Uit deze berekeningen blijkt dat er een significant verschil bestaat tussen de gemiddelde leerling-gerichtheid tussen docenten in het BO en VO in zowel de actuele en ideale

situatie. Uit de gemiddelde scores blijkt dat de leerling-gerichtheid in het BO in beide situaties hoger is dan in het VO. Deze bevindingen komen overeen met bevindingen in de literatuur.

Verschillen in leerling-gerichtheid tussen ouders/verzorgers met een kind dat langere en kortere perioden in behandeling is in ziekenhuizen

In de literatuur zijn veel onderzoeken beschreven over de invloed van veranderingen, die zijn veroorzaakt door de ziekte, op het kind. In deze analyse wordt de invloed van de duur van de behandelingsperiode van het kind op de mate van leerling-gerichtheid van de ouders geanalyseerd. Het verschil in leerling-gerichtheid tussen ouders waarvan het kind een langere of kortere periode in behandeling is bij ziekenhuizen analyseer ik met een éénweg-variantie-analyse (ANOVA). Hieruit blijkt dat, met een betrouwbaarheid van $p=.05$, geen significant verschil bestaat tussen de leerling-gerichtheid van ouders/verzorgers waarvan het kind verschillende perioden behandeld wordt in ziekenhuizen voor zowel de actuele ($F(4,33)=1.94, p=.13$) als de ideale situatie ($F(4,33)=1.76, p=.16$). Uit de gemiddelde scores per behandelingsperiode blijkt dat ouders/verzorgers met kinderen die 6 tot 12 maanden opgenomen zijn het meest leerling-gericht zijn in de actuele ($M=3.5, SD=.21$) en de ideale ($M= 3.7, SD=.31$) situatie. Wanneer het kind 1 tot 2 jaar in behandeling is bij ziekenhuizen neemt de leerling-gerichtheid voor wat betreft de ideale situatie van ouders af ($M=3.2, SD=.3$), om daarna weer licht te stijgen tot de groep waarbij het kind langer dan 3 jaar in behandeling is ($M=3.3, SD=.36$).

Samengevat:

Uit de analyse blijkt dat ouders/verzorgers waarvan het kind 6 tot 12 maanden in het ziekenhuis ligt het meest leerling-gericht zijn in zowel de actuele als ideale onderwijssituatie. Het verschil met de andere groepen is echter niet significant.

5.4 Analyse van specifieke onderwijsdoelen met betrekking tot onderwijs aan zieke kinderen

In de enquête staan een aantal items die niet beschreven staan in voorgaande wetenschappelijk studies naar onderwijsopvattingen als items voor het meten van het construct leerling-gerichtheid binnen het regulier onderwijs. Ze zijn in dit onderzoek opgenomen omdat ze volgens de literatuur in de specifieke onderwijssituatie voor zieke kinderen van groot belang zijn. Hieronder volgt een uiteenzetting van analyses die informatie leveren over de verschillen tussen respondentengroepen op het gebied van onderwijsdoelen voor zieke kinderen op de thuishoofschool.

Verskil in scores op specifieke onderwijsdoelen voor zieke kinderen

De zeven items in de vragenlijst met betrekking tot specifieke onderwijsdoelen die gelden voor zieke kinderen, hebben voor zowel ouders/verzorgers ($\alpha = .89$), docenten ($\alpha = .79$) als consulenten ($\alpha = .76$) een Cronbach's alpha waarvoor geldt: $> .7$. Deze vragen zijn dus betrouwbaar voor alle respondentengroepen. Tabel 9 geeft deze items weer.

P10.	Bijblijven met de lesstof (bij de klasgenoten)
P11.	Afleiding bieden
P12.	Plezier maken
P13.	Contact houden met klasgenoten en school
P14.	Structuur in de dag aanbrengen
P15.	Perspectief bieden op de toekomst
P16.	Nadruk leggen op het gezonde aspect van de leerling (op wat hij/zij wel kan)

Tabel 9: Items specifieke onderwijsdoelen zieke leerlingen

De score op deze items geeft aan in welke mate de respondenten deze onderwijsdoelen herkennen binnen de actuele onderwijssituatie en in welke mate ze deze doelen zouden plaatsen binnen de ideale onderwijssituatie. De verschillen tussen de respondentengroepen analyseer ik door een éénweg-variantie-analyse (ANOVA). Hieruit blijkt dat, met een betrouwbaarheid van $p = .05$, een significant

verschil bestaat tussen de opvattingen van ouders/verzorgers ($M = 3.9$, $SD = .67$), docenten ($M = 4$, $SD = .46$) en consulenten ($M = 3.3$, $SD = .58$) in de actuele situatie ($F(2,109) = 17.11$, $p = .000$). Dit geldt ook de opvattingen voor ouders/verzorgers ($M = 4.2$, $SD = .77$), docenten ($M = 4.5$, $SD = .4$) en consulenten ($M = 4.1$, $SD = .32$) in de ideale situatie ($F(2,107) = 4.8$, $p = .010$).

