KU LEUVEN

FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

Het inschalingsproces van de onderwijs-, therapie- en zorgnoden van kinderen met complexe zorgnoden in Villa Clementina

Masterproef aangeboden
tot het verkrijgen van de graad
van Master of Science in de
pedagogische wetenschappen
Door
Sofie Ceelen

promotor: Bea Maes
m.m.v: Anneleen Penne
m.m.v: Mieke De Strooper

2022

KU LEUVEN

FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

Het inschalingsproces van de onderwijs-, therapie- en zorgnoden van kinderen met complexe zorgnoden in Villa Clementina

Masterproef aangeboden
tot het verkrijgen van de graad
van Master of Science in de
pedagogische wetenschappen
Door
Sofie Ceelen

promotor: Bea Maes
m.m.v: Anneleen Penne
m.m.v: Mieke De Strooper

2022

Samenvatting

Villa Clementina is een inclusieve en geïntegreerde kinderopvang voor jonge kinderen met en zonder beperking in Zemst. Deze jonge kinderen met een ernstige meervoudige beperking (EMB) zijn vaak, omwille van diverse redenen, niet in staat om op de leeftijd van 2,5 jaar te participeren aan het klassieke, voltijdse schoolse onderwijs. Desondanks hebben deze kinderen met complexe zorgnoden wel evenveel recht op onderwijs en ontwikkelingsstimulatie als alle andere kinderen. Op dit moment is er echter geen zuiver kader beschikbaar om onderwijs te bewerkstelligen voor deze doelgroep. Omwille van deze precaire situatie heeft Villa Clementina een onderwijsproefproject opgestart. Dit onderwijsproefproject zorgt ervoor dat kinderen met EMB op de leeftijd van 2,5 jaar naast therapie en zorg, ook onderwijs aangeboden krijgen. Om te bepalen hoeveel onderwijs, therapie en zorg een kind met EMB aankan, vindt er telkens een inschalingsproces van de onderwijs-, therapie- en zorgnoden plaats. Het inschalingsproces verloopt volgens Villa Clementina heel impliciet, vandaar dat Villa Clementina zelf de aanzet heeft gegeven om het inschalingsproces verder te onderzoeken en na te gaan of er geen criteria onderscheiden kunnen worden bij het inschalingsproces.

De concrete beschrijvende onderzoeksvraag die hieruit voortkomt is: 'Welke criteria worden gehanteerd om te bepalen hoeveel onderwijs, therapie of zorg een kind met EMB, dat in Villa Clementina ondersteund wordt, nodig heeft?' Deze masterproef tracht het inschalingsproces van de onderwijs-, therapie- en zorgnoden van kinderen met een ernstige meervoudige beperking in Villa Clementina in kaart te brengen en te expliciteren. Om een antwoord te vormen op deze onderzoeksvraag, wordt gebruik gemaakt van volgende twee onderzoeksmethoden: documenten- en video-analyse. Voor elk kind met EMB dat deelneemt aan het onderwijsproefproject wordt een onderwijs- en zorgplan opgesteld. Het zijn deze onderwijs- en zorgplannen die bestudeerd en geanalyseerd worden in deze masterproef. De tweede onderzoeksmethode heeft betrekking op een video-analyse van de beslissings- en evaluatiegesprekken van de onderwijs- en zorgplannen. De beslissings- en evaluatiegesprekken werden voor deze studie opgenomen. De video-opnames worden geanalyseerd aan de hand van een analysekader.

Het resultaat van dit masterproefonderzoek is een overzicht van de onderscheiden domeinen met daarbij horende criteria die gehanteerd worden om te bepalen hoeveel onderwijs, therapie of zorg een kind met EMB, dat in Villa Clementina ondersteund wordt, nodig heeft. Zo zijn er in totaal 23 criteria onderkend over achttien domeinen heen. Daarbovenop zijn ook nog vier patronen gecreëerd aan de hand van de onderscheiden criteria. De patronen brengen de criteria die gekoppeld zijn aan een bepaald onderwijspercentage in kaart en geven hierbij toelichting.

Woord van dank

Het schrijven van deze masterproef was een grote, spannende, stressvolle en boeiende uitdaging. Het voltooien van dit schrijfproces is dan ook een laatste belangrijke stap in het behalen van een masterdiploma in de Orthopedagogiek. Het eindresultaat van deze masterproef is mede te danken aan de hulp en steun van vele mensen de afgelopen twee jaar. Zonder hun begeleiding, ondersteuning en aanmoedigingen zou deze masterproef niet verwezenlijkt zijn. Al deze personen verdienen dan ook een specifieke vermelding in deze masterproef.

Allereerst een grote dank aan Prof. Dr. Maes en Mevr. Penne voor het aanreiken van dit boeiende en leerrijke onderwerp. Verder ook een welgemeende dank voor de inhoudelijke en praktische ondersteuning en begeleiding gedurende het hele traject. Dankzij jullie constructieve feedback kon ik deze masterproef verder ontwikkelen en optimaliseren.

Vervolgens ook dank aan Villa Clementina en in het bijzonder aan Mieke De Strooper om dit onderwerp aan te brengen en mij de kans te bieden om deel uit te maken van dit proefproject. Het was een zeer fijne samenwerking met jullie. Jullie stonden telkens klaar om informatie aan te reiken en vragen te beantwoorden.

Verder wil ik ook nog een welgemeende dank uitdrukken aan mijn ouders voor het nalezen van deze masterproef. Ook mijn medestudenten wil ik bedanken voor inhoudelijk advies te bieden en frustraties omtrent de masterproef te erkennen.

Als laatste wil ik ook nog al mijn vrienden bedanken voor hun steun en afleiding wanneer ik het even niet meer zag zitten.

Een welgemeende dank aan allemaal!

Toelichting aanpak en eigen inbreng

Het gehele masterproefproces is van start gegaan bij de toekenning van mijn masterproefonderwerp. Mijn onderwerp betreft: 'Inschaling van de onderwijsnoden voor kinderen met complexe ondersteuningsnoden'. Dit onderwerp is ingediend door Villa Clementina, een inclusief kinderdagverblijf te Zemst. Vooraleer het schrijfproces startte, kreeg ik een literatuurlijst aangereikt van Mevrouw Penne. Deze literatuurlijst bevatte enkele basisteksten die mij op weg hebben gezet bij het verkennen van deze thematiek en het schrijven van mijn literatuurstudie. Aanvullend op deze basisteksten zocht ik bijkomende teksten op in de literatuur. Na een eerste proefversie kreeg ik feedback van Prof. Maes en Mevrouw Penne, op basis van deze feedback werd mijn literatuurstudie verfijnd en geoptimaliseerd.

Hierna zocht ik contact op met Villa Clementina en aansluitend vond er een kennismakingsgesprek plaats waarin ik polste naar hun verwachtingen en wensen ten opzichte van deze masterproef. Verder bood Villa Clementina mij ook informatie aan over hun werking, missie en visie. Op basis van de literatuurstudie en de wensen en verwachtingen van Villa Clementina werden de onderzoeksvraag en daarbij horende onderzoeksmethodes voor deze masterproef afgetoetst en opgesteld. De onderzoeksvraag en onderzoeksmethodes werden tevens afgetoetst bij Prof. Maes en Mevrouw Penne en na hun goedkeuring startte het verzamelproces van de data.

Zoals afgesproken in het kennismakingsgesprek reikte Villa Clementina mij de onderwijs- en zorgplannen en de video-opnames aan. Dankzij de hulp van Villa Clementina en in het bijzonder Mieke De Strooper zijn de data tot stand gekomen en verzameld. Nadat ik deze informatie ontvangen had, startte ik met het analyseren van de onderwijs- en zorgplannen en de video-opnames. Mijn eerste versie van de onderzoeksresultaten werden nagelezen door Prof. Maes en Mevrouw Penne, zij leverden rijke feedback aan en boden tevens suggesties ter verbetering aan. Het is dankzij de feedback en kritische inzichten van Prof. Maes en Mevrouw Penne dat de resultaten geoptimaliseerd en op punt gesteld zijn. Na het finaliseren van de resultaten, schreef ik de discussie omtrent de onderzoeksresultaten uit.

Het schrijfproces van deze masterproef is een intensief traject van twee jaar geweest. Dankzij de hulp en ondersteuning van Prof. Maes, Mevrouw Penne en Mieke De Strooper (Villa Clementina) is deze masterproef tot stand gekomen en gefinaliseerd

Inhoudsopgave

Samenvatting 1
Woord van dank I
Toelichting aanpak en eigen inbreng II
Inhoudsopgave III
Lijst met tabellen V
Inleiding VI
Hoofdstuk 1: Literatuurstudie 1
1.1 Inleiding 1
1.2 Doelgroep: kinderen met een ernstige meervoudige beperking (EMB) 1
1.2.1 Definitie ernstige meervoudige beperking (EMB) 2
1.3 Onderwijs aan peuters en kleuters in Vlaanderen 4
1.3.1 School lopen in regulier en buitengewoon onderwijs 5
1.3.2 Onderwijs buiten de school 6
1.3.3 Vrijstelling leerplicht 7
1.4 Onderwijsnoden kinderen met EMB 8
1.5 Knelpunten inzake het huidige onderwijsaanbod voor peuters en kleuters met EMB.... 9
1.6 Aanbevelingen 11
1.6.1 Het afschaffen van de vrijstelling van leerplicht 11
1.6.2 Verbreden visie onderwijs 11
1.6.3 Maatwerk 12
1.6.4 Samenwerking onderwijs en welzijn 13
1.6.5 Aanpassen van het regelgevend kader 15
1.6.6 Randvoorwaarden 15
1.7 Besluit 18
Hoofdstuk 2: Onderzoeksopzet 20
2.1 Inleiding 20
2.2 Villa Clementina 20
2.3 Probleemstelling 22
2.4 Onderzoeksvraag 24
2.5 Onderzoeksgroep 25
2.6 Kwalitatief onderzoek 25
2.7 Onderzoeksmethoden 26
2.7.1 Documentenanalyse 26

2.7.2 Video-analyse 27
2.8 Data-analyse 29
2.8.1 Analyse van de geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen 29
2.8.2 Analyse van de video-opnames 30
2.9 Besluit 31
Hoofdstuk 3: Onderzoeksresultaten 32
3.1 Inleiding 32
3.2 Resultaten documentenanalyse 32
3.2.1 Evolutie van de domeinen 37
3.2.2 Interpretatie criteria 38
3.3 Hypotheses uit documentenanalyse 40
3.3.1 Interpretatie criteria 47
3.3.2 Patronen 48
3.4 Resultaten uit de video-analyse 50
3.4.1 Betrokken partijen 50
3.4.2 Verloop beslissingsgesprek 52
3.4.3 Invloed betrokkenen 53
3.5 Besluit 54
Hoofdstuk 4: Discussie 56
4.1 Inleiding 56
4.2 Kritische reflectie op de onderzoeksresultaten 56
4.2.1 Kritische reflectie a.d.h.v. literatuur 56
4.2.2 Kritische reflectie op de onderzoeksvraag 58
4.2.3 Kritische reflectie op de onderzoeksresultaten 59
4.3. Algemene conclusie 61
4.4 Kritische reflectie op het eigen onderzoek 63
4.5. Aanbevelingen voor verder onderzoek 65
Referentielijst 67

Bijlagen

Bijlage A: Analysekader van de geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen
Bijlage B: Clustering
Bijlage C: Overzicht domeinen
Bijlage D: Patroon 25%-50%
Bijlage E: Patroon 50%
Bijlage F: Patroon > 50%

Lijst met tabellen

Tabel 1 *Procentenvork* p.22

Tabel 2 *Overzicht onderscheiden criteria* p.39

Tabel 3 *Overzicht hypothetische criteria* p.48

Tabel 4 *Patroon 25%* p.49

Tabel 5 *Aantal betrokken personen per video-opname* p.50

Tabel 6 *Functie betrokken partners bij het beslissingsgesprek* p.51

Inleiding

Deze masterproef richt zich op peuters en kleuters met EMB, die op de leeftijd van 2,5 jaar of ouder, nog naar het geïntegreerd en inclusief kinderdagverblijf Villa Clementina komen. Deze jonge kinderen met complexe zorgnoden zijn, omwille van diverse redenen, niet in staat om op de leeftijd van 2,5 jaar de overstap naar het klassieke, schoolse onderwijs te maken. Desondanks hebben deze kinderen met specifieke onderwijsbehoeften, wel recht op onderwijs. Onderwijs is een basisrecht, waarbij elk kind minstens de mogelijkheid moet krijgen om deel te nemen aan het onderwijs (Germeijs, 2018a; Penne, 2013). Om hieraan tegemoet te komen, ontwikkelde Villa Clementina een onderwijsproefproject. Dit onderwijsproefproject zorgt ervoor dat kinderen met complexe zorgnoden vanaf 2,5 jaar, onderwijs aangeboden krijgen in Villa Clementina. Er wordt voor elk kind met complexe zorgnoden dat deelneemt aan het onderwijsproefproject een geïntegreerd en complementair onderwijs- en zorgplan opgesteld. Om het totale ondersteuningspakket voor het kind met EMB te bepalen, dienen de onderwijs-, therapie- en zorgnoden ingeschaald te worden. Tot op heden verloopt dit inschalingsproces vrij impliciet. Het doel van deze masterproef is om het inschalingsproces van de onderwijs-, therapie- en zorgnoden in kaart te brengen en te expliciteren.

Deze masterproef start met het bieden van een uitgebreid overzicht van de literatuur in hoofdstuk 1. Allereerst worden verscheidene definities omtrent de doelgroep (i.e. peuters en kleuters met EMB) aangereikt. Vervolgens wordt ingegaan op het Vlaams onderwijssysteem, aansluitend hierop worden de knelpunten inzake het huidige onderwijsaanbod voor peuters en kleuters met EMB belicht. Het hoofdstuk sluit overigens af met het bieden van aanbevelingen voor het Vlaamse onderwijssysteem.

Het 2de hoofdstuk belicht het onderzoeksopzet van deze masterproef. Eerst en vooral wordt de werking van Villa Clementina toegelicht. Vervolgens wordt de probleemstelling besproken, waaruit de onderzoeksvraag wordt opgesteld en geconcretiseerd. Daarnaast worden twee onderzoeksmethodes (documenten- en video-analyse) besproken die gehanteerd worden om informatie te verzamelen die een antwoord vormen op de onderzoeksvraag. Het hoofdstuk wordt tot slot beëindigd door te beschrijven hoe de verzamelde informatie (i.e. de data) geanalyseerd zal worden.

In hoofdstuk 3 worden vervolgens de resultaten van deze masterproef besproken. De resultaten trachten een antwoord te vormen op de onderzoeksvraag. Tot slot biedt het 4de en laatste hoofdstuk ruimte voor het aanreiken van kritische reflecties op het onderzoek. Zowel beperkingen, nuances als sterktes worden besproken in het hoofdstuk. Het hoofdstuk sluit overigens af met het bieden van een algemene conclusie en het aanreiken van aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.

Hoofdstuk 1: Literatuurstudie

1.1 Inleiding

Met deze masterproef tracht ik het inschalingsproces van de onderwijs-, therapie- en zorgnoden van peuters en kleuters met een ernstige meervoudige beperking (EMB) in beeld te brengen, zoals dat in Villa Clementina toegepast wordt. Villa Clementina is een inclusieve en geïntegreerde kinderopvang voor jonge kinderen met en zonder beperking in Zemst. Voor deze kinderen met complexe zorgnoden komt de overstap naar een schoolse setting op de leeftijd van 2,5 vaak te snel. Villa Clementina heeft sinds het schooljaar 2016 – 2017 een onderwijsproefproject opgestart. Het proefproject focust zich op het realiseren van onderwijs voor peuters en kleuters met complexe zorgnoden die (nog) niet in staat zijn om te participeren in het klassieke voltijdse schoolse onderwijs. Voor elk kind met complexe zorgnoden wordt een geïntegreerd en complementair onderwijs- en zorgplan opgesteld. Hiervoor dienen de onderwijs- , therapie- en zorgnoden ingeschaald te worden, maar tot op heden is er voor dit inschalingsproces nog geen kader ontwikkeld.

In dit eerste hoofdstuk zal ik een overzicht van de literatuur aanreiken betreffende het onderwerp. Allereerst zal ik starten met de doelgroep van deze masterproef toe te lichten. Wat wordt er verstaan onder kinderen met een ernstige meervoudige beperking? Vervolgens zal ik het huidige Vlaamse onderwijssysteem voor peuters en kleuters toelichten. Nadien zal ik de onderwijsnoden van peuters en kleuters met EMB benadrukken, hierin wordt benadrukt dat peuters en kleuters met EMB recht hebben op en baat hebben bij onderwijs. Verder bied ik ook nog een overzicht aan van de knelpunten in het huidige Vlaamse onderwijsaanbod voor peuters en kleuters met EMB. Tot slot wordt deze literatuurstudie afgerond met het formuleren van aanbevelingen voor het ontwerpen en realiseren van een onderwijsaanbod voor peuters en kleuters met EMB.

1.2 Doelgroep: kinderen met een ernstige meervoudige beperking (EMB)

De doelgroep waarop deze masterproef zich richt, zijn peuters en kleuters met een ernstige meervoudige beperking. Meer specifiek focust deze masterproef zich op 2,5 tot 6-jarigen met een ernstige meervoudige beperking. Er wordt gesproken van een peuter tussen de 2 en de 4 jaar, daarna wordt het een kleuter tot het kind de leeftijd van 6 jaar bereikt heeft. In de verdere toelichting van deze thesis zal tevens gesproken worden over kinderen met complexe zorgnoden. Villa Clementina gebruikt deze term (i.e. complexe zorgnoden), aangezien deze de peuters en kleuters veel minder in een hokje duwt en deze term veel minder statisch overkomt dan de term ernstige meervoudige beperking (De Strooper, 2019). Peuters en kleuters zijn nog zeer jong en in volle ontwikkeling, waardoor het moeilijk is om een inschatting te maken over het verdere ontwikkelingsverloop van deze

kinderen. Het gevolg hiervan is dat een gelegitimeerde diagnose op jonge leeftijd vaak ontbreekt (Van Keer et al., 2019).