Via de post-hoc analyse met Tukey HSD methode blijken deze verschillen in de actuele situatie significant tussen consulenten en de andere twee groepen. In de ideale situatie zijn de verschillen tussen consulenten en docenten significant.

De proportie verklaarde variantie geeft aan in hoeverre we dit verschil kunnen toeschrijven aan de verschillende respondentengroepen. De proportie verklaarde variantie in de actuele situatie is: $R^2 = .24$. Dit is, volgens de methode van Cohen (1977), een groot effect: 24% van de variantie in scores op de items in de actuele situatie kunnen we verklaren door de verschillende respondentengroepen. In de ideale situatie is dit: $R^2 = .08$. Volgens de methode van Cohen (1977) een normaal effect: 8% van de variantie in scores op de items in de ideale situatie kunnen we verklaren door de verschillende respondentengroepen.

Samengevat:

Er bestaat een significant verschil tussen de respondentengroepen in de actuele en de ideale situatie op het gebied van instemming met specifieke onderwijsdoelen voor zieke kinderen. De gemiddelden per groep zijn opvallend, omdat de consulenten in beide situaties het laagst scoren van alle groepen. Dit betekent dat consulenten de actuele en ideale onderwijssituatie op thuishoofscholen niet zo hoog laten scoren op specifieke onderwijsdoelen als de ouders/verzorgers en docenten. De docenten scoren in beide situaties het hoogst. Voor consulenten levert dit informatie op over de mate waarin docenten deze specifieke doelen denken toe te passen. In dit geval blijken docenten geen problemen te signaleren op het gebied van toepassing van deze items.

Grootte van het verschil tussen actuele en ideale onderwijssituatie voor ziekte specifieke onderwijsdoelen
Om inzicht te krijgen in de mate waarin respondenten tevreden zijn met de actuele situatie voor wat betreft het toepassen van onderwijsdoelen voor zieke kinderen, kan de grootte van het verschil tussen actuele en ideale situatie per respondentengroep geanalyseerd worden. Hiervoor is een verschilvariabele gebruikt, waarmee door middel van een éénweg-variantie-analyse (ANOVA) wordt getoetst of er een significant verschil bestaat tussen het gemiddelde verschil tussen de actuele en ideale situatie voor de drie respondentengroepen.

Met een betrouwbaarheid van $p=.05$, is er een significant verschil tussen de verschilvariabelen van ouders/verzorgers ($M=-.31$, $SD=.88$), docenten ($M=-.49$, $SD=.4$) en consulenten ($M=-.8$, $SD=.59$) ($F(2,109)=5.47$, $p=.005$). Uit de post-hoc test met Tukey HSD methode blijkt dat de gevonden verschillen significant zijn tussen consulenten en ouders/verzorgers.

De proportie verklaarde variantie is: $R^2 = .09$. Dit is, volgens de methode van Cohen (1977), een normaal effect. Dit betekent dat 9% van de variantie in verschillen kan worden verklaard door de verschillende respondentengroepen.

Samengevat:

Er bestaat een significant verschil tussen de verschillen tussen de actuele en ideale situatie van de respondentengroepen, op het gebied van instemming met specifieke onderwijsdoelen voor zieke kinderen. Dit betekent dat er tussen consulenten en ouders/verzorgers een significant verschil bestaat voor wat betreft de grootte van het verschil tussen actuele en ideale situatie. Het gemiddelde verschil tussen de actuele en ideale situatie is bij de consulenten groter dan bij de ouders/verzorgers en docenten. Consulenten geven dus, in vergelijking met de andere groepen, meer aan dat in de actuele situatie te weinig aandacht aan deze onderwijsdoelen wordt geschonken.

Tot slot

In dit hoofdstuk zijn verschillende resultaten uiteengezet. In het volgende hoofdstuk volgen de conclusie, discussie en aanbevelingen naar aanleiding van deze resultaten. Aan de hand daarvan wordt een antwoord gegeven op de onderzoeksvragen.

6 Conclusie, discussie & aanbevelingen

6.1 Onderzoeksvraag

Aan de hand van de bevindingen in de literatuur en de resultaten van de analyses kan een conclusie geformuleerd worden met betrekking tot onderwijsopvattingen van betrokkenen bij chronisch of langdurig zieke kinderen. Allereerst zal hier een antwoord gegeven worden op de onderzoeksvraag en deelvragen. Naar aanleiding hiervan zijn een aantal aanbevelingen geformuleerd voor vervolgonderzoek. De onderzoeksvraag luidt dan ook: *Wat zijn onderwijsopvattingen volgens de wetenschappelijke literatuur en wat zijn de onderwijsopvattingen van betrokkenen bij een chronisch ziek kind over onderwijs op de thuischool?*