1.2.1 Definitie ernstige meervoudige beperking (EMB)

Wat wordt er nu verstaan onder een ernstige meervoudige beperking (EMB)? In de literatuur zijn er verscheidene definities te vinden. Zo beschrijven Nakken en Vlaskamp (2007) een ernstige meervoudige beperking aan de hand van twee hoofdcriteria, enerzijds de aanwezigheid van een diep verstandelijke beperking en anderzijds de aanwezigheid van een ernstige motorische beperking. Deze twee sleutelkenmerken dienen aanwezig te zijn voor het 18de levensjaar. Er kan gesproken worden van een meervoudige beperking, indien er meer dan één beperking aanwezig is bij het functioneren op verschillende domeinen (Nakken & Vlaskamp, 2007). Deze definitie van Nakken en Vlaskamp (2007) was een eerste belangrijke mijlpaal (Maes et al., 2021). Ondertussen zijn er recentere definities en omschrijvingen bijgekomen en zijn er aanpassingen opgetreden in de definitie. Zo is het ontwikkelingscriterium aangepast, de beperkingen en disfuncties dienen voor de leeftijd van 22 jaar gestart te zijn in plaats van 18 jaar (VAPH, z.d.).

In deze thesis zal een beroep gedaan worden op een andere omschrijving van Maes et al. (2008). Zij spreken over kinderen met een ernstige meervoudige beperking indien er minimaal drie criteria aanwezig zijn:

1) Ernstige verstandelijke beperking met een IQ dat lager ligt dan 20 en/of een ontwikkelingsleeftijd onder de 2 jaar.
2) Ernstige tekorten in gedrag op gebied van redzaamheid, communicatie, sociale omgang en motoriek. […]
3) Ernstige tekorten op vlak van het sensorisch (zintuigen) en/of motorisch functioneren. (Penne & Maes, 2018a, p.7)

Uit deze definitie kan afgeleid worden dat het om een zeer heterogene groep gaat, waarin ernstige beperkingen vastgesteld worden op meerdere levensdomeinen (Penne & Maes, 2018a). Personen met EMB kunnen sterk van elkaar verschillen in beperkingen en mogelijkheden, er zijn verscheidene combinaties mogelijk (Maes & Vlaskamp, 2020). De personen met een EMB ervaren dus een ernstige inperking van hun functioneren (Penne & Maes, 2018a). Daarbovenop ontwikkelen personen met EMB niet op eenzelfde manier als personen zonder EMB. De ontwikkeling van personen met EMB kan zowel atypisch als vertraagd optreden. Er heerst onduidelijkheid over het ontwikkelingsverloop van personen met EMB. Ontwikkeling mag dan ook niet gekoppeld worden aan leeftijd (Maes & Vlaskamp, 2020). Het in kaart brengen van de grote verscheidenheid van beperkingen op meerdere levensdomeinen is cruciaal voor het opstellen en ontwikkelen van mogelijke

behandelingen en interventies voor mensen met EMB (Nakken & Vlaskamp, 2007). Mensen met EMB hebben vaak nood aan intensieve en specifieke ondersteuning (Penne & Maes, 2018a). Hieronder volgt een korte toelichting van de verschillende onderdelen van de definitie.

1.2.1.1 Ernstige verstandelijke beperking.

Een verstandelijke beperking wordt door de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5 TM) omschreven als: "een stoornis die ontstaat tijdens de ontwikkelingsperiode en die zowel beperkingen in het intellectueel functioneren omvat als beperkingen in het adaptief functioneren op conceptueel, sociaal en praktisch vlak" (American Psychiatric Association, 2013, p. 33). Personen met EMB hebben een diep verstandelijke beperking. Onder een diep verstandelijke beperking worden alle personen met een intelligentiequotiënt (IQ) onder de 20 gecategoriseerd. Daarnaast worden personen met een ontwikkelingsleeftijd beneden de 2 jaar ook gediagnosticeerd met een diep verstandelijke beperking (Penne & Maes, 2018a). Bij personen met een EMB kan omwille van de ernstige cognitieve en motorische beperkingen vaak geen standaard intelligentieonderzoek afgenomen worden. De beoordelaar maakt een inschatting aan de hand van een observatie of via een bepaling van het ontwikkelingsquotiënt (Maes et al., 2008; Nakken & Vlaskamp, 2007).

1.2.1.2 Ernstige tekorten in adaptief gedrag

Een tweede belangrijk onderdeel van de definitie van Maes et al. (2008) heeft betrekking op het adaptief gedrag. Onder adaptief gedrag worden ernstige tekorten in het gedrag op gebied van communicatie, sociale omgang, motoriek en zelfredzaamheid verstaan (Penne & Maes, 2018a). Mensen met EMB zijn personen met een grote fysieke kwetsbaarheid, ze zijn in grote mate of volledig afhankelijk van de zorg van anderen voor alledaagse activiteiten (Nakken & Vlaskamp, 2007; Schalock & Luckasson, 2004; VAPH 2021). Door deze grote afhankelijkheid is de relatie tussen de persoon met EMB en hun naasten van groot belang voor het ontwikkelen van een goede kwaliteit van leven (Hostyn & Maes, 2009). Personen met EMB gebruiken ook zelden gesproken taal (Penne & Maes, 2018a). Ze communiceren op het pre-intentioneel of pre-symbolisch niveau; zij drukken hun wensen en behoeften uit op een non-verbale manier door middel van bewegingen, spierspanning, gelaatsuitdrukkingen en vocalisaties (Penne & Maes, 2018a).

1.2.1.3 Ernstige beperkingen op vlak van het sensorisch en/of motorisch functioneren

Het derde luik van de definitie van een ernstige meervoudige beperking is gericht op het sensorisch functioneren en/of motorisch functioneren (Maes et al., 2008). Er worden ernstige tekorten ondervonden op zintuiglijk vlak. Zo treden er bij kinderen en jongeren vaak problemen op in het

visueel (het zicht) en auditief (gehoor) gebied (Penne & Maes, 2018a). Personen met EMB hebben in het algemeen een hogere prevalentie voor het ontwikkelen van auditieve en visuele beperkingen (Zijlstra & Vlaskamp, 2005).

Daarnaast worden er ook nog beperkingen vastgesteld in het motorisch functioneren. Personen met EMB hebben een ernstige fysieke beperking, ze kunnen hun ledenmaten (o.a. armen en benen) slechts beperkt gebruiken en hebben een verstoord evenwichtsgevoel. Zo kunnen zij nauwelijks zelfstandig zitten of zich nauwelijks verplaatsen zonder de nodige ondersteuning, ze zijn dan ook vaak rolstoel-gebonden. Daarenboven zijn naast de grove motorische functies (o.a. lopen), ook de fijne motorische functies zwaar verstoord (Penne & Maes, 2018a; Zijlstra & Vlaskamp, 2005).

1.2.1.4 Bijkomende problematieken

Bijkomend hebben personen met EMB een verhoogd risico op het krijgen van medische complicaties (Nakken & Vlaskamp, 2007). Het merendeel van de personen met EMB gebruikt dagelijks medicatie, het nemen van medicatie kan gepaard gaan met bijwerkingen. Daarnaast hebben personen met EMB ook veel bijkomende lichamelijke aandoeningen. Een veel voorkomende lichamelijke aandoening is gastro-oesofageale reflex (i.e. refluxklachten). Het gevolg hiervan is dat een aanzienlijk deel van de personen met deze lichamelijke aandoening nood heeft aan een gastro-intestinale voedingssonde. Enkele andere voorkomende lichamelijke problematieken zijn epilepsie, slaapproblemen en ademhalingsproblemen. Tot slot kunnen er ook nog psychische problemen gerapporteerd worden. Het is wel niet eenvoudig om deze geestelijke gezondheidsproblemen te onderkennen (Zijlstra & Vlaskamp, 2005).

Kortom kan op basis van het voorgaande vastgesteld worden dat personen met EMB gekenmerkt worden door een geheel van beperkingen. Deze beperkingen treffen het functioneren van de personen met EMB op meerdere levensdomeinen (Penne & Maes, 2018a).

1.3 Onderwijs aan peuters en kleuters in Vlaanderen

Kinderen hebben recht op onderwijs, ook kinderen met specifieke onderwijsbehoeften. Onderwijs is een basisrecht, waarbij elk kind minstens de mogelijkheid moet krijgen om deel te nemen aan het onderwijs (Germeijs, 2018a; Penne, 2013). Dit recht op onderwijs, ook voor kinderen met specifieke onderwijsbehoeften, is wettelijk verankerd in **het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind** in 1989 (Verenigde Naties) en in **de Verklaring van Salamanca** van de UNESCO (1994). De ondertekende landen of regio's, waaronder Vlaanderen, waarborgen met hun ondertekening dat alle kinderen, ook degene met specifieke onderwijsbehoeften, gelijke onderwijsrechten zullen verkrijgen. Tevens wordt ook erkend dat inclusief onderwijs een cruciaal grondbeginsel is. De Verklaring van Salamanca heeft de kiem gelegd voor inclusief onderwijs (UNESCO, 1994). Op 10 juli

2008 trad **het decreet omtrent de Vlaamse gelijke kansen- en gelijke behandelingsbeleid** in werking (Peeters & Van Brempt, 2008). Een jaar later ratificeerde België **het VN-verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap** (2009). In dit verdrag, artikel 24, 1°, 2°, 3° (2009) wordt opnieuw het recht op onderwijs uitdrukkelijk geëxpliciteerd, ook voor kinderen met specifieke onderwijsbehoeften (Verenigde Naties, 2009).

In België kunnen peuters vanaf 2,5 jaar naar school gaan. Ze kunnen terecht in het basisonderwijs en meer specifiek in het kleuteronderwijs. Het kleuteronderwijs is niet verplicht voor kinderen jonger dan 5 jaar, maar wordt wel sterk aanbevolen. Kinderen vanaf 5 jaar hebben wel leerplicht, maar geen schoolplicht. De leerplicht houdt in dat kinderen verplicht worden om onderwijs te volgen, maar daartegenover zijn ze wel niet verplicht om onderwijs te volgen in een erkende school. Ze hebben hierin een vrije keuze, zo kunnen de ouders of opvoedingsverantwoordelijke[1] er voor opteren om hun kind thuisonderwijs aan te bieden. Sinds 1 september 2020 is de leeftijdsgrens van de leerplicht verlaagd van 6 naar 5 jaar (Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming, 2021).

Gedurende het kleuteronderwijs dienen er ontwikkelingsdoelen nagestreefd te worden. Ontwikkelingsdoelen zijn doelen die door de overheid opgesteld worden als wenselijke doelen, met als opzet deze te behalen tegen het einde van de kleuterschool. De school is gebonden aan een inspanningsverplichting (Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming, 2021).

1.3.1 School lopen in regulier en buitengewoon onderwijs

In Vlaanderen wordt er een opdeling gemaakt tussen het reguliere onderwijs en het buitengewone onderwijs (BuO). In het reguliere kleuteronderwijs kunnen peuters en kleuters terecht tot ze 5 jaar worden. De leeftijdsgrenzen van het buitengewone onderwijs zijn breder, zo zijn kinderen in het buitengewone kleuteronderwijs welkom tot de leeftijd van 6 jaar. In uitzonderlijke gevallen kunnen kleuters tot maximum 7 jaar onderwijs krijgen in het buitengewoon kleuteronderwijs (Verhoeven & Dom, 2005).

Om recht te hebben op buitengewoon kleuteronderwijs dient de leerling in het bezit te zijn van een verslag voor toegang tot het buitengewoon onderwijs. Dit verslag wordt, in nauwe samenwerking met de ouders, opgesteld en geschreven door het Centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB) na grondig onderzoek. In het verslag staat aangegeven in welk onderwijstype ouders hun kind kunnen inschrijven, alleen in dat onderwijstype kan het kind worden ingeschreven. Daarnaast wordt in het verslag ook aangegeven waarom extra ondersteuning noodzakelijk is en welke onderwijsbehoeften en -noden aanwezig zijn (Verhoeven & Dom, 2005).

[1] In het vervolg van deze masterproef zullen telkens alleen de ouders vermeld worden. Het is belangrijk om te onthouden dat het telkens gaat over de ouders en/of opvoedingsverantwoordelijke.

Het buitengewoon kleuteronderwijs is er voor peuters en kleuters die (voorlopig) niet meekunnen in het reguliere onderwijs en nood hebben aan pedagogische bijstand. Er wordt extra intensieve (individuele) ondersteuning en gespecialiseerde hulp aangeboden. Kenmerkend voor het buitengewoon onderwijs is dat er niet vanuit een gemeenschappelijk leerplan vertrokken wordt, maar dat er getracht wordt om tegemoet te komen aan de individuele onderwijsbehoeften en -noden. Daarom wordt er voor elke leerling in het buitengewoon onderwijs een individueel handelingsplan opgesteld. Er wordt gekeken naar de individuele interesses, voorkeuren, mogelijkheden, noden en competenties van het kind, waarop vervolgens het onderwijsaanbod wordt aangesloten. Waar nodig, wordt niet alleen onderwijs aangereikt, maar ook verzorging en/of therapie. De ontwikkeling van de gehele persoon staat centraal. Zo wordt er in het buitengewoon onderwijs nauw samengewerkt met verschillende disciplines: leerkrachten, opvoeders, orthopedagogen, kinesisten, ergotherapeuten, artsen, enzoverder. Het handelingsplan wordt meerdere keren per jaar geëvalueerd door het multidisciplinaire team tijdens de klassenraad. Zo kunnen er nog wijzigingen aangebracht worden aan het handelingsplan gedurende het schooljaar (Verhoeven & Dom, 2005; Van Quickelberghe, 2014).

In het buitengewoon kleuteronderwijs wordt er een onderverdeling gemaakt aan de hand van types. Elke type karakteriseert een specifieke groep van leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften. Elk type biedt aangepast onderwijs aan, waarin er extra aandacht is voor de opvoedings- en onderwijsbehoeften (Decreet Basisonderwijs 1997; Van Quickelberghe, 2014). Peuters en kleuters met EMB bevinden zich voornamelijk in onderwijstype 2 (verstandelijke beperking), type 4 (motorische beperking), type 5 (kinderen in een ziekenhuis, preventorium of een residentiële setting), type 6 (visuele beperking) en type 7 (auditieve beperking of een spraak- of taalstoornis) (Spreuwers, 2016).

1.3.2 Onderwijs buiten de school

Toch volstaat de aangeboden ondersteuning in het buitengewoon onderwijs niet voor iedereen. Zo kunnen sommige peuters en kleuters met EMB niet met het lawaai en de drukte van een schoolcontext om. Andere peuters en kleuters met EMB hebben nood aan nog méér individuele opvolging en ondersteuning, hetgeen in een klasgroep niet altijd kan geboden worden. Sommige kinderen hebben dan weer moeilijkheden met de lange schooldagen of hebben te grote medische zorgnoden, waaraan het buitengewoon onderwijs niet kan tegemoet komen (Penne & Maes, 2018a). Indien kinderen niet kunnen participeren aan het schoolgebeuren zijn er ook nog alternatieve vormen van onderwijs ter beschikking: huisonderwijs, tijdelijk onderwijs aan huis en permanent onderwijs aan huis.

Huisonderwijs houdt in dat een ouder of privéleraar les aan huis geeft. Bij deze vorm van onderwijs wordt ervoor gekozen om het kind niet naar een erkende school te sturen die gefinancierd wordt door de Vlaamse overheid (Vlaams ministerie van Onderwijs en Vorming, 2021b).

Tijdelijk onderwijs aan huis (TOAH) wordt verleend indien een kind geruime tijd afwezig is, meer specifiek wordt TOAH aangeboden indien een kind meer dan 21 dagen onafgebroken afwezig is. De ouders dienen een schriftelijk verzoek (met inbegrip van een medisch attest) te schrijven naar de directie van de thuisschool om TOAH aan te vragen. Het kind moet dus ingeschreven zijn in het reguliere of buitengewone onderwijs. Daarbovenop zijn er ook nog enkele andere voorwaarden waaraan voldaan moet worden. Ten eerste dient het betrokken kind minstens 5 jaar te zijn voor één januari van het lopende schooljaar. Ten tweede is een diagnose van een geneesheer verplicht, deze dient ook toestemming te geven voor het volgen van TOAH. Ten derde volgt het kind op regelmatige basis les op school. Tot slot wordt er ook nog een afstandscriterium gehanteerd, de verblijfplaats van het kind mag niet meer dan tien kilometer van het reguliere onderwijs en twintig kilometer van het buitengewone onderwijs verwijderd zijn. De verblijfplaats wordt ruim beschouwd, zo kan het internaat of de woonplaats van een andere opvoedingsverantwoordelijke ook hieronder vallen. Ouders moeten niet betalen voor de lessen, de lessen worden vergoed door Het Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming. Overigens krijgt de thuisschool ook middelen van het Ministerie van Onderwijs en Vorming, deze middelen maken het mogelijk om een leerkracht te voorzien die aan huis van het kind langskomt (Omzendbrief TOAH, POAH en vrijstelling van leerplicht in het basisonderwijs, 15.12.2021; BVR 2007 onderwijs aan huis voor zieke kinderen en jongeren, 30.04.2019).

Een laatste alternatieve vorm die aangeboden wordt, is **permanent onderwijs aan huis (POAH)**. Dit type onderwijs wordt vooropgesteld indien een kind in een blijvende onmogelijkheid verkeert om in een schoolse context te participeren, maar wel in staat is om onderwijs te volgen. Bij dit type onderwijs zijn de opvoedingsverantwoordelijken verplicht hun kind in te schrijven in het buitengewone onderwijs. Net zoals bij TOAH, zijn er bij het volgen van POAH ook strikte voorwaarden opgelegd. Zo dient het betrokken kind minstens 5 jaar te zijn voor één januari van het lopende schooljaar. Verder dient er ook een CLB-verslag voorgelegd te worden waarin aangegeven wordt dat het kind voldoet aan de toelatingsvoorwaarden van het buitengewoon onderwijs. Tot slot moet het Zorgpunt ook gunstig advies verlenen over het aanbieden van POAH (Omzendbrief TOAH, POAH en vrijstelling van leerplicht in het basisonderwijs, 15.12.2021; BVR 2007 onderwijs aan huis voor zieke kinderen en jongeren, 30.04.2019).

TOAH en POAH blijken helaas vaak geen optimale oplossing te zijn voor kinderen met EMB (Maes, 2015).

1.3.3 Vrijstelling leerplicht

Sommige leerlingen met EMB worden vrijgesteld van leerplicht. De vrijstelling van leerplicht wordt door het decreet Basisonderwijs (1997) omschreven als volgt: “Indien het kind in de onmogelijkheid verkeert om onderwijs te volgen, kan de onderwijsinspectie, op vraag van de ouders

(of de betrokken jongere), beslissen tot een tijdelijke of permanente vrijstelling van de leerplicht" (Decreet Basisonderwijs, 1997, Art.26, §2). Dit decreet verduidelijkt dat het om kinderen en jongeren gaat die zich in een situatie bevinden waarin het onmogelijk is om onderwijs te volgen. De aanvragen en het beslissingsproces worden behandeld door Zorgpunt Onderwijsinspectie. Een vrijstelling kan tijdelijk of permanent toegekend worden (Penne & Maes, 2018c). Deze vrijstelling van leerplicht is geen vaststaande beslissing. Het kind komt op elk moment terug in aanmerking om onderwijs te krijgen, hiervoor is geen aanvraag voor intrekking van vrijstelling van leerplicht nodig (Maes, 2015). Een vrijstelling van leerplicht is niet van toepassing voor de doelgroep van deze masterproef, aangezien zij nog niet onderworpen zijn aan de leerplicht.

1.4 Onderwijsnoden kinderen met EMB

Kinderen met EMB hebben wel degelijk leermogelijkheden, onderzoek van Remington (1996) toont deze leermogelijkheden aan. Zo blijkt dat er bij kinderen met EMB basale leerprocessen plaatsvinden. Onder deze basale leerprocessen worden verscheidene elementen gedetecteerd zoals associatief leren, imitatie, eenvoudig probleemoplossend gedrag, operante conditionering en habituatie (Maes, 2015; Penne, 2013; Penne & Maes 2018a; Remington, 1996; Vlor, 2006). Verder staaft onderzoek van Barber en Goldbart (1998) dat personen met EMB aan de hand van conditionering kunnen leren. Daarbovenop kunnen kinderen met EMB ook sociale aanpassingsvaardigheden verwerven. Deze vaardigheden kunnen op allerhande domeinen verkregen worden, onder andere op het domein van de conceptuele vaardigheden, de sociale vaardigheden, de praktische vaardigheden, de zelfbepalingsvaardigheden, de communicatieve vaardigheden, de emotionele vaardigheden en de sensomotorische vaardigheden (Vlor, 2006). Verder tonen studies van Fröhlich (1995) ook aan dat deze kinderen met EMB baat hebben bij het actief deelnemen aan activiteiten. Deze activiteiten dienen wel afgestemd te zijn op de individuele noden en behoeften van het kind. Daarnaast moet ook rekening gehouden worden met de voorkeuren en verlangens van het kind. Het is een voortdurende zoektocht naar de ideale balans tussen het bieden van voldoende uitdagende en inspirerende activiteiten en het aansluiten bij de mogelijkheden en interesses van het kind. Uit een optimale afstemming komen sociale interacties voort. Tot slot haalt de Vlor ook nog aan dat het mogelijk is om een dialoog tot stand te brengen met kinderen met complexe zorgnoden. De dialoog krijgt vorm aan de hand van wederzijdse imitatie, vertrouwde rituelen en gedeelde aandacht voor objecten. Al deze argumenten bewijzen dat het aanbieden van onderwijs aan kinderen met EMB zeer betekenisvol kan zijn voor het welbevinden en de ontwikkelingskansen van de kinderen met EMB (Maes, 2015; Vlor 2006, 2008).

Een andere onderbouwing voor de aanwezigheid van leermogelijkheden bij het kind met EMB, heeft betrekking op de hersenplasticiteit van het kind. Hersenplasticiteit wordt beschreven als het potentieel van de hersenen om de structuur en functie van de hersenen te veranderen, te herstructureren en te herstellen. Aan de hand van stimulatie uit de omgeving en opgedane ervaringen kunnen nieuwe neurale netwerken opgebouwd worden en reeds bestaande synaptische verbindingen versterkt worden. Het gevolg hiervan is dat wanneer de hersenen wijzigen, ook het gedrag en de functie daarvan veranderen (Center on the Developing Child, 2012; Cognifit, 2022). Zo kan het vaak gestelde argument dat kinderen met EMB meer baat hebben bij een welzijnsaanbod in plaats van een onderwijsaanbod, ontkracht worden (Penne & Maes, 2018b).

Daarnaast hebben kinderen met EMB ook nood aan pedagogische en medische opvolging. Deze opvolging valt (deels) weg indien ze geen school lopen of onderwijs krijgen, ze kunnen dan geen gebruik maken van deze pedagogische en medische opvolging. Kinderen die daarentegen wel deelnemen aan het onderwijsaanbod, krijgen automatisch pedagogische en medische opvolging (Maes, 2015). Naast de voordelen voor het kind, biedt het aanbieden van onderwijs aan kinderen met EMB ook voordelen voor de ouders, zowel op emotioneel als financieel gebied. Het is voor de ouders vaak een enorme teleurstelling wanneer ze te horen krijgen dat hun kind niet 'goed genoeg' is om onderwijs te volgen. Kinderen die niet naar school kunnen, gaan meestal naar een (semi-)internaat. Het verblijf in het (semi-)internaat wordt niet vergoed door de overheid, in tegenstelling tot onderwijs dat wel gratis door de overheid wordt aangeboden. Ouders dienen dus zelf voor de kosten op te draaien in een niet-schoolse context (Vlor 2006).

Samenvattend kan gesteld worden dat elk kind recht heeft op onderwijs, ook zij die geen aansluiting vinden in het voltijdse onderwijsaanbod (Penne, 2013). Elk kind beschikt over de capaciteit en de mogelijkheid om te leren (Barber & Goldbart, 1998; Remington, 1996). Toch blijkt het klassieke onderwijsaanbod onvoldoende afgestemd op de noden en behoeften van de kinderen met EMB (Penne & Maes, 2018b). Tot op heden zijn er nog heel wat knelpunten aanwezig in het huidige onderwijsaanbod voor peuters en kleuters met EMB.

1.5 Knelpunten inzake het huidige onderwijsaanbod voor peuters en kleuters met EMB

Bij het ontwikkelen en realiseren van een onderwijsaanbod voor peuters en kleuters met EMB, wordt er gebotst op een aantal knelpunten. Allereerst is het klassieke voltijdse onderwijsaanbod onvoldoende aangepast aan de noden en de behoeften van kinderen met complexe zorgnoden. Het onderwijs wordt niet of onvoldoende op maat van het kind met EMB aangeboden (Penne & Maes, 2018b). Daarbovenop zijn de onderwijsvormen buiten de schoolse context (i.e. TOAH, POAH en huisonderwijs) ook geen ideale oplossing. Zij kennen alle drie hun beperkingen. Een eerste beperking ligt in het gebrek aan flexibiliteit. Elk kind, ongeacht zijn intellectuele capaciteiten en mogelijkheden,

wordt voorzien van (maximum) vier lestijden per week. Het gevolg van deze beperkte lestijd is dat leerkrachten nauwelijks een vertrouwensband met de leerlingen kunnen opbouwen en het is net deze doelgroep die hier veel belang bij heeft. Daaropvolgend wordt ook verwacht dat elk kind dat aanspraak wilt maken op een alternatieve onderwijsvorm ingeschreven is in een reguliere of buitengewone school. Het knelpunt dat hierin schuilt, is dat kinderen met EMB ingeschreven moeten geraken in een reguliere of buitengewone school. Uit het Rapport Commissie Criteria Vrijstelling Leerplicht (Maes, 2015) blijkt dat scholen vaak leerlingen afwijzen op basis van zelf bepaalde criteria. De scholen krijgen te veel vrijheid in het inschrijvingsbeleid, waardoor zij zelf kunnen bepalen of ze in de leerling met EMB gaan investeren of niet. Een volgend knelpunt dat aangehaald wordt in het Rapport Commissie Criteria Vrijstelling Leerplicht (Maes, 2015) betreft het slechte statuut van de TOAH- en POAH-leerkrachten; de leerkrachten zijn vaak jong, wisselen snel van job en zijn niet vast benoemd. Dit bevordert de kwaliteit van het onderwijs niet. Verder bieden deze alternatieve vormen ook onvoldoende potentieel om in groep en van elkaar te leren doordat het onderwijsaanbod individueel aangeboden moet worden. Leerlingen kunnen ook pas onderwijs aan huis krijgen vanaf de leeftijd van 5 jaar, waardoor peuters en kleuters tot 5 jaar uit de boot vallen. De doelgroep van deze masterproef (i.e. peuters en kleuters met EMB in Villa Clementina) kan hierop dus geen beroep doen. Tot slot vergt het organiseren van onderwijs aan huis ook erg veel organisatorisch en administratief werk. Zo komen er in een residentiële setting verscheidene leerkrachten van diverse scholen langs. Overigens bevordert deze variatie aan leerkrachten het multidisciplinair overleg niet, aangezien elke school een andere taakinvulling aanbiedt en nastreeft. Soms zijn er meningsverschillen tussen de residentiële setting en de school over de taakinvulling van de leerkracht. Verder worden er ook vaak problemen ervaren bij de informatie-uitwisseling van dossiers tussen de school en de residentiële setting (Maes, 2015; Penne & Maes, 2018c).

De afgelopen jaren hebben verscheidene werkgroepen (met daarin vertegenwoordigers van het onderwijs- en welzijnsdomein) de knelpunten en problematieken omtrent het onderwijs aan kinderen met EMB in Vlaanderen aangekaart. De werkgroepen trachten een sterk signaal naar de overheid uit te sturen, met dit signaal pogen ze (i.e. de Vlaamse Onderwijsraad en Commissie Criteria Vrijstelling Leerplicht) de beleidsmakers te overtuigen van het belang van onderwijs voor kinderen met EMB (Maes, 2015; Vlor, 2006, 2008).

Minister Ben Weyts wil tijdens zijn legislatuur inspelen op deze tekortkomingen. Op 25 juni 2021 publiceerde minister Weyts een conceptnota, waarin hij de krachtlijnen van het nieuwe decreet Leersteun toelicht (Weyts, 2021).

> Zoals opgenomen in het regeerakkoord is het de ambitie om de leerlingen de juiste ondersteuning te geven. Daarom vervangen we het M-decreet door het decreet leersteun. Om maximale leerwinst en een optimale ontwikkeling na te streven voor alle leerlingen zetten we in op de versterking van het gewoon onderwijs, de leersteun en het buitengewoon onderwijs. (Weyts, 25 juni 2021, p.3)

Het blijft koffiedik kijken of het decreet Leersteun tegemoetkomen zal komen aan de aangekaarte knelpunten in het aanbieden van onderwijs aan kinderen met EMB in Vlaanderen.

1.6 Aanbevelingen

In de literatuur worden naast het weergeven van knelpunten inzake het onderwijsaanbod voor peuters en kleuters met EMB, ook reeds concrete voorstellen en aanbevelingen geformuleerd. Deze aanbevelingen betreffen het afschaffen van een vrijstelling van leerplicht, het verbreden van de visie op onderwijs, het stimuleren van maatwerk, het creëren en optimaliseren van een samenwerking tussen onderwijs en welzijn, het aanpassen van het regelgevend kader en het vervullen van randvoorwaarden. Het aanbieden van onderwijs aan kinderen met EMB vormt een grote, maar zeker geen onmogelijke uitdaging (Maes, 2015; Vlor 2006).

1.6.1 Het afschaffen van de vrijstelling van leerplicht

De eerste aanbeveling focust zich op het afschaffen van de vrijstelling van leerplicht. In de literatuurstudie van deze masterproef werd reeds aangegeven dat alle kinderen, ook kinderen met specifieke onderwijsbehoeften, over het potentieel en de mogelijkheden beschikken om te leren (zie paragraaf 1.4). Daarbovenop wordt in het praktijkveld door professionals ook aangevoeld dat bepaalde kinderen, die in het bezit zijn van een vrijstelling van leerplicht, wel over de mogelijkheden beschikken om te leren. De Commissie Criteria Vrijstelling Leerplicht (2015) kon geen overkoepelende criteria opstellen, waaraan ieder kind voldoet bij het verkrijgen van een vrijstelling van leerplicht. De Commissie pleit voor een afschaffing van een vrijstelling van leerplicht. Daarbovenop zou het tevens onaanvaardbaar zijn om kinderen van het buitengewoon onderwijs uit te sluiten, aangezien deze vorm van onderwijs net opgericht is voor kinderen met specifieke onderwijsbehoeften (Maes,2015; Penne, 2013; Penne & Maes, 2018a).

1.6.2 Verbreden visie onderwijs

Een tweede aanbeveling richt zich op het verbreden van de visie op onderwijs. Vlaanderen hanteert op dit moment nog een te enge visie op onderwijs, dit komt doordat er te weinig alternatieven beschikbaar zijn om van het klassieke onderwijs af te stappen. Daartegenover wenden

onze buurlanden (o.a. Nederland en Duitsland) een veel bredere en flexibelere visie van onderwijs aan (Germeijs, 2018a). Er moet dus getracht worden om de visie op onderwijs in Vlaanderen te verbreden, het leren moet ruimer gezien worden. Zo omvat een ruime visie op onderwijs veel meer dan enkel het verwerven van kennis en vaardigheden. Het omvat ook het verminderen van ondersteuning, het vergroten van de betrokkenheid, het uitbreiden en behouden van bestaande vaardigheden en tot slot het vermijden van achteruitgang. De doelstellingen, de leerdoelen en het leren an sich moeten dus ruimer ingevuld en geïnterpreteerd worden (Maes, 2015; Penne & Maes, 2018a). Het opstellen van een bredere visie zal ervoor zorgen dat onderwijs gerichter en op maat van kinderen met EMB georganiseerd kan worden. Om deze leermogelijkheden optimaal te benutten, is een grondige samenwerking tussen onderwijs en welzijn vereist. Beide domeinen staan in voor het opstellen en aanbieden van een geïntegreerd en complementair zorg- en onderwijsaanbod voor kinderen met EMB (Maes, 2015; Vlor, 2006).

1.6.3 Maatwerk

Kinderen met EMB onderwijzen vergt maatwerk. Maatwerk is één van de aanbevelingen die de Commissie Criteria Vrijstelling Leerplicht toelicht in hun rapport (Maes, 2015). Het kind met EMB zou onderwijs en begeleiding op maat aangeboden moeten krijgen (Maes, 2015; Penne & Maes, 2018a, 2018b). Dit maatwerk zou vervolgens moeten uitmonden in een geïntegreerd en complementair onderwijs- en zorgaanbod (i.e. handelingsplanning). Een geïntegreerd en complementair onderwijs- en zorgaanbod zou opgesteld moeten worden voor elk kind dat niet kan deelnemen aan het klassieke voltijdse onderwijsaanbod (Maes, 2015). Het beleid zou het recht hierop moeten erkennen en mee de uitvoering hiervan tot stand brengen (Vlor, 2015).

1.6.3.1 Hoe zou zo'n geïntegreerd en complementair onderwijs- en zorgplan er nu moeten uitzien?

Voor elk kind met een EMB zou er een eigen levens- en leertraject opgesteld moeten worden dat in overeenstemming is met de eigen voorkeuren, mogelijkheden en behoeften (Petry & Maes, 2005). Het onderwijs- en zorgplan zou een geïndividualiseerd programma zijn dat vertrekt vanuit het gedachtengoed dat een nauwe samenwerking tussen onderwijs, zorg en therapie noodzakelijk is (Maes, 2015; Vlor 2006, 2008). Op basis van de noden op onderwijs, welzijn en gezondheidsvlak zou vervolgens een aanbod ontwikkeld worden dat afgestemd is op de behoeften van het kind. Het individueel onderwijs- en zorgplan vertrekt vanuit een ontwikkelingsgerichte benadering (Vlor, 2006, 2008). Het plan zou idealiter een uitgebreide en accurate beeldvorming van het kind omvatten, waaruit vervolgens individuele leer- en ontwikkelingsdoelen opgesteld worden. Deze individuele doelen zouden op korte en lange termijn uitgewerkt worden. Daarnaast zou er ook aandacht geschonken

worden aan de uitvoeringscondities van deze leer- en ontwikkelingsdoelen en aan de evaluatie van de leeruitkomsten van dit geïntegreerd en complementair onderwijs- en zorgaanbod (Maes, 2015; Petry & Maes, 2005).

1.6.3.2 Welke actoren zouden betrokken zijn bij het opstellen van een geïntegreerd en complementair onderwijs- en zorgaanbod?

Een individueel onderwijs- en hulpaanbod zou opgesteld worden via een intersectorale en multidisciplinaire bijeenkomst. Bij deze bijeenkomst zouden verschillende partners uit diverse sectoren uitgenodigd worden, zo zouden bijvoorbeeld vertegenwoordigers en hulpverleners vanuit het onderwijs, welzijn, gezondheidszorg, het CLB, enzoverder aanwezig kunnen zijn. Daarnaast zijn de ouders van het kind ook een cruciale actor die zeker en vast niet mag ontbreken bij het creëren van een handelingsplan (Maes, 2015; Maes & Vlaskamp, 2020; Vlor 2006, 2008, 2015). Ouders leveren een zeer belangrijke bijdrage bij de verwezenlijking van de genuanceerde beeldvorming. Het is overigens van belang om ouders zo vroeg mogelijk en gedurende het hele hulpverleningsproces te betrekken en te informeren. Daarnaast wordt een geïntegreerd en complementair onderwijs- en zorgplan ook meer gedragen door ouders wanneer ze betrokken worden bij de onderhandelingen en de regie. Het handelingsplan zou zo meer afgestemd moeten zijn op de verschillende contexten waarin het kind participeert, er wordt zo gepoogd om een ideale afstemming te creëren tussen de school en thuis. Tijdens het opstellen van dit handelingsplan dient rekening gehouden te worden met de uitvoeringscondities wat betreft de duur, locatie, aanpak, frequentie en de inhoudelijke invulling (Maes, 2015; Petry & Maes, 2005; Vlor, 2006). Het finale onderwijs- en zorgplan zou tot slot beoordeeld moeten worden door de onderwijs- en zorginspectie, indien het plan goedgekeurd wordt mag het uitgevoerd worden (Maes, 2015).

1.6.4 Samenwerking onderwijs en welzijn

Een volgende aanbeveling die aansluit bij het voorgaande (i.e. maatwerk), is een nauwe samenwerking tussen onderwijs en welzijn. Maatwerk is pas wenselijk indien er een nauwe samenwerking plaatsvindt tussen onderwijs en welzijn. Beide sectoren zijn aanvullend en vervangen elkaar niet, aangezien ze beide een verschillende benadering en een verschillende finaliteit hanteren. De Commissie Criteria Vrijstelling Leerplicht beargumenteert hierbij dat het onderwijs- en welzijnsaanbod niet als een 'of-of-verhaal' bekeken dient te worden, maar als een nauwe samenwerking tussen beide actoren. Desalniettemin is dergelijke samenwerking tussen onderwijs en welzijn niet vanzelfsprekend (Maes, 2015; Vlor 2006, 2008). Zo richt onderwijs zich op het consequent en planmatig bewerkstelligen van leer- en ontwikkelingsdoelen. Deze leer- en ontwikkelingsdoelen zijn afgestemd op maat van het kind en worden gerealiseerd aan de hand van pedagogisch-didactische en

therapeutische methodes. Hiertegenover focust welzijn zich op het realiseren van kwaliteit van leven, zowel voor het gezin als voor het individu. Deze uitkomsten worden bereikt door middel van therapeutische, medische en orthopedagogische methodes (Maes, 2015; Vlor, 2006). Het aanbieden van een individueel, flexibel en geoptimaliseerd aanbod is dus pas mogelijk indien er een nauwe samenwerking tussen welzijn en onderwijs plaatsvindt. Deze samenwerking kan zich afspelen op verschillende domeinen zoals bijvoorbeeld therapie, medische zorg, vervoer, enzoverder. Deze intensieve en flexibele coöperatie brengt het onderwijs- en zorgaanbod tot stand en zorgt dat dit verder gezet wordt. Het vormt de sleutel tot het succes (Maes, 2015; Penne, 2013; Vlor, 2006).