6.2 Bevindingen aan de hand van wetenschappelijke literatuur

In de bestudeerde literatuur worden onderwijsstromingen ingedeeld in objectivisme en constructivisme. Deze twee stromingen lijken op veel gebieden elkaars tegenhanger, waardoor veel belangrijke aspecten van onderwijsopvattingen aan het licht komen. Het objectivisme gaat er vanuit dat kennis een object is dat op zichzelf kan bestaan, buiten het menselijk brein. Leren op school vindt plaats wanneer kennis wordt overgebracht van een leerkracht naar een leerling. Constructivisme gaat er niet vanuit dat kennis op zichzelf bestaat, maar dat het wordt geconstrueerd in het menselijk brein door deelname in bepaalde ervaringen. Om onderwijsopvattingen van betrokkenen bij chronisch zieke kinderen in kaart te brengen is in dit onderzoek gebruik gemaakt van de twee dimensies van Denessen, namelijk: 'leerstof- versus leerling-gerichtheid'. Deze opzet is in voorgaande wetenschappelijke onderzoeken

gevonden en gebruikt en deze opzet belicht de belangrijkste twee dimensies binnen onderwijsopvattingen.

6.3 Conclusie aan de hand van de enquête

Allereerst moet vermeldt worden dat de, aan de hand van de enquête, verzamelde resultaten voor consulenten niet betrouwbaar blijken te zijn en dus niet als significant aangenomen mogen worden. De vragenlijst voor consulenten heeft een Cronbach's alpha $<.7$.

In het verlengde hiervan kan aan de hand van de verkregen resultaten in dit onderzoek, geconcludeerd worden dat, voor de respondentengroepen ouders/verzorgers en docenten op de thuischool geldt dat ze significant van elkaar verschillen in mate van leerling-gerichtheid, zowel in hun oordeel over de actuele onderwijssituatie als over de ideale onderwijssituatie van onderwijs aan zieke leerlingen op de thuischool.

Docenten zijn het meest leerling-gericht in beide situaties. Dit verschil komt naar voren in een meer uitgesproken positieve mening over de volgende leerling-gerichte items met betrekking tot onderwijs op de thuischool aan zieke leerlingen:

- Onderwijsdoelen: 'zelf kennis leren construeren' en 'zelfstandig worden'
- 'aandacht voor emotioneel welbevinden van de zieke leerling'
- 'het leerniveau aanpassen aan het gesteldheid van de zieke leerling'
- 'overleg tussen ouders/verzorgers, docent en leerling over leerprestaties en lichamelijke en psychische gesteldheid van de zieke leerling'

Deze resultaten komen overeen met resultaten van onderzoek naar onderwijsopvattingen binnen regulier onderwijs van Denessen. Ook in zijn onderzoek zijn ouders/verzorgers minder leerling-gericht in vergelijking met docenten.

In de literatuur wordt de oorzaak van het verschil in leerling-gerichtheid tussen docenten en ouders/verzorgers gezocht in het feit dat ouders/verzorgers een meer conservatief beeld hebben van onderwijs en vaker voorkeur geven aan leerstofgerichte aspecten in vergelijking met docenten. Bij het oordeel van docenten kan een kanttekening geplaatst worden aangezien deze groep een oordeel geeft over de eigen werksituatie. Dit kan leiden tot een minder betrouwbaar oordeel. Omdat in het geval van onderwijs aan een ziek kind op de thuischool ouders/verzorgers blootgesteld worden aan vele invloeden die zijn besproken in hoofdstuk 2, wijken hun onderwijsopvattingen mogelijk af van de onderwijsopvattingen van ouders/verzorgers van een gezond kind in het regulier onderwijs. De vraag is of ouders/verzorgers van zieke kinderen net zoals ouders/verzorgers van niet zieke kinderen een meer conservatief beeld hebben van het onderwijs in vergelijking met docenten.

In de literatuur komt eveneens naar voren dat de beschermende en dus leerling-gerichte aanpak bij veel mensen de eerste reactie is op confrontatie met een ziek kind. Ouders/verzorgers zijn vanaf het begin van de ziekte met hun kind in aanraking, in tegenstelling tot docenten. Wellicht ontstaat hierdoor het verschil in leerling-gerichtheid tussen de groep docenten, die minder ervaring hebben en dus een beschermende houding aannemen op het gebied van onderwijs aan zieke kinderen, en de ouders/verzorgers.

Het verschil in leerling-gerichtheid tussen de actuele en de ideale onderwijssituatie is bij ouders/verzorgers kleiner in vergelijking met docenten. Dit kan betekenen dat ze het meest tevreden zijn met de huidige gang van zaken in het onderwijs aan zieke kinderen op het gebied van leerling-gerichtheid.