Kinderen met EMB hebben dus nood aan een flexibel onderwijs- en zorgaanbod. Zo kunnen zij door omstandigheden in bepaalde periodes meer baat hebben bij medische ondersteuning en verzorging. Op die momenten neemt het welzijnsaanbod de overhand ten opzichte van het onderwijsaanbod. Door dergelijk flexibel en geïntegreerd aanbod te bewerkstelligen, kan er ingespeeld worden op de onderwijs- en zorgbehoeften (Vlor, 2006). Deze onderwijs- en zorgbehoeften kunnen fluctueren doorheen de tijd (Penne & Maes, 2018b). Het is dus zeker en vast niet de bedoeling dat ouders moeten kiezen tussen het welzijnsaanbod of het onderwijsaanbod. Onderwijs en welzijn dragen een gezamenlijke maatschappelijke verantwoordelijkheid voor het creëren en in stand houden van dit onderwijs- en zorgaanbod (Vlor, 2015).

Concluderend kan gesteld worden dat een nauwe samenwerking tussen onderwijs en welzijn essentieel is voor een optimale dienstverlening voor het kind. Het kind dient steeds vanuit een holistische invalshoek als een totale persoon benaderd te worden, zowel vanuit onderwijs als vanuit zorg (Maes, 2015). “Een kind is nooit alleen een voorwerp van zorg” (Maes, 2015, p.47). Het Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB) speelt in de nauwe samenwerking tussen beide sectoren ook een cruciale rol als draaischijf (Germeijs, 2018a).

1.6.4.1 De rol van het CLB

Bij het opstellen van een geïntegreerd en complementair onderwijs- en zorgplan wordt het CLB telkens betrokken (Germeijs, 2018a, 2018b). Het CLB krijgt de expliciete opdracht van de overheid om bij het opstellen van de onderwijs- en zorgplannen een ondersteunde en objectiverende rol op te nemen (Vlor, 2006). Het CLB beoefent een draaischijffunctie, zij geven belangrijke informatie omtrent leerlingen door naar alle (externe) betrokken partners en coördineren de samenwerking tussen de hulpverlening en de school. Het CLB staat dus in voor een goede overdracht van informatie, cruciaal hierbij is dat zij steeds transparant optreden. Zij vervullen een brugfunctie (Germeijs 2018a; Vlor, 2006). Hiernaast beoefent het CLB ook een helikopterfunctie, hieronder wordt het voortdurend bewaken van de haalbaarheid van de geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen verstaan. Naast het waken, informeren en coördineren is er ook nog een belangrijke rol voor het CLB

weggelegd in het sensibiliseren. Echter dient het CLB zich ook op te stellen als een neutrale en onafhankelijke partner die meedenkt over het opstellen en realiseren van de onderwijs- en zorgplannen (Germeijs, 2018a). In Vlaanderen heerst er op dit moment nog een grote variëteit tussen de CLB's in manier van werken, naar de toekomst toe dient er gestreefd te worden naar een meer universele aanpak (Vlor, 2006).

1.6.5 Aanpassen van het regelgevend kader

Om een passend onderwijsaanbod te creëren voor peuters en kleuters met EMB, dient het regelgevend kader aangepast te worden. Het huidig regelgevend kader schiet te kort. Dit voorstel kan enkel gerealiseerd worden indien er een optimale samenwerking plaatsvindt tussen de ministers van welzijn en van onderwijs. Zij moet een gezamenlijk regelgevend kader opstellen, meer specifiek dient het akkoord neergeschreven te worden in een samenwerkingsprotocol. Dit samenwerkingsverband betreft beleidsafspraken omtrent de modaliteit en de aard van de samenwerking (Penne & Maes, 2018b; Vlor, 2006, 2008). Verder worden in dit protocol ook de regels afgestemd omtrent het opname- en inschrijvingsbeleid en de gecombineerde inzet van middelen vanuit beide sectoren (Penne 2013; Vlor, 2006, 2015). Dit samenwerkingsprotocol is essentieel om de geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen te ontwikkelen. Voor een optimaal verloop van dit samenwerkingsprotocol dient er een trajectbegeleider aangeduid te worden die alles coördineert en in goede banen leidt (Vlor, 2006).

De deelnemers uit de focusgroepen in het rapport Commissie Criteria Vrijstelling Leerplicht (2015) lanceerden ook enkele voorstellen omtrent het aanpassen van de regelgeving. Een eerste voorstel bestond uit het flexibeler organiseren van het onderwijs. Zo zou de regelgeving onderwijsvormen die deeltijds onderwijs aanbieden moeten toestaan, daarnaast zouden ook gecombineerde trajecten (bijvoorbeeld onderwijs en dagopvang) mogelijk gemaakt moeten worden. Een tweede voorstel baseerde zich op peuters en kleuters met EMB, zij zouden aangepast onderwijs moeten verkrijgen. Het laatste voorstel legde de klemtoon op een betere en meer uitgebreide omkadering voor kinderen met EMB (Maes, 2015).

1.6.6 Randvoorwaarden

Een laatste aanbeveling richt zich op het vervullen van belangrijke randvoorwaarden voor het tot stand brengen van een geïntegreerd en complementair onderwijs- en zorgplan.

Financiële middelen

Een eerste belangrijke randvoorwaarde betreft de beschikbare financiële middelen. De overheid waarborgt dat zowel de welzijns- als de onderwijsinstellingen over voldoende financiële

middelen beschikken. Ze zorgt ervoor dat de financiële middelen voor kinderen met EMB tegemoet komen aan hun intensieve zorgnoden (Penne & Maes, 2018b; Vlor, 2015). Echter blijken deze verwachtingen niet ingelost te worden door de overheid en schiet het huidige financiële protocol van de ministers Coens en Steyaert tekort in Vlaanderen. Het financiële plan is achterhaald en bevat onregelmatigheden. Zo worden de financiële middelen niet toegekend in verhouding tot de intensieve zorgnoden van de kinderen met EMB en strookt de type-gebonden financiering niet steeds met de ondersteuningsnood (Maes, 2015; Vlor 2006). Op dit moment regelt het Vlaams ministerie van Onderwijs en Vorming de financiering van het onderwijsaanbod en regelt Welzijn en Gezondheidszorg de financiering voor het zorgaanbod (Maes, 2015). Om geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen te realiseren, dienen er enkele veranderingen op te treden in het huidige financiële systeem. Er zou een nieuw regelgevend kader ontwikkeld moeten worden. Eerst en vooral zouden de financiële middelen van Onderwijs samengevoegd moeten worden met de financiële middelen vanuit Welzijn, dit zou vervolgens uitmonden in een complementair samenwerkingsverband tussen beide sectoren. Bij deze samenvoeging van financiële middelen moet de gedachte dat de financiële middelen aanvullend zijn, steeds centraal staan (Maes, 2015; Vlor, 2006,). Tevens zouden scholen die kinderen met EMB onderwijzen ook beroep moeten kunnen doen op een financiële premie (Maes, 2015). Verder is er ook nood aan een aangepaste financiering voor de CLB's door hun reikwijdte en variatie aan opdrachten (Germeijs, 2018).

Opleiding

Verder dient er gedurende de opleiding meer aandacht uit te gaan naar deze doelgroep (i.e. kinderen met EMB). Op dit moment ligt er in de lerarenopleiding nog te weinig focus op hoe onderwijs en ondersteuning aan kinderen met EMB geboden moet worden. Er is nood aan interne vorming en navorming (Penne & Maes, 2018b; Vlor, 2006, 2008, 2015). Daarnaast moet er ook ingezet worden op pedagogische deskundigheid en kennisopbouw (Penne, 2013; Penne & Maes, 2018b). Zo zou een leerkracht in het bezit moeten zijn van een minimum van kennis omtrent zorg, indien hij lesgeeft aan kinderen met EMB (Maes, 2015).

Personeel

Hierop aansluitend is goed gekwalificeerd personeel ook een belangrijke randvoorwaarde die vervuld dient te worden. Eerst en vooral wordt er veel waarde gehecht aan een vast en vertrouwd personeelsteam; dit is belangrijk voor kinderen met EMB zodat ze een vertrouwensrelatie kunnen opbouwen. Vervolgens dient het begeleidingsteam ook een multidisciplinair team te zijn waarin nauw samengewerkt wordt met het onderwijspersoneel en het zorgpersoneel. In deze multidisciplinaire teams handelt elk teamlid vanuit zijn eigen expertise en vakgebied. Een optimale werking van de

multidisciplinaire teams vereist grondige en systematische communicatie en overleg tussen de teamleden. Het handelingsplan wordt opgesteld vanuit deze geïntegreerde samenwerking, er wordt gecoöpereerd op basis van gelijkwaardigheid. Het is van groot belang dat het personeel afgestemd is op de noden van het kind met EMB en hierop kan inspelen (Penne & Maes, 2018b; Petry & Maes, 2005; Vlor 2006). Een laatste belangrijk aspect wat verwezenlijkt moet worden bij het uitvoeren van een geïntegreerd en complementair onderwijs- en zorgaanbod is de inzet van meerdere personeelsleden tegelijkertijd. Op dit moment is de huidige personeelsomkadering onvoldoende aangepast aan de noden van kinderen met EMB. Het personeel dient uitgebreid te worden en meer ondersteund en begeleid te worden (Vlor 2006, 2008, 2015).

Infrastructuur

Een andere randvoorwaarde die van belang is bij het realiseren van een onderwijs- en zorgaanbod voor kinderen met EMB is de infrastructuur. Zo zouden kinderen met EMB de mogelijkheid moeten krijgen om onderwijs te volgen in een welzijnsvoorziening en om zorg te verkrijgen in een onderwijssetting, hiervoor is aangepaste infrastructuur nodig (Penne, 2013; Vlor, 2006, 2015). Bij de inrichting van de infrastructuur dient er rekening gehouden te worden met een aantal belangrijke elementen, zoals bijvoorbeeld de veiligheid, toegankelijkheid (i.e. brede deuren, aangepast sanitair, rolstoelvriendelijk gebouw, aanpassingen aan computers en didactisch materiaal,…), het comfort (i.e. ruime klaslokalen, een snoezelruimte, ruimte voor dagelijkse verzorging en medische behandelingen,…) en tot slot dienen de ruimtes onderhoudsvriendelijk te zijn (Vlor, 2006).

School- en klasmanagement

Onderwijs aanbieden aan kinderen met EMB vergt een aangepast school- en klasmanagement. Eerst en vooral is het belangrijk dat er kleinere klasgroepen gevormd worden, een ideale klasgroep bestaat uit ongeveer vijf à zes leerlingen (Penne, 2013; Vlor, 2006). Verder dient het schoolmanagement flexibel opgesteld te worden. Zo is de inrichting van een klasgroep niet gebonden aan de leeftijd van de kinderen, maar worden kinderen met hetzelfde ontwikkelingsniveau, ongeacht hun chronologische leeftijd, samen geplaatst. Daarnaast dient de school ook af te stappen van het vaste lestijdenverloop (Vlor, 2006).

Regionaal aanbod

Het opstellen en uitvoeren van geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen is tevens pas mogelijk indien er binnen elke regio een consequent en doelgericht onderwijsaanbod voorhanden is (Maes, 2015; Vlor 2008). Het onderwijs- en zorgaanbod dient dus gelijkwaardig verspreid te zijn over heel Vlaanderen. In een idealistisch scenario wordt onderwijs en zorg

aangeboden op één locatie, indien dit niet mogelijk is, kan het aanbod complementair op verscheidene locaties aangereikt worden (Maes, 2015). Daarnaast zou elke buitengewone onderwijsschool geëngageerd moeten zijn om een minimum aantal kinderen met EMB te onderwijzen en op te vangen (Penne 2013; Vlor 2006, 2015).

Vervoer

Naast een adequate regionale spreiding van het onderwijs- en zorgaanbod, moet het leerlingenvervoer ook beter geregeld en afgestemd worden. Kinderen met EMB hebben nood aan een aangepast (individueel) leerlingenvervoer (Penne & Maes, 2018b). Een belangrijk element waarmee zeker rekening gehouden moet worden, is de duurtijd van het vervoer. Zo mag het niet aanvaard worden dat sommige kinderen op woensdag langer onderweg zijn naar school (heen en weer op de bus) dan dat ze effectief op school onderwezen worden. De duurtijd moet haalbaar zijn. Vandaag de dag wordt individueel leerlingenvervoer ook zelden goedgekeurd en krijgen ouders die hun kind naar school brengen maar een zeer beperkte financiële ondersteuning (Vlor, 2006). Daarenboven is de regeling van het vervoer ook niet flexibel genoeg, waardoor semi-internaten niet kunnen deelnemen aan het regionaal aanbod (Maes, 2015).

1.7 Besluit

In dit hoofdstuk ben ik allereerst gestart met het toelichten van de doelgroep, namelijk peuters en kleuters met een ernstige meervoudige beperking (EMB). Er wordt gesproken over peuters en kleuters met een ernstige meervoudige beperking indien er sprake is van een ernstige verstandelijke beperking, een ernstig tekort in het adaptief gedrag en een ernstig tekort in het sensorisch en/of motorisch functioneren (Maes et al., 2008). Vervolgens lichtte ik de organisatie van het Vlaamse onderwijssysteem toe, meer specifiek de tweedeling tussen het regulier en het buitengewoon onderwijs (Vlaams Ministerie van Onderwijs en vorming, 2021). Hierin benadrukte ik het recht op onderwijs voor elk kind. Peuters en kleuters met EMB hebben evenveel recht op en baat bij onderwijs als andere kinderen (Germeijs, 2018a; Penne, 2013). Als kinderen met EMB of een andere ernstige problematiek niet kunnen participeren in een schoolse context, dan kunnen ze nog deelnemen aan onderwijs buiten de schoolse context. Er zijn drie (alternatieve) vormen van onderwijs ter beschikking, namelijk huisonderwijs, tijdelijk onderwijs aan huis (TOAH) en permanent onderwijs aan huis (POAH). Een knelpunt van deze alternatieve vormen van onderwijs is dat ze niet voor iedereen beschikbaar zijn, ze zijn pas mogelijk vanaf de leeftijd van 5 jaar. Dit betekent dat de doelgroep van deze thesis hierop geen beroep kan doen. Vervolgens werden de onderwijsnoden van de peuters en kleuters met EMB toegelicht. Literatuur toonde aan dat peuters en kleuters met EMB wel degelijk over leermogelijkheden beschikken, zo vinden er onder meer basale leerprocessen plaats en kunnen zij

sociale aanpassingsvaardigheden verwerven (Maes, 2015; Penne & Maes, 2018a; Vlor, 2006, 2008). Na deze theoretische onderbouwing werden de knelpunten van het huidige onderwijsaanbod voor peuters en kleuters met EMB aangekaart (Maes, 2015; Penne & Maes, 2018c). Tot slot eindigt het hoofdstuk met een reeks aanbevelingen voor het ontwerpen en realiseren van een onderwijsaanbod voor kinderen met EMB. Deze aanbevelingen betreffen het verbreden van de visie op onderwijs, het afschaffen van een vrijstelling van leerplicht, het stimuleren van maatwerk, het creëren en optimaliseren van een samenwerking tussen onderwijs en welzijn, het aanpassen van het regelgevend kader en het vervullen van randvoorwaarden (Maes, 2015; Penne & Maes, 2018b).

Hoofdstuk 2: Onderzoeksopzet

2.1 Inleiding

In het 2de hoofdstuk wordt het onderzoeksopzet van deze masterproef beschreven. Allereerst wordt Villa Clementina en de huidige werking toegelicht. Hierop volgend wordt de probleemstelling besproken. Uit de probleemstelling wordt vervolgens de onderzoeksvraag geformuleerd. Daarna worden de onderzoeksgroep en de gehanteerde onderzoeksmethoden besproken. Tot slot wordt ook nog beschreven hoe de data geanalyseerd en verwerkt zullen worden.

2.2 Villa Clementina

Villa Clementina is een inclusieve en geïntegreerde kinderopvang voor jonge kinderen met en zonder beperking in Zemst. Villa Clementina heeft een vast begeleidend team, het team bestaat uit vier dagelijkse begeleiders die in het bezit zijn van een pedagogisch diploma en één verpleegkundige. Het team wordt aangevuld met een kinderarts, een orthopedagoge, een logopedist, een kinesist en de verantwoordelijke. Daarbovenop kunnen externe hulpverleners (o.a. ergotherapeut, GIO-begeleidster, etc.) ook ingeschakeld worden. Villa Clementina houdt één derde van de beschikbare plaatsen vrij voor kinderen met complexe zorgnoden die baat hebben aan extra ondersteuning. De kinderen met complexe zorgnoden kunnen maximaal drie dagen per week naar Villa Clementina komen (Verhaeren et al., z.d.).

Villa Clementina biedt sinds het schooljaar 2016 – 2017 onderwijs aan kinderen met complexe zorgnoden tussen de 2,5 en 6 jaar oud. Rond de leeftijd van 2 jaar wordt er een eerste keer samengezeten om het onderwijstraject van het kind met complexe zorgnoden te bespreken. De kinderen met complexe zorgnoden nemen vervolgens vanaf de leeftijd van 2,5 deel aan het onderwijsproefproject (De Strooper, 2020). Het onderwijsproefproject biedt ouders de nodige tijd en ruimte om een doordachte keuze te maken in het verdere vervolg van het onderwijs- en zorgtraject van het kind (Villa Clementina, 2017).

Het onderwijsproefproject in Villa Clementina vertrekt vanuit een tweeledige motivatie. Het onderwijsproefproject tracht onderwijs aan te bieden aan kinderen met complexe zorgnoden, die op de leeftijd van 2,5 nog niet naar school kunnen. Er wordt getracht de opgelopen achterstand ten opzichte van kinderen in het onderwijs te verkleinen of te vermijden. Dit is een eerste belangrijke motivator. Een tweede motivator voor het onderwijsproefproject is om kinderen bij aanvang van de ontwikkeling te stimuleren en kansen aan te reiken om zich optimaal te kunnen ontwikkelen en te ontplooien. Dit is belangrijk, aangezien er verschillende kritische periodes plaatsvinden gedurende de kleuterleeftijd, waarbij het belangrijk is om voldoende stimulatie te bieden bij de cognitieve en sociale leerprocessen (Verhaeren et al., z.d.).

Het onderwijsproefproject streeft daarnaast ook enkele belangrijke doelstellingen na. Een eerste doelstelling dat het onderwijsproefproject nastreeft, is het bieden van trajectbegeleiding aan de ouders. Villa Clementina beoogt de ouders van dichtbij te begeleiden gedurende het traject van hun kind. Villa Clementina zoekt samen met de ouders naar de meest optimale begeleidingsvormen voor de toekomst. Een tweede doelstelling is om de overgang van Villa Clementina naar een andere onderwijs- of verzorgingssetting te vergemakkelijken. Villa Clementina geeft informatie (betreffende bv. de beeldvorming, de methodieken, de doelstellingen, enzoverder) op een laagdrempelige manier door aan andere hulpverlenings- en/of onderwijsinstanties. Een andere doelstelling van het onderwijsproefproject richt zich op het garanderen van het recht op onderwijs. Een vierde en laatste doelstelling van het onderwijsproefproject is om het proefproject te onderbouwen met wetenschappelijke evidentie en zo de ideeën van het onderwijsproefproject meer kenbaar te maken naar andere mogelijke projecten (Verhaeren et al., z.d.).

Bij het onderwijsproefproject zijn drie vaste partners betrokken, namelijk VZW Villa Clementina, Vrij CLB Leuven en Windekind Leuven. De samenwerking met het CLB houdt in dat het CLB de ingeschreven kinderen mee opvolgt bij hun evolutie en het verdere onderwijstraject. Daarenboven regelt het CLB de inschrijving en indien nodig het attest voor buitengewoon onderwijs. Windekind, een buitengewone onderwijsschool in Leuven, is een andere organisatie waarmee Villa Clementina nauw samenwerkt. Windekind stelt een leerkracht ter beschikking voor het onderwijsproefproject. De leerkracht bouwt voor alle kinderen, die deel uitmaken van het onderwijsproefproject, een inhoudelijk onderwijsprogramma uit. Verder wordt dit onderwijsplan ook opgevolgd aan de hand van inhoudelijk overleg (VZW Villa Clementina, z.d.).

Voor elk kind met complexe zorgnoden dat deelneemt aan het onderwijsproefproject wordt een geïntegreerd en complementair onderwijs- en zorgplan opgesteld. Elk geïntegreerd en complementair onderwijs- en zorgplan bevat dezelfde opbouw. Het onderwijs- en zorgplan begint telkens met een beeldvorming over het desbetreffende kind. De beeldvorming wordt besproken aan de hand van het ICF-kader, door dit kader als basis te hanteren wordt gebruik gemaakt van een gezamenlijke taal. Het ICF-kader brengt de ondersteuningsnoden in kaart. Daaropvolgend wordt beargumenteerd waarom het desbetreffende kind niet in staat is om in een schoolse context te participeren. Vervolgens wordt een perspectief opgesteld met daarbij horende hoofd- en werkdoelen. Tot slot wordt op het einde van het geïntegreerd en complementair onderwijs- en zorgplan de organisatie van het plan vermeld, hierin wordt het onderwijspercentage en het therapie- en zorgaanbod beschreven voor het desbetreffende kind. Het therapie- en zorgaanbod wordt niet uitgedrukt in percentages. Afrondend wordt ook nog de evaluatie van het vooropgestelde onderwijs- en zorgplan besproken (De Strooper, 2021).

Gedurende de opmaak van het geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplan staan de noden en onderwijsbehoeften van het kind centraal. Er wordt aan maatwerk gedaan; rekening houdend met de fysieke toestand, de aandachtsboog, de vermoeidheid en het tempo van het kind (VZW Villa Clementina, z.d.) De onderwijs- en zorgnoden van kinderen met EMB worden ingeschaald. Voor elk kind wordt de onderwijsgradatie bepaald, hieronder wordt de tijd verstaan waarbij een kind open staat voor onderwijsstimulatie. Deze onderwijsgradatie krijgt vorm aan de hand van een procentenvork (Villa Clementina, 2017). De procentenvork ziet er als volgt uit:

Tabel 1

Procentenvork

Percentage onderwijs aangewezen	Concreet aantal uren per week waarin onderwijs mogelijk is voor deze subgroep (uitgaande van een aanwezigheid van drie dagen per week in Villa Clementina)
< 25% (richtlijn 25%)	2 uur per kind
Tussen 25 en 50% (richtlijn 50%)	4 uur per kind, ook ingebed in groepsactiviteiten
Tussen 50 en 75% (richtlijn 70%)	6 uur per kind, ook ingebed in groepsactiviteiten

Noot. Overgenomen uit *Onderwijsproject 2017 – 2018,* door Villa Clementina, 2017, p.7.

Eens het geïntegreerd en complementair onderwijs- en zorgplan opgesteld is, gaat de leerkracht met de onderwijsdoelen aan de slag. De leerkracht komt vier dagen in de week langs. Zij werkt, afhankelijk van het kind, individueel of in kleine groepjes. Indien het kind onderwijs in groep krijgt, treedt de leerkracht op in een coachende rol (Villa Clementina, 2017). Het is belangrijk om hierbij te vermelden dat het onderwijsproefproject een schoolvoorbereidend programma is en niet als een schoolvervangend aanbod beschouwd kan worden. Verder ondersteunt de leerkracht ook de begeleiders bij het uitvoeren van activiteiten (VZW Villa Clementina, z.d.).

2.3 Probleemstelling

Deze masterproef focust zich dus op peuters en kleuters met EMB die (nog) niet in staat zijn om te participeren aan het klassieke, voltijdse schoolse onderwijs. Voor deze kinderen met complexe zorgnoden komt de overstap naar een schoolse setting op de leeftijd van 2,5 vaak te snel. Er zijn diverse verklaringen waarom deze kinderen met complexe zorgnoden nog niet toe zijn aan een overstap naar een schoolse setting. Een eerste verklaring heeft betrekking op het feit dat de zorgvraag van het kind onvoldoende verhelderd is. Het is op de leeftijd van 2,5 vaak nog onduidelijk welke leer- en verzorgende omgeving het meest geschikt is voor het kind. Het is daarenboven ook niet zeker in welke

mate de ontwikkelingsproblemen gaan evolueren, de ontwikkelingsproblemen kunnen positief of negatief evolueren. Een tweede verklaring die bepalend is, is de afstand naar de school. Ouders achten het niet wenselijk om hun kind dagelijks voor lange tijd op de bus te zetten. Een derde redenering expliciteert dat de ouders het verwerkingsproces nog niet volledig doorlopen hebben. De ouders zijn (nog) niet klaar om hun kind op jonge leeftijd al buiten 'het normale circuit' te plaatsen. De laatste verklaring licht toe dat de combinatie van onderwijs, zorg en therapie een te grote belasting vormt voor het kind en de organisatie van het gezin, waardoor het niet meer bevorderlijk is (Verhaeren et al., z.d.).

Ondanks deze kinderen met complexe zorgnoden op de leeftijd van 2,5 nog niet klaar zijn om in te stappen in een schoolse setting, hebben zij wel evenveel recht op onderwijs en ontwikkelingsstimulatie zoals alle andere kinderen. Toch vallen deze kinderen met complexe zorgnoden omwille van hun beperking of ontwikkelingsproblematiek buiten de huidige Vlaamse wetgeving, zelfs binnen het M-decreet. Er is geen zuiver kader beschikbaar om onderwijs voor deze doelgroep te bewerkstelligen (VZW Villa Clementina, z.d.). De huidige Vlaamse wetgeving schiet hierin tekort. Zo wordt er vertrokken vanuit diagnoses en onderwijsorganisaties in plaats van onderwijs in te richten op basis van de noden en onderwijsbehoeften van een kind. Het is onbegrijpelijk dat een bepaalde groep van kinderen geen beroep kan doen op onderwijs en dit tijdens één van de meest kritische periodes in de ontwikkeling van een kind. Omwille van deze zorgwekkende situatie is er sinds het schooljaar 2016 – 2017 een onderwijsproefproject opgestart in Villa Clementina (Smeets et al., 2014). Dit proefproject wordt gesubsidieerd door de Vlaamse overheid, meer specifiek door het Ministerie van Onderwijs. Elk jaar moet Villa Clementina opnieuw een projectaanvraag indienen voor de verlenging van de subsidies, zonder financiële steun van de Vlaamse overheid zou het onderwijsproefproject moeilijk realiseerbaar zijn (De Strooper, 2020).

Zoals hierboven reeds toegelicht, moeten de onderwijsnoden van kinderen met EMB ingeschaald worden, zodat de onderwijsgradatie bepaald kan worden. Op dit moment verloopt het inschalingsproces van de onderwijs-, therapie- en zorgnoden van de kinderen met EMB nog heel impliciet. Villa Clementina geeft dit zelf aan. De valkuil van een impliciet beslissingsproces ligt in het feit dat het beslissingsproces niet wetenschappelijk onderbouwd is en er dus geen wetenschappelijke evidentie is. Het is moeilijk om het onderwijsproefproject uit te breiden. Indien het project uitgebreid wordt, kunnen er verschillende interpretaties of benaderingswijzen gehanteerd worden doordat er geen duidelijke (wetenschappelijke) onderbouwing is voor het beslissingsproces. Verder nam Villa Clementina tijdens het schooljaar 2020-2021 een bevraging af bij ouders, medewerkers, externe partners en verwijzende instanties om de effectiviteit van de geïntegreerde onderwijs- en zorgplannen te evalueren. Uit deze bevraging bleek dat de vertaling van het aandeel onderwijs in het gehele onderwijs- en zorgplan niet eenvoudig was. Een vraag die hieruit naar voren kwam, was of er geen

criteria ter beschikking waren om de onderwijsgradatie te bepalen (De Strooper, 2021). Villa Clementina is met de resultaten van deze bevraging aan de slag gegaan. Zo heeft Villa Clementina de aanzet gegeven om over dit onderwerp een masterproefonderzoek te schrijven. In deze masterproef wordt het inschalingsproces van de onderwijs-, zorg- en therapienoden geëxpliciteerd. Op basis van welke criteria wordt het onderwijs-, zorg- en therapieaanbod bepaald voor een kind met EMB?

Het in kaart brengen en expliciteren van dit inschalingsproces is een eerste belangrijke stap. Vervolgens zou het onderwijsproefproject eventueel geëvalueerd of theoretisch onderbouwd kunnen worden. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat het onderwijsproefproject wordt uitgebreid naar meerdere vestigingen, en zelfs naar heel Vlaanderen (Smeets et al., 2014). Een ultieme wens van Villla Clementina is dat het onderwijsproefproject omgezet wordt in een erkend wettelijk kader waarin het leerrecht van kinderen met EMB geïntegreerd zit. Het ontwikkelen van een kader, dat niet afhankelijk is van de proefsubsidies, om op een flexibele, transparante en kwaliteitsvolle manier onderwijs, zorg en therapie aan te bieden aan kinderen met EMB (De Strooper, 2019).

2.4 Onderzoeksvraag

De concrete beschrijvende onderzoeksvraag die hieruit voortkomt is: **"Welke criteria worden gehanteerd om te bepalen hoeveel onderwijs, therapie of zorg een kind met EMB, dat in Villa Clementina ondersteund wordt, nodig heeft?"** Deze onderzoeksvraag wordt verder opgesplitst in volgende deelvragen:

- Welke criteria worden in Villa Clementina gehanteerd om te bepalen hoeveel % onderwijs van het totale ondersteuningspakket een kind met EMB nodig heeft?
- Welke criteria worden in Villa Clementina gehanteerd om te bepalen hoeveel therapie van het totale ondersteuningspakket een kind met EMB nodig heeft?
- Welke criteria worden in Villa Clementina gehanteerd om te bepalen hoeveel zorg van het totale ondersteuningspakket een kind met EMB nodig heeft?

Onderwijs wordt in deze masterproef beschreven als alle handelingen en activiteiten die door de leerkracht van Villa Clementina bewerkstelligd worden met het oog op het onderwijzen en/of coachen van het kind met complexe zorgnoden. Therapie omvat in deze masterproef alle handelingen en activiteiten die uitgevoerd worden door de kinesist of logopedist van Villa Clementina. Zorg wordt daarnaast ruim omschreven in deze masterproef, het omvat alle lichamelijke, praktische en emotionele ondersteuning en begeleiding die geboden wordt aan het kind in de dagdagelijkse werking van de leefgroep.

Er wordt getracht om de impliciete criteria die in Villa Clementina gehanteerd worden bij overleg rond het geïntegreerd en complementair onderwijs- en zorgplan, te expliciteren. Pas door deze criteria te expliciteren, kunnen de criteria vervolgens geëvalueerd en indien nodig bijgestuurd worden. Het expliciteren en in kaart brengen van de criteria is een eerste stap om het inschalingsproces van de onderwijs- en zorgnoden objectiever en meer valide te maken.

2.5 Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep van deze masterproef zijn de peuters en kleuters met complexe zorgnoden die ondersteund worden in Villa Clementina en voor wie een geïntegreerd en complementair onderwijs- en zorgplan wordt opgesteld. Concreet biedt Villa Clementina onderwijs aan kinderen met complexe zorgnoden tussen de 2,5 en 6 jaar oud. Kinderen met EMB kunnen vanaf de leeftijd van 2,5 instappen in het onderwijsproefproject. Ze kunnen tot maximaal 6 jaar deelnemen aan het onderwijsproefproject en opgevangen worden in Villa Clementina (Verhaeren et al., z.d.).

2.6 Kwalitatief onderzoek

Deze masterproef tracht een breed en rijk beeld te vormen van het inschalingsproces van de onderwijs-, therapie-, en zorgnoden van kinderen met een ernstige meervoudige beperking in Villa Clementina. Deze masterproef vereist daarom kwalitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek beoogt dieper inzicht in een thematiek te verwerven, de thematiek kan nooit losgekoppeld worden van de context (Ravitch & Carl, 2019). In deze masterproef is de verkregen informatie dan ook gekoppeld aan Villa Clementina. Bij kwalitatief onderzoek wordt gepoogd om bestaande theorieën, kaders en concepten te versterken, aan te vullen, te vernieuwen of te weerleggen (Reulink & Lindeman, 2005). Hiertegenover staat kwantitatief onderzoek waarbij er gedoeld wordt op het generaliseren van resultaten naar een universele theorie. De kracht van kwalitatief onderzoek zit niet in het generaliseren van een universele theorie, maar in het verkrijgen van diepgang (Ravitch & Carl, 2019).

Daarbovenop is het belangrijk om aandacht te schenken aan de positie van de onderzoeker. Ik, als onderzoeker, neem een bepaalde rol in bij kwalitatief onderzoek. Ik ben een orthopedagoge in opleiding, wat betekent dat ik impliciete en expliciete opvattingen en ervaringen heb ontwikkeld gedurende mijn opleiding. Als onderzoeker neem ik steeds mijn sociale identiteit en rol mee in relatie tot de setting en de context van het onderzoek. Het is van belang deze positionering te erkennen, hier oog voor te hebben én hier kritisch over te reflecteren (Ravitch & Carl, 2019; Ryen, 2016). Verder is interpreteren ook kenmerkend voor kwalitatief onderzoek, als onderzoeker construeer ik data. Ik maak steeds een interpretatie van wat ik in de data en theorie zie, dit betekent dus dat er een bepaalde vorm van subjectiviteit wordt meegenomen in het onderzoek (Charmaz, 2014). De interpretaties die gecreëerd worden bij kwalitatief onderzoek mogen niet gepresenteerd worden als waarheidsclaims.

Indien we ethisch willen handelen, is het van belang om deze interpretaties goed te onderbouwen, ze zijn dan net de kracht van kwalitatief onderzoek. Het is, als onderzoeker, mijn morele verantwoordelijkheid om over mijn ethisch handelen na te denken en hierover te reflecteren. Deze kritische reflecties zal ik bijhouden in een reflexief dagboek. Deze kritische reflecties geven mogelijks weer hoe het data-analyseproces beïnvloed kan worden door mijn verwachtingspatroon, vooringenomenheid en positie als onderzoeker (Ravitch & Carl, 2019; Roose & Meuleman, 2017; Ryen, 2016).

2.7 Onderzoeksmethoden

Deze diepgang van kwalitatief onderzoek zal gerealiseerd worden door gebruik te maken van volgende twee onderzoeksmethoden: documenten- en video-analyse.

2.7.1 Documentenanalyse

Enerzijds zal er een documentenanalyse plaatsvinden van de beschikbare onderwijs- en zorgplannen in Villa Clementina. Voor elk kind met EMB dat deelneemt aan het onderwijsproefproject wordt een onderwijs- en zorgplan opgesteld. In totaal zijn er voor dit masterproefonderzoek elf onderwijs- en zorgplannen ter beschikking van kinderen die in Villa Clementina verblijven of verbleven hebben. Alle elf kinderen namen deel aan het onderwijsproefproject tijdens het schooljaar 2020-2021. Van elf kinderen zijn er twee kinderen die voor het schooljaar 2020-2021 al deelnamen aan het onderwijsproefproject, één kind nam al deel vanaf 2018 aan het onderwijsproefproject en het andere kind vanaf 2019. De andere negen kinderen zijn ingestapt in het onderwijsproefproject tijdens het kalenderjaar 2020-2021. Doorheen de documentenanalyse wordt uitgebreid stilgestaan bij elk onderwijs- en zorgplan, het wordt nauwkeurig en diepgaand onderzocht. De onderwijs- en zorgplannen bevatten cruciale informatie over het onderwijspercentage en het therapie- en zorgaanbod van het desbetreffende kind. De geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen trachten door middel van documentenanalyse een antwoord te bieden op de onderzoeksvraag.

Het uitvoeren van een analyse op de geïntegreerde onderwijs- en zorgplannen brengt enkele voordelen met zich mee. Eerst en vooral zijn de bestudeerde documenten non-reactief. Dit betekent dat de bestudeerde documenten (de geïntegreerde onderwijs- en zorgplannen) geschreven zijn met een ander doel voor ogen dan deelname aan een studie. De documenten zijn ontwikkeld uit eigen belang, dit is bevorderlijk voor de kwaliteit van de documenten. Verder laat een documentenanalyse het ook makkelijker toe om de bestudeerde documenten vanuit diverse invalshoeken te bestuderen en te bevragen (Reulink & Lindeman, 2005).