In het geval van de specifieke onderwijsdoelen voor zieke kinderen is het verschil tussen beide situaties onder consulenten het grootst van alle groepen. Zij ervaren de actuele onderwijssituatie als zijnde het verst verwijderd van de ideale situatie. Mogelijkerwijs wordt dit veroorzaakt door een vertekend beeld van de actuele situatie op

thuis scholen of door een afwijkend beeld van de ideale situatie in vergelijking met de andere twee groepen. De oorzaak van dit verschil kan liggen in verschillen tussen de beoordeling van situaties. Docenten geven een oordeel over hun eigen werksituatie waardoor de kans bestaat dat ze niet objectief oordelen en het verschil met consulenten groter lijkt dan het in werkelijkheid is.

6.4 Aanbevelingen

Naar aanleiding van dit onderzoek kunnen verschillende soorten aanbevelingen worden gedaan. Hieronder zullen de aanbevelingen per categorie uiteengezet worden.

Aanbevelingen naar aanleiding van de resultaten

Het doel van dit onderzoek is: *optimaliseren van de samenwerking tussen consulenten, docenten en ouders/verzorgers door het beschrijven van de onderwijsopvattingen van alle partijen bij een chronisch ziek kind.*

In het onderzoek zijn grote verschillen gevonden in onderwijsopvattingen over onderwijs voor zieke kinderen op de thuis school tussen de verschillende respondentengroepen. Nu is het de vraag op welke manier de consulenten van de EV de gegevens kunnen gebruiken voor optimalisering van de adviestaak.

De resultaten wijzen uit dat alle groepen meer leerling-gericht zijn dan leerstofgericht. De adviestaak van consulenten zal optimaal ingevuld kunnen worden aan de hand van leerling-gerichte aspecten, waardoor er voor docenten herkenbare en wenselijke punten binnen het onderwijs aan zieke kinderen geadviseerd worden. Verandering van onderwijsopvattingen is, volgens Korthagen (2000), bijna een onmogelijke opgave. Met dit principe dient tijdens de adviestaak aan ouders/verzorgers en docenten rekening gehouden te worden.

Aanbevelingen naar aanleiding van de onderzoeksmethode

Tijdens het onderzoek zijn een aantal punten naar voren gekomen die voor verbetering vatbaar zijn:

1) De betrouwbaarheid van het instrument dient in een volgende uitvoering van een soortgelijk onderzoek van te voren beter vastgesteld te worden. Dit kan door het instrument uitvoerig te laten testen door verschillende proefrespondenten en deze versies statistisch te analyseren. Op die manier kan voorafgaand geanalyseerd worden of het construct gemeten wordt en of er geen overbodige vragen gesteld worden. In dit onderzoek is de statistische proefanalyse achterwege gelaten, waardoor met een 'zwak' instrument is gemeten.

2) De vragenlijst is voor de consulentengroep niet betrouwbaar omdat het vrijwel onmogelijk is om een 'gemiddeld beeld' te schetsen van de verschillende betrokken scholen. Tijdens vervolgonderzoek kan gekozen worden voor een methode waarbij consulenten open vragen dienen te beantwoorden over de actuele onderwijssituatie of dient het onderzoek zich alleen te richten op problematische situaties.

3) De enquête dient ingevuld te worden op basis van gegevens van één bepaalde leerling. Voor de consulentengroep levert dit enigszins een probleem op, waardoor de vragenlijst mede minder betrouwbaar wordt. In dit onderzoek is ervoor gekozen om de consulenten een 'gemiddelde indruk' te laten geven voor de actuele en de ideale situatie. Praktisch gezien is dit bijna onmogelijk, waardoor de resultaten voor de praktijk minder op zullen leveren. Consulenten dienen dus op een andere manier ondervraagd te worden over de mate van leerling-gerichtheid. Een mogelijke oplossing ligt in het voorleggen van één en dezelfde casus over een ziek kind aan een aantal respondenten uit verschillende groepen. Op die manier geven alle respondenten hun mate van leerling-gerichtheid aan, die is gebaseerd op dezelfde casus.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

1) In het verlengde van dit kwantitatieve onderzoek kan een kwalitatief onderzoek uitgevoerd worden met vergelijkbare onderzoeksvragen. Een kwalitatief onderzoek kan door middel van interviews aan de hand van onderwerpen uit de literatuur uitgevoerd worden. Het voordeel van deze

methode ten opzichte van de huidige methode is dat respondenten hun antwoorden moeten overdenken en toelichten, in tegenstelling tot de antwoorden in de enquête. Tijdens invullen van de enquête bestaat een grotere kans op ongedulde antwoorden.

2) De mate van leerling-gerichtheid levert vragen op over de factoren die deze leerling-gerichtheid veroorzaken en/of beïnvloeden. Denessen heeft in zijn onderzoek uitspraken gedaan over de invloed van verschillende sociale en maatschappelijke structuren op leerling-gerichtheid. Gelden dezelfde factoren voor de situatie van zieke kinderen of zijn er andere belangrijke factoren die meespelen?

3) Nu de mate van leerling-gerichtheid in kaart is gebracht aan de hand van oordelen van ouders/verzorgers, docenten en consulenten is het interessant om te onderzoeken op welke manier zieke kinderen het onderwijs op de thuischool en in het ziekenhuis ervaren en welke werkwijze ze prettig of minder prettig vinden. Dit onderzoek dient kwantitatief van aard te zijn omdat de respondentengroep bestaat uit kinderen en er op die manier de meest bruikbare informatie verkregen wordt.

4) Naar aanleiding van de in de literatuur beschreven onderzoeken naar gevolgen van de ziekte voor kinderen, is het interessant om te onderzoeken of er interventiemogelijkheden zijn om verschillende problemen zo goed mogelijk tegen te gaan. Dit onderzoek kan zich richten op voorkoming van doubleren, een vertekend zelfbeeld onder chronisch zieke kinderen, sociale achterstand enz.

Literatuur

- Assman-Hulsman C. & Roosmalen & T. van, Thoonen, G. (1998). Kinderkanker kansen in het onderwijs. Onderwijsproject 'Kinderen en Kanker', Nijmegen.
- Baldew, I.M., & Baldew – Visser, S.A.J.M. (1985). Chronisch zieke kinderen en jongeren. Psychosociale zorg voor gezin – school – beroep. Uitgeverij Intro, Nijkerk.
- Boekaerts, M. & Simons, P.R., (1995). Leren en instructie. Psychologie van de leerling en het leerproces. Van Gorcum, Assen.
- Bower, G.H., & Hilgard, E.R. (1981) Theories of Learning. Prentice – Hall.
- Bransford, J. (2000) How people learn, brain, mind, experience and school. National Research council. Washington DC, National academy press. Opgevraagd op 10 oktober 2008, van de RUG database.
- Brown, R.T. (1999). Cognitive aspects of chronic illness in children. The Guildford Press, New York.
- Cohen, J. (1977). Statistical analysis for behavioural science. Academic Press, New York.
- Denessen E. (1999). Opvattingen over onderwijs, leerstof- en leerlinggerichtheid in Nederland. Garant Uigevers N.V.
- Dewey, J. (1916) Democracy and education: an introduction to the philosophy of education, MacMillan New York.
- Drop, B. & Volman, M. (2006). De school is van ons: de visie van eigenwijze jongeren op voortgezet onderwijs. Uitgeverij van Gorcum.
- Duijzer – van Dijk, B.W. (1998). Tussen betrokkenheid en afstand. Kinderen met een hersentumor in het onderwijs. Drukkerij Hoekman Zwolle B.V.
- Fokkema, M. & Ploegstra, R., (1988). Onderwijs aan langdurig zieke kinderen? Inventariserend onderzoek naar onderwijs aan kinderen die langdurig thuis zijn wegens ziekte. RUG, Instituut voor Orthopedagogiek.
- Garrison, T., & McQuiston, S., (1989). Chronic illness during Childhood and Adolescence, Psychological Aspects. Sage Publications, California.
- Geert, P.L.C., van, (1997). Theorieën van leren en ontwikkelen. Samsom HD Tjeenk Willink, Alphen aan de rijn.
- Guldemon, H. (1994). Van de kikker en de vijver. Groepsprocessen op individuele leerprestaties. Leuven, Apeldoorn, Garant.
- Hellinchx, W. & Ghesquiere, P. (2005) Als leren pijn doet. Opvoeden van kinderen met een leerstoornis. Uitgeverij Acco, Leuven/Voorburg.
- Hosli, E.J. (1998) Ziekte begrip bij kinderen. De ontwikkeling van het denken over ziekte. Thesis Publishers Amsterdam.
- Houtzager, B.A. & Grootenhuis, M.A. & Hoekstra-Weebers, J.E.H.M & Last, B.F (2003). Kwaliteit van het leven en coping bij broers en zussen van kinderen met kanker. Tijdschrift voor kindergeneeskunde, vol 71, p. 123-133.
- Kaldeway, J. & Haenen, J. & Wils, S. & Westhoff, G. (1996). Leren leren in didactisch perspectief. Wolters – Noordhof Groningen bv.

Knoester, H. & Gischler, S.J. & Buysse, C.M.P. (2004) Gevolgen van opname op de kinder IC op het kind. Tijdschrift voor kindergeneeskunde. Vol 72, nr 3.

Korthagen, F.A.J (2000). De organisatie in balans: Reflectie en intuïtie als complementaire processen. Tijdschrift voor Management & Organisatie, vol.54 (3), 36-52

Moore, D.S. & McCabe, G.P. (2004). Introduction to the practice of statistics, fifth edition. W.H. Freeman and Company, New York.

Naafs – Wilstra M.C. (1995) Kinderen met kanker: school en toekomst. Vereniging 'Ouders, kinderen en kanker', Zwolle.

Neer, R. van. Het Leren. Deel 1: Leertheorieën en de betekenis ervan voor het onderwijs. Malmberg, Den Bosch.