Daartegenover gaat deze onderzoeksmethode ook gepaard met enkele nadelen. Allereerst wordt de informatie niet rechtstreeks verkregen, maar uit tweede hand. Er is geen rechtstreeks contact met de betrokken personen. Een tweede nadeel dat hier op aansluit, is dat er mogelijks te weinig rekening gehouden wordt met het perspectief van de oorspronkelijke auteur van het document. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat er te weinig recht gedaan wordt aan het standpunt van de auteur. Een ander mogelijk nadeel is dat sommige documenten onvolledig of onleesbaar zijn, waardoor dit zou kunnen leiden tot incorrecte interpretaties (Reulink & Lindeman, 2005).

2.7.2 Video-analyse

De tweede onderzoeksmethode bestaat uit een video-analyse van de beslissings- en evaluatiegesprekken van de geïntegreerde onderwijs- en zorgplannen. In deze masterproef duidt een beslissingsgesprek op het eerste gesprek dat gevoerd wordt omtrent het geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplan. Daarnaast licht het evaluatiegesprek het reeds bestaande onderwijs- en zorgplan toe, door na te gaan of het onderwijs- en zorgplan bijgestuurd of aangepast moet worden. De gesprekken worden sinds Covid-19 online gehouden via het digitaal medium Zoom. Deze online videogesprekken werden voor deze studie opgenomen door de orthopedagoog van Villa Clementina.

Elke deelnemer diende voorafgaand aan het overlegmoment een geïnformeerde toestemming te ondertekenen. In de geïnformeerde toestemming werd het doel en de methodologie van het onderzoek uitgelegd. Bij het doel werd toegelicht dat deze studie het inschalingsproces van de onderwijs- , therapie- en zorgnoden tracht te expliciteren en in kaart te brengen. Verder werden de rechten van de participant ook nog eens benadrukt, namelijk dat elke participant het recht heeft om zijn/haar deelname op elk moment stop te zetten en ten allen tijde kan vragen om verdere verwerking van zijn/haar onderzoeksgegevens te beëindigen. Daarbovenop kreeg de participant ook nog extra informatie over de verwerking van zijn gegevens en privacy. Participanten konden op de geïnformeerde toestemming aanduiden of ze op de hoogte gehouden willen worden van de onderzoeksresultaten of niet. Indien ze dit wensen, zullen ze na afloop van de studie de algemene onderzoeksresultaten doorgestuurd krijgen via hun emailadres. Tot slot werd er op het einde van de geïnformeerde toestemming ook nog vermeld dat bij vragen of onduidelijkheden steeds contact opgenomen kon worden met de onderzoeker.

Bij dergelijk overlegmoment van het onderwijs- en zorgplan zijn telkens de ouder(s) van het kind aanwezig, de leerkracht van Villa Clementina, de pedagogisch verantwoordelijke van Villa Clementina, het Vrij CLB Leuven en de aandachtsbegeleider. Deze vast kern kan aangevuld worden met de logopedist, de kinesist, de ergotherapeut, de thuisbegeleidingsdienst, de GIO-begeleiderster, de privé-therapeut, de zorgcoördinator van de toekomstige school, de directie, enzoverder. De

deelnemers worden allemaal uitgenodigd op basis van hun betrokkenheid met het kind. Het aantal participanten en de functie van de participanten kan verschillen naargelang het kind dat besproken wordt (De Strooper, 2021). De gesprekken worden dus gehouden door een multidisciplinair team. Door gezamenlijk een onderwijs- en zorgplan op te stellen neemt de betrokkenheid van de hulpverleners en de opvolging van de gemaakte afspraken toe (De Strooper, 2019). Villa Clementina is gevestigd in Zemst, dit heeft als gevolg dat de meeste participanten die deelnemen aan de gesprekken van de geïntegreerde onderwijs- en zorgplannen voornamelijk in Vlaams-Brabant of Antwerpen gevestigd zijn (Verhaeren et al., z.d.). Als onderzoeker oefen ik dus geen invloed uit op het aantal participanten dat deelneemt per beslissings- en evaluatiegesprek.

De geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen worden drie keer per jaar besproken. Een eerste overleg vindt plaats in september/oktober, gevolgd door een evaluatie in januari/februari en in mei/juni. Tijdens deze overlegmomenten wordt het huidig functioneren van het desbetreffende kind besproken. Op basis van dit overlegmoment worden primaire ontwikkelingsdoelen opgesteld waarop de onderwijs-, zorg- en therapeutische kaders gebaseerd zijn. De primaire ontwikkelingsdoelen vormen de basis waaraan de komende periode gewerkt zal worden. Op het einde van het beslissingsgesprek wordt het onderwijsaanbod (i.e onderwijspercentage) van het kind beslist. Daartegenover wordt er bij de evaluatiegesprekken nagegaan of de vooropgestelde doelen bereikt zijn en of het onderwijspercentage en het therapie- en zorgaanbod verhoogd, stabiel of verminderd moeten worden. Het onderwijs- en zorgplan wordt opgemaakt via Google Drive, zodat iedereen informatie kan toevoegen of wijzigen. Deze aanvullingen of bijsturingen worden in een andere kleur toegevoegd, zo is het verschil met de vorige overlegmomenten visueel zichtbaar (Villa Clementina, 2017).

De duur van deze beslissings- en evaluatiegesprekken is gemiddeld één uur. In totaal waren er twintig gesprekken omtrent de onderwijs- en zorgplannen gepland, deze zouden alle twintig opgenomen worden. Er zijn twaalf opnames van de beslissings- en evaluatiegesprekken gelukt, waarvan zeven opnames in januari en vijf opnames in juni 2021. De acht overige opnames zijn mislukt omwille van technische problemen, deze bestonden uit drie beslissingsgesprekken en vijf evaluatiegesprekken.

De opnames van de video-gesprekken worden door de onderzoeker nadien bekeken. De onderzoeker neemt bij deze onderzoeksmethode geen deel aan de beslissings- en evaluatiegesprekken van de onderwijs- en zorgplannen. Daarenboven heeft de onderzoeker ook geen inbreng in de gesprekken en houdt de onderzoeker zich afzijdig. Een voordeel hiervan is dat de aanwezigheid van de onderzoeker geen rol speelt, gezien de onderzoeker afwezig is op het moment van de beslissings- en evaluatiegesprekken. De participanten kunnen tijdens het gesprek niet beïnvloed worden door het (non-verbale) gedrag van de observator. Een volgend voordeel is dat de onderzoeker zich volledig kan

focussen op zijn functie als onderzoeker. Een laatste voordeel van deze onderzoeksmethode is dat de onderzoeker bij het bekijken van de video-opnames niet beïnvloed wordt door zijn fysiologische conditie (bv. vermoeid zijn, concentratieverlies hebben) en/of de psychologische conditie (bv. gemoedstoestand van de onderzoeker), aangezien de video-opnames opnieuw bekeken kunnen worden (Sattler & Hoge, 2006).

Tot slot schuilt er bij het gebruik van de onderzoeksmethode video-analyse ook een valkuil, namelijk observer drift. Observer drift houdt in dat de onderzoeker de video-opnames bekijkt en analyseert met een bepaalde vooringenomenheid. De onderzoeker heeft dan de neiging om informatie uit de data te halen die in lijn liggen met het verwachtingspatroon van het onderzoek. Het is belangrijk om hiermee rekening te houden bij het bekijken en analyseren van de video-opnames (Sattler & Hoge, 2006).

De video-gesprekken met daarbij horende video-analyse trachten tevens een antwoord te vormen op de onderzoeksvraag. Deze tweede onderzoeksmethode poogt bijkomende informatie te bieden door te focussen op het beslissingsproces van de video-gesprekken (zie 2.8.2).

2.8 Data-analyse

De geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen en de video-opnames van de beslissings- en evaluatiegesprekken vormen de data. Deze zullen kwalitatief geanalyseerd worden. Heel dit analyseerproces heeft als doel om antwoorden te vinden op onze onderzoeksvragen, met name welke criteria worden gehanteerd om te bepalen hoeveel onderwijs, therapie of zorg een kind met EMB, dat in Villa Clementina ondersteund wordt, nodig heeft? Alle geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen en video-opnames worden gepseudonimiseerd om zo de privacy van de betrokkenen te waarborgen.

2.8.1 Analyse van de geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen

De plannen zullen gecodeerd worden, het codeerproces heeft als doel de verkregen data grondiger te verkennen en te bestuderen. In deze masterproef wordt gebruik gemaakt van het inductief coderen. Inductieve codes liggen op voorhand niet vast, maar komen voort uit de data. Een inductieve code wordt gekoppeld aan een stukje data. Er worden nieuwe codes gecreëerd, met als ambitie het minimaliseren van informatieverlies. Hiertegenover staat het deductief coderen, waarbij codes uit de literatuur naar voren komen. Het deductief coderen wordt in deze masterproef niet gebruikt, aangezien er geen specifieke literatuur voor handen is omtrent criteria voor het inschalingsproces van de onderwijs-, zorg- en therapienoden (Kvale, 1996; Ravitch & Carl, 2019). De initiële inductieve codes worden grondiger bestudeerd tijdens het gefocust coderen. De codes uit het initieel coderen worden bij het gefocust coderen aangescherpt en concreter gemaakt door continue

vergelijking met andere codes (Charmaz, 2014). Vervolgens worden de codes, die bij het gefocust coderen gevonden zijn, ondergebracht in domeinen. De domeinen worden ontwikkeld door codes die verband houden met elkaar samen te voegen. In deze fase worden de codes dus geordend en gesynthetiseerd. Vervolgens worden de domeinen herzien om na te gaan of er bepaalde categorieën ontbreken, overbodig zijn of overlappen. Dit proces wordt het axiaal coderen genoemd. Dit axiaal coderen gebeurt door continue vergelijking en terugkoppeling met de data; het is dus een iteratief en cyclisch proces (Charmaz, 2014; Ravitch & Carl, 2019; Roose & Meuleman, 2017).

Meer concreet betekent dit dat er binnen deze masterproef domeinen onderscheiden zullen worden aan de hand van een axiaal codeerproces. Al deze domeinen zijn bepalend bij het inschalingsproces van de onderwijs-, zorg- en therapienoden. Binnen elk van deze domeinen zullen criteria onderscheiden worden die gehanteerd worden om te bepalen hoeveel onderwijs, therapie of zorg een kind met EMB dat in Villa Clementina ondersteund wordt, nodig heeft. De criteria worden gevonden door de gefocuste codes voortdurend te vergelijken met de inhoud van de geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen. Er wordt telkens nagegaan welke invloed de aan- of afwezigheid van een code heeft op het onderwijspercentage en het therapie- en zorgaanbod.

2.8.2 Analyse van de video-opnames

De video-opnames worden geanalyseerd aan de hand van een analysekader. Het analysekader is ontwikkeld voor deze masterproef en focust zich op het beslissingsproces van de onderwijs-, zorg- en therapienoden. Deze onderzoeksmethode legt zich toe op het beslissingsproces, aangezien de inhoud van de video-opnames neergeschreven staat in de geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen. Omwille van deze redenering zijn de video-opnames ook niet getranscribeerd, aangezien de inhoud van de gesprekken grotendeels zou overlappen met de geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen. Bij elke video-opname wordt dus gefocust op het proces en de beslissingen daaromtrent.

Het analysekader is opgebouwd uit verschillende vragen die beantwoord dienen te worden bij het analyseren van het video-gesprek. Een eerste vraag richt zich op de betrokkenen. Hoeveel en welke betrokkenen zijn aanwezig? Welke functie beoefenen de betrokkenen? Welke stem weegt het zwaarste door? Welke rol hebben de ouders gedurende het beslissingsproces? Vervolgens wordt ook bijgehouden of er discussies optreden gedurende het gesprek. Indien er discussies optreden, welke personen zijn hierin dan betrokken en welke argumenten worden aangehaald? Welke argumenten wegen het meeste door en waarom? Het laatste onderdeel van het analysekader focust zich op de eindbeslissing van de organisatie van het onderwijs-, therapie- en zorgaanbod. Heerst er meteen consensus over de beslissing? Is er onenigheid over de beslissing? Tot slot is er in het analysekader ook ruimte voorzien om criteria neer te schrijven die geen rol spelen in het beslissingsproces. Het

analysekader is raadpleegbaar in bijlage A. Het is cruciaal om te benadrukken dat het analysekader en de daarbij horende vragen niet exhaustief zijn.

Alle video-analyses in deze studie gebeuren door één en dezelfde persoon. Er worden geen externe onderzoekers betrokken bij het uitvoeren van de video-analyses.

2.9 Besluit

Het onderzoeksopzet start vanuit de huidige werking in Villa Clementina, hierin wordt beschreven hoe het onderwijsproefproject vorm krijgt. Daaropvolgend geeft de probleemstelling de problematieken omtrent het inschalingsproces van de onderwijs-, zorg- en therapienoden weer. Zo verloopt het inschalingsproces van de kinderen met EMB op dit moment nog heel impliciet. Deze masterproef tracht het inschalingsproces in kaart te brengen en te expliciteren op basis van welke criteria beslist wordt hoeveel onderwijs, therapie of zorg een kind met EMB, dat in Villa Clementina ondersteund wordt, nodig heeft. Dit onderzoek krijgt vorm aan de hand van twee onderzoeksmethodes, enerzijds documentenanalyse van de geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen en anderzijds video-analyse van de beslissings- en evaluatiegesprekken omtrent de onderwijs- en zorgplannen. De verzamelde data zal vervolgens geanalyseerd worden aan de hand van een inductief codeerproces en aan de hand van een analysekader.

Hoofdstuk 3: Onderzoeksresultaten

3.1 Inleiding

In het 3e hoofdstuk worden de resultaten besproken van de documenten- en video-analyse. Ze trachten een antwoord te vormen op volgende onderzoeksvraag: **"Welke criteria worden gehanteerd om te bepalen hoeveel onderwijs, therapie of zorg een kind met EMB, dat in Villa Clementina ondersteund wordt, nodig heeft?"** De onderzoeksresultaten zijn kwalitatief van aard.

In onderstaande uiteenzetting zullen allereerst de onderzoeksresultaten van de documentenanalyse besproken worden. De documentenanalyse heeft vorm gekregen door middel van een inductief codeerproces. De inductieve codes zijn vervolgens tot domeinen geclusterd, waarbij wordt stilgestaan bij het inschalen van de onderwijs-, zorg- en therapienoden. Vervolgens zijn binnen die domeinen criteria onderscheiden aan de hand van een voortdurend vergelijkingsproces tussen de inhoud van de onderscheiden codes in de verschillende geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen. De clustering is raadpleegbaar in bijlage B.

Daaropvolgend worden de bevindingen van de video-analyse toegelicht. De video-opnames zijn geanalyseerd aan de hand van een analysekader. Het analysekader is specifiek ontwikkeld voor deze masterproef en focust zich op het beslissingsproces van de onderwijs-, zorg- en therapienoden. Het analysekader is opgebouwd uit verschillende vragen. De vragen focussen op het aantal betrokkenen, de functie en inbreng van de betrokkenen, het verloop van het beslissingsproces en de aan- of afwezigheid van discussies doorheen het beslissingsproces en over de eindbeslissing van het totale ondersteuningspakket.

3.2 Resultaten documentenanalyse

De resultaten die in deze sectie besproken worden, zijn gebaseerd op de analyse van elf geïntegreerde onderwijs- en zorgplannen van kinderen met EMB die in Villa Clementina ondersteund worden. In de onderwijs- en zorgplannen zijn door middel van een inductief en axiaal codeerproces achttien domeinen van functioneren onderscheiden waarbij de inschaling van onderwijs-, therapie- en/of zorgnoden ter sprake komt (zie bijlage C). Elk domein bevat minimaal één criterium. Een domein kan dus bestaan uit één criterium of meerdere criteria. De onderscheiden criteria hebben een invloed op het beslissingsproces omtrent het onderwijs-, therapie- en zorgaanbod.

Vooraleer gestart wordt met de toelichting van de domeinen en daarbij horende criteria, is het belangrijk om toe te lichten dat uit de analyse van de geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen naar voren gekomen is dat het beslissingsproces steunt op het principe van communicerende vaten. Dit betekent dat bij het toekennen van het onderwijspercentage, er naast de aanwezige criteria ook gekeken wordt naar de grootte van het therapie- en zorgaanbod. Of het

onderwijspercentage al dan niet toeneemt, is mede afhankelijk van de therapie- en zorgnoden van het kind. Het is niet één criterium dat bepalend is bij het nemen van beslissingen omtrent het onderwijsaanbod. Volgend voorbeeld tracht het bovenstaande te concretiseren. Zo wordt bij het beslissingsgesprek omtrent het totale ondersteuningspakket bij de organisatie van het aanbod neergeschreven dat het desbetreffende kind een onderwijsaandeel van vijftig procent aangeboden krijgt, gezien de noden van therapie en slapen. Er wordt bewust gekozen om geen hoger onderwijspercentage aan te bieden, aangezien rekening gehouden wordt met de grootte van het therapie- en zorgaanbod. Deze redenering wordt in vier onderwijs- en zorgplannen teruggevonden. Het is dus van belang dat het onderwijs-, therapie- en zorgaanbod in evenwicht zijn, er dient een balans aanwezig te zijn. Met deze toelichting in het achterhoofd, zullen de domeinen met bijhorende criteria in deze sectie één voor één overlopen worden.

Aandoeningen en functies

Een eerste domein dat onderscheiden wordt, betreft aandoeningen en functies. Hieronder worden alle diagnoses en beperkingen die (officieel) vastgesteld zijn bij het kind met EMB beschreven. De meest voorkomende aandoeningen en functies zijn: autismespectrumstoornis, cerebrale visuele stoornis, spastische quadriplegie, algemene ontwikkelingsvertraging en dystone cerebrale parese. Voor een uitgebreid overzicht van alle aandoeningen en functies kan de clustering geraadpleegd worden (zie bijlage B). Dit domein geeft het complexe medische beeld van het kind weer en geeft aan waarom er bij deze kinderen gesproken wordt van een ernstige meervoudige beperking.

Uit de onderwijs- en zorgplannen kan niet gesteld worden dat er een rechtlijnig verband is tussen *het aantal vastgestelde aandoeningen en disfuncties* en het gesuggereerde **onderwijsaanbod**. Zo is één kind gediagnosticeerd met een motorische achterstand, een spraakachterstand, een ontwikkelingsstoornis, een migratiestoornis, autismespectrumstoornis en strabisme; dit kind krijgt een onderwijspercentage tussen 50 en 75% aangeboden. Terwijl een ander kind met twee disfuncties, een globale ontwikkelingsvertraging en het Axonfeld Rieger syndroom, een onderwijsaanbod van 25 % krijgt. Dit voorbeeld geeft aan dat een kind met meerdere aandoeningen en disfuncties, niet automatisch minder onderwijs aankan volgens de inschatting van de betrokkenen. Daartegenover speelt *de ernst of de gradatie van de aandoening* wel een belangrijke rol bij het bepalen van het **zorgaanbod**. Een illustratief voorbeeld om dit te onderbouwen betreft de ernst van de epilepsie; meer specifiek de frequentie en de intensiteit van de aanvallen. Heeft het kind dagelijks één of meerdere epilepsieaanvallen, of komen de aanvallen maandelijks of jaarlijks voor? Hoe intens en lang zijn de aanvallen? In één onderwijs- en zorgplan wordt beschreven dat de frequentie en de intensiteit van de aanvallen sterk zijn toegenomen. De aanvallen komen frequenter en langduriger voor, het kind doet telkens een ademstop van twee à drie minuten tijdens een epilepsieaanval. Het kind vertoont bij elke

epilepsieaanval telkens dezelfde signalen voorafgaand aan de aanval, namelijk hard beginnen bijten op materiaal of op de handen. De begeleiders zijn hiervan op de hoogte en dienen hiervoor extra attent te zijn. Daarnaast doet het kind ook af en toe een epilepsieaanval tijdens het slaapmoment, de begeleiders observeren daarom het kind tijdens de rustmomenten via video-bewaking. In vier andere onderwijs- en zorgplannen komen de epilepsieaanvallen bij de kinderen veel minder frequent en intens voor. De epilepsie bij deze kinderen is onder controle aan de hand van medicatie, er is voor deze kinderen geen bijkomende zorg noodzakelijk. Uit bovenstaand voorbeeld blijkt dus dat de ernst van epilepsieaanvallen een invloed heeft op de omvang van de zorg die geboden moet worden aan het kind met EMB.

Medische situatie en medische handelingen uitgevoerd door de begeleiders

Een tweede domein dat onderkend wordt, betreft de medische situatie en de medische handelingen die uitgevoerd worden door begeleiders. De vraag die telkens gesteld wordt, is: 'wat is de huidige toestand van het medisch functioneren en welke impact heeft die op het gehele functioneren?' In één onderwijs- en zorgplan is *de medische toestand* van het kind met EMB zo zwak, dat het onderwijstraject onderbroken werd. Het onderwijspercentage zal opnieuw ingeschaald worden bij een terugkeer naar Villa Clementina, aangezien het onderwijspercentage mede afhankelijk is van de medische toestand van het kind. Daarnaast kaartte de leerkracht ook aan dat zij duidelijk opmerkt wanneer de kinderen zich niet goed voelen omwille van hun zwakke medische toestand. De kinderen zeuren meer, zijn minder alert en stellen zich minder open voor activiteiten. Naast de invloed van de zwakke medische toestand op het **onderwijsaanbod**, speelt het criterium ook een rol in het zorgaanbod. Kinderen met een zwakke medische toestand uiten (meer) pijn, eten moeilijker of minder, geraken ontstemd, enzoverder. Ze hebben nood aan zorg. Zoals uit deze voorbeelden afgeleid kan worden, speelt de zwakke medische toestand volgens de betrokkenen dus ook een rol bij het bepalen van het **zorgaanbod**. De zwakke medische toestand heeft impact op het gehele functioneren, het criterium wordt in overweging genomen bij zowel het zorg- als het onderwijsaanbod. De medische toestand kan fluctueren doorheen de tijd, waardoor het totale ondersteuningsaanbod zich mee aanpast aan de huidige medische situatie.

Voedingsproblemen en nood aan ondersteuning tijdens eetmomenten

Een volgend domein dat naar voren komt uit de data-analyse, zijn voedingsproblemen en de nood aan ondersteuning tijdens eetmomenten. In de onderwijs- en zorgplannen is neergeschreven dat drie kinderen met complexe zorgnoden volledig zelfstandig eten, zij zijn niet hulpbehoevend. Daartegenover zijn er acht kinderen wel afhankelijk van hulp. Binnen het criterium *afhankelijkheid van hulp tijdens de eetmomenten*, is er een continuüm aanwezig van gedeeltelijk afhankelijk zijn

(bijvoorbeeld enkel hulp nodig bij de opstart van de maaltijd of bij het beëindigen van de maaltijd) tot het volledig afhankelijk zijn van hulp tijdens het eetmoment. Verder worden in de onderwijs- en zorgplannen ook aandacht besteed aan de moeilijkheden die de kinderen ervaren bij het slikken en het kauwen van voedsel. Zo dienen de begeleiders bij vijf kinderen extra alert te zijn voor het gevaar op verslikking. De begeleiders dienen er attent op te zijn dat het kind juist gepositioneerd is en het hoofdje niet naar achter kantelt, aangezien dit de kans op verslikking vergroot. Verder wordt de voeding van deze kinderen ook extra fijn gemixt, zodat brokken in de voeding vermeden worden. Daarnaast heeft één kind ook hulp nodig bij het sluiten van de mond, aangezien het kind over een beperkte mondcontrole beschikt. De afhankelijkheid van hulp tijdens de eetmomenten is dan ook een criterium dat uit de onderwijs- en zorgplannen onderscheiden wordt om het **zorgaanbod** van het kind met complexe zorgnoden te bepalen.

Alertheid

Een ander domein dat uit de data-analyse onderscheiden wordt, is alertheid. In welke mate is het kind gefocust? Alerte kinderen zijn waakzaam, oplettend, geconcentreerd en houden alles in het oog. Ze zijn zich bewust van de context waarin ze functioneren. De duur van de alertheid is afhankelijk van hun aandachtsspanne. De alertheid van het kind wordt in acht onderwijs- en zorgplannen besproken. In twee dossiers wordt de evolutie van het kind beklemtoond. Zo heeft één kind met EMB aan de start van het onderwijsproefproject slechts korte momenten van gerichte aandacht. Naar mate het onderwijstraject vordert, vergroot de aandachtsspanne. Het kind kan ondertussen met volgehouden aandacht een activiteit volledig volbrengen. Deze vooruitgang weerspiegelt zich ook in het onderwijspercentage, zo is het percentage gestegen van 25 naar 50%. Een vooruitgang in de aandachtsspanne kan dus gepaard gaan met een verhoging van het onderwijspercentage. Verder blijkt uit de onderwijs- en zorgplannen ook dat alle kinderen met een grote aandachtsspanne een hoog onderwijspercentage hebben. *De aandachtsspanne* van een kind is dus een doorslaggevend criterium binnen het **onderwijsaanbod**.

Nood aan rustmomenten

De nood aan rustmomenten is een volgend domein dat gehanteerd wordt in het beslissingsproces omtrent het totale ondersteuningspakket. De onderwijs- en zorgplannen tonen aan dat het merendeel van de kinderen (negen van de elf kinderen) behoefte heeft aan een dutje doorheen de dag. In één onderwijs- en zorgplan geeft de leerkracht van Villa Clementina aan dat de lesmomenten voor het kind zeer veel energie vergen, waardoor het kind na het lesmoment nood heeft aan een dutje. Daarbovenop hebben sommige kinderen zelfs nood aan twee of meer slaapmomenten gedurende de dag. De duur van deze slaapmomenten verschilt per kind, het ene kind slaapt een half uur terwijl het

andere dan weer nood heeft aan een langere dut van bijna drie uur. In de onderwijs- en zorgplannen wordt overigens beschreven dat bepaalde kinderen geen behoefte hebben aan slaap, maar wel behoefte hebben aan een rustmoment. Dit rustmoment wordt in de plannen omschreven als een afkoelings- of time-outmoment waarbij het kind in bed gelegd wordt om tot rust te komen.

De criteria *behoefte aan slaap* én *behoefte aan een rustmoment* zijn criteria die mee het **onderwijsaanbod** bepalen. Wanneer op het einde van het beslissings- of evaluatiegesprek het onderwijspercentage besproken wordt, wordt rekening gehouden met de slaap- en rustmomenten. Ten eerste wordt gekeken of het kind nood heeft aan een slaap- of rustmoment. Ten tweede wordt de *frequentie van de slaap- en rustmomenten* nagegaan. Heeft het kind nood aan meerdere of slechts aan één slaap- of rustmoment per dag? Een laatste element waarmee rekening gehouden wordt, is de *duur van het slaap- of rustmoment*. In drie onderwijs- en zorgplannen wordt bij de organisatie van het totale ondersteuningspakket expliciet neergeschreven dat de beslissing omtrent het onderwijspercentage vorm heeft gekregen door rekening te houden met de nood aan slaap/rust. Hoe meer nood het kind heeft aan een slaap- en/of een rustmoment (zowel frequentie als duur), hoe minder tijd er overblijft om onderwijs aan het kind met complexe zorgnoden aan te bieden, naast het therapieaanbod. De inschaling van het onderwijspercentage is dus mede afhankelijk van de andere criteria die in de andere domeinen van het onderwijs- en zorgplan bepalend zijn. Het is interindividueel verschillend. Het is belangrijk om een balans te vinden tussen het onderwijs-, zorg- en therapieaanbod.

Nood aan variatie

De nood aan variatie is een ander domein dat gehanteerd wordt bij het beslissingsproces omtrent de onderwijs-, therapie- en zorgnoden in het totale ondersteuningspakket. Elk kind heeft nood aan variatie en uitdagingen, maar sommige kinderen hebben baat bij meer en grotere uitdagingen. Zo geeft één onderwijs- en zorgplan weer dat een kind met EMB een ander kind pijn doet uit van verveling. Volgend citaat uit het onderwijs- en zorgplan verduidelijkt bovenstaand voorbeeld: '*als X zich verveelt en nood heeft aan meer uitdaging gaat X vaak andere kinderen pijn doen. X apart zetten en zijn werkdoos aanbieden kan dan zorgen voor rust'*. In dit voorbeeld heeft het kind nood aan meer uitdaging(en) gedurende de dag. Het probleem wordt in bovenstaand voorbeeld verhopen door een onderwijsactiviteit aan te bieden. Het criterium dat binnen dit domein onderkend wordt, is *de nood aan meer uitdaging*. Het bieden van meer uitdagingen heeft een invloed op de omvang van het **onderwijsaanbod**.

Planning van het aanbod

Een laatste domein dat gehanteerd wordt bij het bepalingsproces van het onderwijs-, zorg- en therapieaanbod is de planning van het aanbod in Villa Clementina. Kinderen met complexe zorgnoden

komen, zoals in het onderzoeksopzet toegelicht, maximaal drie dagen per week naar Villa Clementina. Uit de elf geanalyseerde onderwijs- en zorgplannen wordt vastgesteld dat er tien kinderen drie keer per week naar Villa Clementina komen en één kind twee keer per week. Hierop aanvullend wordt in drie onderwijs- en zorgplannen neergeschreven waar het kind met EMB op de twee andere werkdagen naartoe gaat. Zo gaan twee kinderen naar een ander kinderdagverblijf en één kind naar school. In de overige onderwijs- en zorgplannen wordt hierover niets vermeld.

Verder blijkt uit analyse van de video-opnames, dat bij één onderwijs- en zorgplan de betrokkenen bewust gekozen hebben om het onderwijspercentage stabiel te houden. Deze keuze werd gemaakt doordat het desbetreffende kind slechts twee dagen per week naar Villa Clementina komt. De andere drie dagen gaat het kind naar een reguliere school. Indien het onderwijspercentage verhoogd zou worden, zou er te weinig tijd vrij zijn voor het kind. Het kind heeft tijd nodig om gewoonweg kind te zijn en te doen waarin hij/zij zin heeft. Naast het aanbieden van onderwijs, zorg en therapie binnen Villa Clementina, wordt ook rekening gehouden met de andere noden, zoals de nood aan vrij spel. Vrij spel omvat in deze masterproef alle spelvormen en activiteiten waar het kind uit vrije wil naartoe treedt en die niet begeleid worden door de leerkracht van Villa Clementina.

Uit de analyse van twee andere onderwijs- en zorgplannen en de daarbij horende video-opnames blijkt overigens dat kinderen afwezig kunnen zijn omwille van ziekte, doktersbezoeken, enzoverder. Dit zorgt ervoor dat er niet verder gewerkt kan worden aan de vooropgestelde doelen. Een mogelijk gevolg hiervan is dat de vooruitgang slechts traag ontwikkelt of op zich laat wachten. De *frequentie van het aantal aanwezige dagen* speelt dus een rol bij het bepalen van de intensiteit van het **onderwijsaanbod**. Dit is het laatste criterium dat uit de data-analyse naar voren kwam.

3.2.1 Evolutie van de domeinen

Alle bovenstaande domeinen met bijhorende criteria worden herbekeken en opnieuw ingeschaald bij de evaluatiegesprekken. De evolutie van het kind wordt in de geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen neergeschreven. Er wordt enerzijds gekeken naar de evolutie die heeft plaatsgevonden en anderzijds naar het potentieel om (nog) vooruitgang te boeken. Uit de data-analyse zijn er drie vormen van evolutie vastgesteld: progressie, stagnatie in het functioneren en achteruitgang.

In zeven onderwijs- en zorgplannen vindt er **progressie** plaats in de vooropgestelde onderwijsdoelen en vaardigheden. Het gevolg hiervan is dat het onderwijspercentage bij twee kinderen stijgt. Progressie creëert dus een mogelijkheid om het onderwijsaanbod te verhogen. Het is cruciaal om te beklemtonen dat het een mogelijkheid creëert en het onderwijspercentage dus niet noodzakelijk toeneemt. Zo is het onderwijspercentage bij de overige vijf onderwijs- en zorgplannen stabiel gebleven. Of het onderwijspercentage al dan niet toeneemt, is mede afhankelijk van andere

factoren zoals de therapienoden, de zorgnoden en de nood aan vrij spel. Verder is er ook progressie mogelijk in de vooropgestelde doelen in het therapieaanbod. Zo duidt één onderwijs- en zorgplan aan dat de therapie wordt stopgezet gezien de positieve evolutie van het kind in de vooropgestelde therapiedoelen.

Naast progressie, is het ook mogelijk dat het aangereikte onderwijs-, therapie- en zorgaanbod geen impact heeft op het functioneren van het kind. Er werd geen vooruitgang geboekt in één of meerdere ontwikkelingsdomeinen. Het functioneren van het kind is op één of meer ontwikkelingsdomeinen **gestagneerd**. In vijf onderwijs- en zorgplannen treedt er een stagnatie in het functioneren op. Indien dit het geval is, blijft het onderwijs-, therapie- en zorgaanbod stabiel. Een stagnatie in het functioneren betekent per definitie dus geen impact op het aanbod.

Afrondend was er in één dossier **achteruitgang** in de vooropgestelde therapiedoelen omwille van een niet geslaagde medische ingreep. Het therapieaanbod werd gewijzigd door de achteruitgang van het kind.

3.2.2 Interpretatie criteria

In de data-analyse zijn er achttien domeinen onderscheiden aan de hand van een axiaal codeerproces (zie bijlage C). Hiervan zijn er zeven domeinen bepalend bij het inschalingsproces van de onderwijs-, zorg- en therapienoden van kinderen met complexe zorgnoden in Villa Clementina. Binnen elk van deze domeinen zijn criteria onderscheiden, die gehanteerd worden om het onderwijs-, therapie- en zorgaanbod te bepalen. Over de zeven domeinen heen zijn er tien criteria onderkend. Een criterium kan allereerst alleen een invloed uitoefenen op het onderwijsaanbod of op het zorgaanbod. Daarnaast kan een criterium ook impact hebben op beide, zowel het onderwijs- als het zorgaanbod. Onderstaande tabel biedt een overzicht van de onderscheiden domeinen met daarbij horende criteria.

Tabel 2

Overzicht Onderscheiden Criteria

Domein	Criterium
Aandoeningen en functies	Ernst of gradatie van de aandoening
Medische situatie en medische handelingen uitgevoerd door de begeleiders	Medische toestand
Voedingsproblemen en nood aan aan ondersteuning tijdens eetmomenten	Afhankelijkheid van hulp bij eetmomenten
Alertheid	Aandachtsspanne
Nood aan rustmomenten	Behoefte aan slaap Behoefte aan rustmoment Frequentie van de slaap- en rustmomenten Duur van de slaap- en rustmomenten
Nood aan variatie	Nood aan meer uitdaging
Planning van het aanbod	Frequentie van het aantal effectief aanwezige dagen

In bovenstaande uiteenzetting is tevens duidelijk geworden dat er niet één criterium bepalend is bij het nemen van beslissingen omtrent het onderwijsaanbod. Zo zijn er acht criteria onderscheiden die een invloed kunnen uitoefenen op het beslissingsproces omtrent het onderwijspercentage. Dit betekent echter niet dat alle acht criteria in elk geïntegreerd en complementair onderwijs- en zorgplan aan bod moeten komen. Op basis van de reeds aanwezige criteria in het onderwijs- en zorgplan wordt een beslissing genomen over het onderwijsaandeel binnen het totale ondersteuningspakket. Bij het bepalen van het onderwijsaanbod, wordt naast de aanwezige criteria ook rekening gehouden met het therapie- en zorgaanbod. Het beslissingsproces omvat het principe van communicerende vaten, zoals toegelicht in de inleiding van dit hoofdstuk. Bij het toekennen van het onderwijspercentage, wordt naast de aanwezige criteria ook gekeken naar de grootte van het therapie- en zorgaanbod.

Naast de acht criteria die bepalend zijn bij het onderwijsaanbod, zijn er drie criteria onderkend die van belang zijn bij het zorgaanbod. Uit de onderwijs- en zorgplannen zijn er overigens geen criteria onderscheiden die een impact hebben op het therapieaanbod. De enige resultaten omtrent het therapieaanbod die uit de onderwijs- en zorgplannen onderkend worden, zijn dat er tien van de elf kinderen gebruik maken van het therapieaanbod (kinesitherapie en logopedie) binnen Villa Clementina en dat er vier kinderen therapie krijgen buiten Villa Clementina. Bij de kinderen met EMB zijn er geen

andere therapienoden (bv. ergotherapie) vastgesteld. Daarnaast krijgen acht gezinnen ook thuisbegeleiding aangeboden door een externe organisatie.