Oenema – Mostert, C.E. (2006). Orthopedagogische thuisbegeleiding voor gezinnen met een jong chronisch ziek kind. Stichting kinderstudies, Groningen.

Reigeluth, C.M. (1999), Instructional-design theories and models: A new paradigm of instructional theory (Vol. II). Erlbaum Mahwah.

Reynders, K. (2008) Kinderrevalidatie in pedagogisch perspectief. Een onderzoek naar het handelen van een kinderfysiotherapeut in de kinderrevalidatie. Stichting Kinderstudies.

Roosmalen, T., van (2006) Wat nu? Een leerling met kanker. De Kleijn Wijchen BV, Nijmegen.

Stubbe, H. (2006). Cystic fibrosis en onderwijs. Nederlandse Cystic Fibrosis Stichting & Ziezo

Thewissen, M. & Meulepas, M. (1998) In gesprek. Communicatie tussen arts, een chronisch ziek kind en de ouders. Nederlands Instituut voor zorg en Welzijn, uitgeverij.

Thompson, R.J. & Gustafson, K.E. (1996). Adaption to Chronic Childhood illness. American Psychological Association, Washington.

Verloop, N. (1998) 75 jaar onderwijs en opvoeding. 75 jaar Pedagogische Studiën, Wolters Noordhof Groningen.

Vocht, A., de (2002). Basishandboek SPSS 10 voor windows 98/ME/2000. Bijleveld Press.

Bijlage 1 Vragenlijst voor ouders/verzorgers

(de versie voor docenten is in grote lijnen identiek)

WAT IS UW VISIE OP ONDERWIJS AAN EEN ZIEK KIND?

Dit gedeelte is een wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd door een studente Pedagogiek aan de Rijksuniversiteit Groningen. Het bestaat uit stellingen over onderwijs op de thuischool aan een ziek kind dat ook in aanraking is geweest met de EV .

Actuele situatie: omcirkel in deze tabel het getal dat correspondeert met uw mening over hoe het onderwijs aan een ziek kind er op DIT MOMENT UITZIET.

Ideaalbeeld: omcirkel in deze tabel het getal dat correspondeert met uw mening over hoe het onderwijs aan een ziek kind er volgens u UIT ZOU MOETEN ZIEN.

- 1 = Helemaal eens
- 2 = Eens
- 3 = Neutraal
- 4 = Oneens
- 5 = Helemaal oneens

VOORBEELD:

	Actuele situatie	Ideaal beeld
Mijn kind dient zelf te bepalen welke vakken hij/zij volgt.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Uitleg:

In de actuele situatie is het niet het geval dat de leerling de eigen vakken kiest (5 = helemaal oneens) en in het ideaalbeeld zou dat wel het geval zijn (2 = eens).

Inhoud van onderwijs aan een ziek kind

Op school worden verschillende vakken gegeven. Welke vakken worden momenteel gegeven en zouden gegeven moeten worden tijdens onderwijs aan een ziek kind en wie bepaalt dat?

Geef per stelling voor beide situaties aan in welke mate u het eens of oneens bent.

Inhoud van onderwijs aan een ziek kind	Actuele situatie	Ideaalbeeld
Mijn kind moet dezelfde vakken volgen als zijn/haar klasgenoten.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mijn kind dient alleen de vakken te volgen waar hij/zij moeite mee heeft	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mijn kind dient zelf te bepalen welke vakken hij/zij volgt.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mijn kind dient in samenspraak met de docenten te bepalen welke vakken hij/zij volgt.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
De docent dient te bepalen welke vakken mijn kind volgt.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
De ouders/verzorgers dienen in overleg met de docent te bepalen welke vakken hun kind volgt.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
De ouders/verzorgers dienen te bepalen welke vakken hun kind volgt.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mijn kind mag zelf weten of hij/zij wel of geen vakken volgt tijdens lessen op school.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Onderwijsdoelen van onderwijs aan een ziek kind

Onderwijs kan verschillende doelen hebben.

Wat zijn de doelen op dit moment en wat zouden de doelen moeten zijn van onderwijs aan een ziek kind?

Geef per begrip voor beide situaties aan in hoeverre u dit een onderwijsdoel vindt voor uw zieke kind

Onderwijsdoelen voor een ziek kind	Actuele situatie	Ideaalbeeld
Presteren	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Zelf kennis leren vervaardigen	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Zelfstandig worden	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Zelf keuzes leren maken	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Kennis bijbrengen	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Bijbrengen van verschillende oplossingsstrategieën	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Creativiteit bevorderen	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Leren gehoorzamen aan de docent	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Sociale vaardigheden bevorderen	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Bijblijven met de lesstof (bij de klasgenoten)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Afleiding bieden	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Plezier maken	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Contact houden met klasgenoten	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Structuur in de dag aanbrengen	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Perspectief bieden op de toekomst	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Nadruk leggen op het gezonde aspect van het kind (op wat hij/zij wel kan)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
De onderwijsdoelen voor een zieke leerling zijn anders daar voor niet zieke leerlingen.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Wat vindt u belangrijk?

Geef van onderstaande begrippen aan in welke volgorde u de begrippen belangrijk vindt binnen onderwijs aan zieke kinderen (van belangrijk naar minst belangrijk).
Probeer dit ook te doen als u het geen belangrijke onderwijsdoelen vindt.

Onderwijs aan zieke kinderen moet gericht zijn op:

- 1) Presteren
- 2) Sociale vaardigheden bevorderen
- 3) Kennis bijbrengen

1-2-3 2-3-1 3-1-2
 1-3-2 2-1-3 3-2-1

De optimale vorm van onderwijs aan een ziek kind ziet er als volgt uit:

- 1) Vrijheid voor het kind
- 2) Sturing door de docent
- 3) Overleg tussen kind en docent

1-2-3 2-3-1 3-1-2
 1-3-2 2-1-3 3-2-1

Organisatie van onderwijs aan zieke kinderen

Onderwijs kan op verschillende manieren georganiseerd worden.

Hoe gebeurt dat momenteel op school en welke manier is het meest geschikt voor een ziek kind?

Geef per stelling voor beide situaties aan in welke mate u het eens of oneens bent.

Organisatie van onderwijs aan een ziek kind	Actuele situatie	Ideaalbeeld
Er dient tijdens lesuren geregeld overleg plaats te vinden tussen de docent en mijn kind	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
De docent dient voor een ordelijk leerklimaat te zorgen	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Er dient een duidelijke structuur te zijn tijdens onderwijs (vaste dagindeling en vaste regels)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mijn kind dient te bepalen wat hij/zij doet tijdens lesuren op school.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
De docent dient te bepalen wat mijn kind doet tijdens lesuren op school.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
De docent en mijn kind dienen samen te bepalen wat mijn kind doet tijdens lesuren op school.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
De ouders/verzorgers dienen te bepalen wat het kind doet tijdens lesuren op school.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
De ouders/verzorgers en de docent dienen in overleg te bepalen wat het kind doet tijdens lesuren bij de EV.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
De organisatie van onderwijs voor een zieke leerling wijkt op bepaalde punten af van die voor niet zieke leerlingen.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Werkvormen binnen het onderwijs aan een ziek kind

In de klas kunnen verschillende werkvormen worden gebruikt.

Welke werkvormen worden op dit moment gebruikt en welke zijn het meest geschikt voor een ziek kind?

Geef per stelling voor beide situaties aan in welke mate u het eens of oneens bent.

Werkvormen van de zieke leerling in de klas	Actuele situatie	Ideaalbeeld
Hoofdzakelijk 1 op 1 begeleiding (één docent voor het zieke kind).	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1 op 1 begeleiding als uw kind daarom vraagt	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
De docent geeft aan op welke momenten uw kind 1 op 1 begeleiding kan krijgen	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Hoofdzakelijk klassikale begeleiding	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Hoofdzakelijk zelfstandig werken	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Hoofdzakelijk werken in groepjes	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Uw kind mag zelf kiezen welke werkvormen hij/zij wil toepassen.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Uw kind mag hulp inschakelen van medeleerlingen.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Uw zieke kind krijgt dezelfde werkvormen als de klasgenoten.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Aandacht voor emotioneel welbevinden van het zieke kind

De gevolgen van ziekte kunnen groot zijn voor het emotioneel welbevinden van uw kind. Besteedt de school daar aandacht aan en zou dat moeten?

Geef per stelling voor beide situaties aan in hoeverre u het eens of oneens bent.

Aandacht voor emotioneel welbevinden	Actuele situatie	Ideaalbeeld
Aandacht voor het emotioneel welbevinden van mijn kind dient een vast onderdeel te zijn van het onderwijs.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Aandacht voor het emotioneel welbevinden van alle leerlingen dient een vast onderdeel te zijn van het onderwijs.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Aandacht voor het emotioneel welbevinden van mijn kind, hoort niet bij het takenpakket de docent.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mijn kind dient zelf te bepalen of hij/zij aandacht wil geven aan emotioneel welbevinden tijdens onderwijs op school.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
De ouders/verzorgers dienen te bepalen of de school aandacht moet besteden aan het emotioneel welbevinden van hun kind.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Leerniveau van een ziek kind

Het niveau waarop een kind leert, is per kind verschillend.

Hoe wordt daar momenteel mee omgegaan op school en hoe zou dat moeten?

Geef per stelling voor beide situaties aan in welke mate u het eens of oneens bent.

Leerniveau van een ziek kind	Actuele situatie	Ideaalbeeld
Het leerniveau dient te worden aangepast aan de mentale en fysieke gesteldheid van mijn kind op dat moment.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Het leerniveau dient altijd lager te zijn in verband met de ziekte van mijn kind	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Het leerniveau van mijn kind dient gelijk te zijn aan het niveau van zijn/haar klasgenoten.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mijn kind dient uitgedaagd te worden door een hoger leerniveau aan te bieden.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mijn kind dient zelf te bepalen op welk niveau hij/zij wil werken.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
De ouders/verzorgers dienen het leerniveau van hun kind te bepalen.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
De docent dient het leerniveau van mijn kind te bepalen.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
De docent en ouders/verzorgers dienen het leerniveau in overleg te bepalen.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Het leerniveau van mijn kind is niet van belang.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Het leerniveau van mijn kind is niet van belang, omdat hij/zij eerst beter moet worden.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Benadering van een ziek kind

Tijdens onderwijs kan een kind als leerling of als patiënt benaderd worden.

Geef per stelling voor beide situaties aan in welke mate u het eens of oneens bent.

Benadering van een ziek kind tijdens onderwijs	Actuele situatie	Ideaalbeeld
Mijn kind dient tijdens onderwijs in eerste instantie als patiënt (= beschermen en ontlasten) benaderd te worden en in tweede instantie als leerling.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mijn kind dient tijdens onderwijs in eerste instantie als leerling benaderd te worden en in tweede instantie als patiënt.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mijn kind dient zelf te bepalen hoe hij/zij tijdens onderwijs benaderd wil worden.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
De ouders/verzorgers dienen te bepalen hoe hun kind benaderd wordt tijdens onderwijs.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
De docent dient te bepalen hoe mijn kind benaderd wordt tijdens onderwijs.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Voortgangsbewaking en overleg tussen docenten en ouders/verzorgers

Overleg tussen docenten en ouders/verzorgers over het kind kan op verschillende manieren.

Hoe gebeurt dat nu en hoe zou dat moeten gaan?

Geef per stelling voor beide situaties aan in welke mate u het eens of oneens bent.

Voortgangsbewaking en overleg	Actuele situatie	Ideaalbeeld
Er dient regelmatig overleg te zijn tussen docenten en ouders over de leerprestaties en de lichamelijk en psychische gesteldheid van mijn kind.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Er dient regelmatig overleg te zijn tussen docenten en ouders, waarin hoofdzakelijk de leerprestaties van mijn kind worden besproken	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Er dient regelmatig overleg te zijn tussen docenten en ouders, waarin hoofdzakelijk de lichamelijk en psychische gesteldheid van mijn kind wordt besproken.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Er hoeft tijdens de onderwijs aan mijn kind geen overleg te zijn tussen docenten en ouders.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

52

Vragen of opmerkingen over het wetenschappelijke onderzoek?

>

Hartelijk bedankt voor uw medewerking!

Bijlage 2 De eenentwintig gebruikte items voor de analyses

Inh 9.	De leerling mag zelf weten of hij/zij wel of geen vakken volgt tijdens lesuren op school
P1.	Presteren
P2.	Zelf kennis leren construeren
P3.	Zelfstandig worden
P8.	Leren gehoorzamen aan de docent
Or1.	Er dient tijdens lesuren geregeld overleg plaats te vinden tussen de docent en de zieke leerling.
Or4.	De zieke leerling dient te bepalen wat hij/zij doet tijdens lesuren op school.
Or5.	De docent dient te bepalen wat de zieke leerling doet tijdens lesuren op school.
B2. 1	op 1 begeleiding als de leerling daarom vraagt
B4.	Hoofdzakelijk klassikale begeleiding
B7.	De leerling mag zelf kiezen welke werkvorm hij/zij wil toepassen
A1.	Aandacht voor het emotioneel welbevinden van de zieke leerling dient een vast onderdeel te zijn van het onderwijs.
A3.	Aandacht voor het emotioneel welbevinden van de zieke leerling hoort niet bij het takenpakket van de docent
L1.	Het leerniveau dient te worden aangepast aan de mentale en fysieke gesteldheid van de leerling op dat moment.
L3..	Het leerniveau van de zieke leerling dient gelijk te zijn aan het niveau van zijn/haar klasgenoten
L5.	De zieke leerling dient zelf te bepalen op welk niveau hij/zij wil werken
L7.	De docent dient het leerniveau van de zieke leerling te bepalen
Ov1.	Er dient regelmatig overleg te zijn tussen docenten en ouders over de leerprestaties en de lichamelijke en psychische gesteldheid van de zieke leerling
Ov4.	Er hoeft tijdens onderwijs aan een zieke leerling geen extra overlegmoment te zijn tussen docenten en ouders t.o.v. een niet zieke leerling
Ov5.	Er dient tijdens onderwijs overleg te zijn tussen de leerling en de docent over leerprestaties en lichamelijke en psychische gesteldheid van de zieke leerling
Ov8.	Er hoeft tijdens onderwijs aan de zieke leerling geen extra overlegmoment te zijn tussen leerling en docent t.o.v. een niet zieke leerling.