Ter afronding kan geconcludeerd worden dat er zeven van de achttien domeinen beslissend zijn bij inschalingsproces van de onderwijs-, therapie- en zorgnoden en dat hierbinnen telkens criteria onderkend zijn. Er zijn tien criteria vastgesteld die gehanteerd worden om te bepalen hoeveel onderwijs of zorg een kind met EMB, dat in Villa Clementina ondersteund wordt, nodig heeft. Een bijkomende conclusie heeft betrekking op het beperkt aantal onderscheiden criteria, er zijn slechts tien criteria onderscheiden. Deze tien criteria zijn onderkend, aangezien duidelijke argumentatie omtrent deze criteria aanwezig is in de onderwijs- en zorgplannen. Het feit dat er niet meer criteria onderkend zijn, komt doordat onderbouwing en argumentatie bij de andere criteria ontbreken. Naast de reeds onderkende criteria, zijn er dus nog andere criteria in de onderwijs- en zorgplannen voorhanden maar deze zijn niet meegenomen in bovenstaande paragraaf. Deze criteria worden in onderstaande sectie overigens wel besproken onder de vorm van hypotheses.

3.3 Hypotheses uit documentenanalyse

In onderstaande sectie worden nog andere criteria belicht die een rol spelen in het beslissingsproces omtrent de omvang van het onderwijs-, therapie- en zorgaanbod. Het verschil met bovenstaande paragraaf is dat er in deze sectie enkel en alleen gesproken wordt over hypotheses en vermoedens, aangezien expliciete argumentatie en onderbouwing omtrent deze criteria ontbreken. Er zijn in de data wel aanwijzingen gevonden, maar deze aanwijzingen zijn onvoldoende onderbouwd en gestaafd waardoor de criteria niet meegenomen zijn in 3.2. De onderscheiden domeinen met bijhorende criteria zullen beurtelings besproken worden.

Aandoeningen en functies

In de onderwijs- en zorgplannen worden onder het domein van de aandoeningen en functies drie syndromen onderscheiden: het Smith-Magenissyndroom, het Axonfeld Rieger syndroom en MCAP (meganecefaly-capillary malformation-polymicrogyrie syndroom). Het Smith-Magenissyndroom wordt getypeerd door specifieke gedragskenmerken (zoals impulsiviteit en slaapproblemen) en weinig medische implicaties. Het Axonfeld Rieger syndroom is daarentegen een aangeboren en erfelijk ziektebeeld met afwijkingen aan het gezicht, het hart, de ogen en het gebit. MCAP wordt daarnaast voornamelijk gekenmerkt door uiterlijke afwijkingen, zoals bijvoorbeeld een brede neusbrug, een groter voorhoofd, prominente lippen en dieperliggende nagels. Deze drie syndromen worden in de onderwijs- en zorgplannen niet gekenmerkt door een algemene ontwikkelingsachterstand, maar door hun typische uiterlijke kenmerken en/of gedragskenmerken. In de dossiers zijn er drie kinderen vastgesteld met één van deze syndromen, twee kinderen hiervan krijgen een onderwijspercentage van

vijftig procent of meer aangeboden. De syndromen van deze twee kinderen worden in de dossiers gekenmerkt door weinig medische implicaties en een geruststellende cognitieve ontwikkeling waardoor het kind meer onderwijs aankan. Eén kind kreeg een lager onderwijspercentage toebedeeld aangezien er naast het syndroom nog een ontwikkelingsstoornis werd gediagnosticeerd. Uit dit voorbeeld wordt vermoed dat *het soort aandoening* en de daarbij horende beperkingen een criterium is dat gehanteerd wordt bij het bepalen van de omvang van het **onderwijsaanbod**.

Medische situatie en medische handelingen uitgevoerd door de begeleiders

Een tweede domein heeft betrekking op de medische situatie en medische handelingen uitgevoerd door de begeleiders. In dit domein zijn er drie casussen rond auditieve problemen opgelost door middel van een operatieve ingreep (i.e. het plaatsen van buisjes of een cochleair implantaat). De desbetreffende kinderen hebben geen pijn meer na de operatieve ingreep en kunnen beter geluid opmerken. Het therapieaanbod werd na de operatieve ingreep verminderd of stopgezet. Hiertegenover duidt een ander onderwijs- en zorgplan op een verslechtering van de grofmotorische vaardigheden door het uitvoeren van een medische ingreep. De medische ingreep bestond uit het aanbrengen van een gips om zo de flexiecontractuur van het linker- en rechterbeen te behandelen. Het resultaat van deze medische ingreep was negatief, de spieren in het linker- en rechterbeen werden niet verlengd. De flexiecontractuur was zelfs verergerd. Het therapieaanbod rond de grofmotorische vaardigheden werd als gevolg hiervan uitgebreid. Op basis van bovenstaande voorbeelden uit de onderwijs- en zorgplannen wordt vermoed dat het uitvoeren van *medische ingrepen of handelingen* dan ook mogelijks een criterium is, dat bepalend is bij het nemen van beslissingen omtrent de grootte van het **therapieaanbod**.

Leermogelijkheden

Een volgend domein dat onderkend wordt, zijn de leermogelijkheden van het kind met EMB. Het leerproces bestaat uit en wordt beïnvloed door verschillende elementen. Een eerste element waaruit vertrokken kan worden, is *de ontwikkelingsleeftijd* van het kind. In vijf onderwijs- en zorgplannen wordt de ontwikkelingsleeftijd van het kind expliciet vermeld, het betreft een ontwikkelingsleeftijd op diverse domeinen: de grof- en fijnmotorische ontwikkelingsleeftijd, de cognitieve ontwikkelingsleeftijd, de ontwikkelingsleeftijd voor taalbegrip en de algemene ontwikkelingsleeftijd. De ontwikkelingsleeftijd geeft weer hoe het kind met EMB zich ontwikkelt en functioneert ten opzichte van leeftijdsgenoten (de kalenderleeftijd). Daarnaast wordt er in drie onderwijs- en zorgplannen vermeld dat het desbetreffende kind doorverwezen wordt naar het Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen (COS) voor een inschaling van het ontwikkelingsniveau. Zo staat in de onderwijs- en zorgplannen neergeschreven dat het van belang is om de aangeboden

ontwikkelingsstimulatie te laten aansluiten op de cognitieve, motorische en taalmogelijkheden van het kind. Er wordt dus vertrokken van de ontwikkelingsleeftijd van het kind om het kind vervolgens aan de hand van de zone van naaste ontwikkeling uit te dagen. Op basis van deze informatie wordt een hypothese geformuleerd rond het belang van de ontwikkelingsleeftijd. De hypothese wordt als volgt opgesteld: 'De ontwikkelingsleeftijd van het kind is een criterium dat gehanteerd wordt om het **onderwijsaanbod** van het kind met EMB te bepalen'. Er wordt gesproken over een hypothese, aangezien het slechts om een vermoeden gaat en de hypothese niet expliciet uit de beschikbare data naar voren komt. Volgend voorbeeld illustreert deze hypothese. Zo wordt één kind (24 maanden) in een onderwijs- en zorgplan op een motorische en cognitieve ontwikkelingsleeftijd van 22 maanden ingeschaald. Het desbetreffende kind krijgt een onderwijspercentage van 50 % aangeboden en een therapieaanbod dat gericht is op deelname aan het reguliere onderwijs (bv. stabiliteitstraining, ADL-vaardigheden, enzoverder). Daartegenover wordt een ander kind (24 maanden) ingeschaald op een algemene en fijnmotorische ontwikkelingsleeftijd van 7 maanden. Dit kind krijgt een onderwijspercentage van 25 % aangeboden en een therapieaanbod dat focust op het functioneel inschakelen van beide handen en het zelfstandig verplaatsen doorheen de ruimte.

Een tweede element binnen het domein van de leermogelijkheden heeft betrekking op *het type spel* dat het kind vertoont. Binnen de onderwijs- en zorgplannen wordt een brede waaier aan spelvormen onderscheiden, gaande van explorerend spel, actie-reactiespel, repetitief spel tot fantasiespel, functioneel spel, intentioneel spel, interactiespel en samenspel. Kinderen met EMB die explorerend spel, repetitief spel en actie-reactiespel vertonen, krijgen een lager onderwijspercentage (i.e. 25%) toebedeeld door de betrokkenen, dan kinderen met EMB die functiespel, fantasiespel en samenspel vertonen. Uit de onderwijs- en zorgplannen kan eveneens een hypothese opgesteld worden rond het type spel, namelijk het type spel dat het kind hanteert hangt samen met het gesuggereerde **onderwijsaanbod**. Het betreft een veronderstelling, aangezien expliciete argumentatie omtrent deze veronderstelling ontbreekt in de onderwijs- en zorgplannen. Het type spel is tevens een weerspiegeling van het achterliggende niveau van het cognitief en sociaal-emotioneel functioneren. Desondanks worden de spelvaardigheden van het kind toch apart beschreven, aangezien deze nadrukkelijk aan bod komen in de onderwijs- en zorgplannen en omdat de cognitieve ontwikkelingsleeftijd niet overal benoemd wordt.

Een ander en laatste onderdeel van leermogelijkheden is het maken van transfers. Een kind voert een transfer uit wanneer het aangeleerde, datgene wat in een bepaalde situatie aangeleerd is, aangewend en toegepast kan worden in gevarieerde situaties. Een voorbeeld hiervan is wanneer een kind een speldoos met opdrachten of druktoetsen kan gebruiken in de klascontext, in de leefruimte en in de therapiecontext. In twee onderwijs- en zorgplannen wordt er expliciet aangegeven dat er moeilijkheden ervaren worden bij het maken van transfers. Zo wordt beschreven dat deze twee

kinderen niet over de mogelijkheid beschikken om transfers te maken. Ze vinden het moeilijk om vaardigheden en kennis automatisch te transfereren naar een andere situatie of persoon. Deze twee kinderen met EMB krijgen een laag onderwijspercentage aangeboden (i.e. 25 – 50%). Daartegenover wordt in twee andere onderwijs- en zorgplannen het optimaliseren en het verstevigen van het uitvoeren van transfers benadrukt. Het gesuggereerde onderwijspercentage ligt bij deze twee kinderen hoger (i.e. 50% of meer). *Het maken van transfers* is dus mogelijks een criterium dat uit de onderwijs- en zorgplannen naar voren komt en dat bepalend is bij het nemen van beslissingen omtrent het **onderwijspercentage**. Het gaat om een vermoeden waarbij een kind dat beschikt over de mogelijkheid om transfers op een goede manier uit te voeren, meer onderwijs aangeboden krijgt dan kinderen die niet over deze mogelijkheid beschikken.

Motorisch functioneren

Een ander domein dat naar voren komt uit de data-analyse is het motorisch functioneren. Een eerste onderdeel binnen het domein van het motorisch functioneren heeft betrekking op de fijne motoriek. Zo wordt er bij het bestuderen van de fijne motoriek van het kind aandacht besteed aan de uni- en bimanuele vaardigheden van het kind en aan de aan- of afwezigheid van de pincetgreep. In twee onderwijs- en zorgplannen wordt aangegeven dat de fijne motoriek van het kind ondermaats is. Het kind kan enkel en alleen, indien het goed gepositioneerd is, een globale beweging maken met de arm. In deze twee onderwijs- en zorgplannen krijgt het kind met complexe zorgnoden een onderwijspercentage van 25% toebedeeld. De ondermaatse fijnmotorische vaardigheden worden gekenmerkt door het ontbreken van een pincetgreep en door gebrekkige uni- en bimanuele vaardigheden. Vervolgens zijn er ook vier kinderen uit de onderwijs- en zorgplannen onderscheiden die beschikken over fijnmotorische vaardigheden, maar hierbij lichte ondersteuning en begeleiding nodig hebben. Deze kinderen gebruiken beide handen goed en zetten beide handen in om materialen te manipuleren (bimanuele vaardigheden). De unimanuele vaardigheden bij deze kinderen zijn aanwezig, maar worden weinig tot niet spontaan gebruikt. Om deze unimanuele vaardigheden te gebruiken, is sturing en ondersteuning noodzakelijk. De kinderen die binnen deze groep onderscheiden zijn, krijgen een onderwijspercentage tussen 25 en 50% aangeboden. Tenslotte wijzen de onderwijs- en zorgplannen ook kinderen aan die beschikken over goed ontwikkelde fijnmotorische vaardigheden. Deze kinderen zetten hun fijnmotorische vaardigheden doelgericht en nauwkeurig in. De kinderen kunnen bijvoorbeeld gericht met een vinger naar een zeepbel bewegen en deze doorprikken, of balletjes oprapen en deze één voor één in de balletjesmachine steken of ringen rond een stok doen. Het onderwijspercentage van deze kinderen ligt op 50% of meer. Uit bovenstaande voorbeelden wordt de hypothese gelanceerd dat de *fijne motoriek* van het kind mogelijks een criterium is dat gehanteerd wordt bij het bepalen van het **onderwijspercentage**.

Een tweede element binnen het domein van het motorisch functioneren, is de grove motoriek. Er wordt stilgestaan bij de grove bewegingen van het lichaam. Het gaat onder meer over het rollen, reiken, gooien, staan en leren fietsen. In tegenstelling tot de hypothese van de fijne motoriek, speelt de *grove motoriek* waarschijnlijk geen rol bij het nemen van beslissingen omtrent het **onderwijsaanbod**. Volgend voorbeeld uit de onderwijs- en zorgplannen onderbouwt dit vermoeden. Een kind met EMB dat over de mogelijkheid beschikt om te wandelen, te lopen, te springen en te fietsen krijgt een onderwijspercentage van 25% toebedeeld. Terwijl een ander kind dat over geen enkel van deze mogelijkheden beschikt een onderwijspercentage van 50% of meer toegereikt krijgt. Het betreft een veronderstelling, aangezien na analyse van de beschikbare onderwijs- en zorgplannen geen concrete argumentatie voor deze veronderstelling gevonden werd.

Communicatie en interactie

Een volgend domein heeft betrekking op de communicatie en interactie van het kind. De onderzoeksresultaten worden hier weergegeven. Allereerst zijn er in de onderzoeksgroep twee kinderen te onderscheiden die zich vlot kunnen uiten door middel van taal. Ze schakelen taal intentioneel in en kunnen driewoordzinnen of langere zinnen formuleren en zo hun noden en behoeften uitdrukken. Indien ze taal hanteren, is hun communicatie ook altijd gericht. Ze begrijpen boodschappen zowel in een context, als los van de context. Beide kinderen beschikken over een onderwijspercentage van meer dan vijftig procent.

Vervolgens zijn er vijf kinderen met complexe zorgnoden onderkend die een onderwijspercentage van vijftig procent bezitten. Deze kinderen uiten zich aan de hand van woorden. Ze bevinden zich in de één- of tweewoordfase, ze vormen stilaan beginnende woordcombinaties. Hun woordenschat breidt langzaamaan uit. Naast het gebruik van woorden, uiten ze hun behoeften en noden ook nog op andere manieren. Ze drukken zich uit door middel van hun lichaamshouding, lichaamsbewegingen en geluiden. Deze kinderen ondervinden wel nog moeilijkheden in het uitdrukken van hun noden en behoeften, ze hebben slechts beperkte handvatten ter beschikking. Ze zijn dus gebaat bij extra ondersteuning in hun taalontwikkeling en communicatie. In het communiceren en in interactie treden met deze kinderen wordt gebruik gemaakt van ondersteunende communicatie. Deze ondersteunde communicatie kan breed opgevat worden, het omvat in de onderwijs- en zorgplannen: het spreken met ondersteuning van gebaren (SMOG), spraak- en drukknoppen, verwijzers en pictogrammen. Zo ondersteunen begeleiders bijvoorbeeld actief hun taal aan de hand van SMOG, sommige kinderen imiteren deze SMOG-gebaren en passen deze later zelf toe. De spraak- en drukknoppen zorgen er overigens voor dat de kinderen hun noden en behoeftes kunnen uitdrukken. De communicatie die deze kinderen hanteren is niet altijd gericht. Gerichte communicatie vindt voornamelijk plaats wanneer de kinderen zich in een één-op-één-situatie bevinden. Deze vijf kinderen

beschikken ook over een goed (taal)begrip. Zo kunnen ze reageren als ze aangesproken worden en begrijpen ze verschillende eenvoudige contextuele opdrachten.

In de onderwijs- en zorgplannen zijn er ook kinderen onderscheiden waarvan het onderwijspercentage zich bevindt op 25% of zich situeert tussen 25 en 50%. Deze kinderen maken (nog) geen gebruik van woorden. Ze produceren beginnende geluiden of brabbelen. Deze beginnende geluiden en klankcombinaties zijn (nog) niet gericht, er wordt hieraan nog geen betekenis verleend. Deze kinderen beschikken over weinig expressieve taal, waardoor ze heel moeilijk hun behoeften kunnen aangeven. Ze trachten hun noden te uiten aan de hand van hun gelaatsuitdrukking, lichaamshouding en vocalisaties. Deze kinderen zijn afhankelijk van hoe andere personen hun signalen opvangen, begrijpen en hierop anticiperen. Bij deze kinderen wordt gebruik gemaakt van heel eenvoudige ondersteunende communicatiemiddelen, zoals bv. een éénfunctieschakelaar. Naast hun taalontwikkeling, ondervinden deze kinderen ook moeilijkheden in het begrijpen van taal. Ze beschikken over een beperkt taalbegrip, waardoor ze niet of slechts heel wisselend reageren als ze aangesproken worden. Verder kan het onduidelijk zijn wat het kind begrijpt van de gesproken taal.

Uit bovenstaande onderzoeksresultaten kunnen verscheidene hypotheses opgesteld worden rond criteria die bepalend zijn bij het nemen van beslissingen omtrent de omvang van het **onderwijsaanbod**. Een eerste hypothese geeft weer dat *de taalproductie* van het kind een criterium is dat gebruikt wordt bij het bepalen van het onderwijsaanbod. In welke mate produceert het kind taal en maakt het hier actief gebruik van? Een tweede hypothese veronderstelt dat *het taalbegrip* van het kind een criterium is dat invloed uitoefent op de omvang van het onderwijsaanbod. Reageert het kind als het aangesproken wordt en kan het opdrachten uitvoeren? Een derde en laatste hypothese formuleert dat *het kunnen uitdrukken van behoeften* mogelijks ook een criterium is dat betrekking heeft op het beslissingsproces omtrent het onderwijsaanbod. In hoeverre kan het kind zijn noden en behoeften uitdrukken? Ervaart het kind hierbij moeilijkheden of niet? Deze drie hypotheses komen voort uit een analyse van de onderwijs- en zorgplannen. De hypotheses kunnen niet bevestigd worden, aangezien concrete argumentatie en onderbouwing hieromtrent ontbreken in de onderwijs- en zorgplannen.

Daarnaast wordt ook *het sociaal functioneren* van het kind met complexe zorgnoden in de onderwijs- en zorgplannen besproken. Bij het sociaal functioneren wordt nagegaan of het kind interesse heeft in andere personen en hiermee in interactie treedt. Indien er interactie optreedt, is er dan beurtname aanwezig? In de onderwijs- en zorgplannen zijn grote verschillen waarneembaar bij het sociaal functioneren van de kinderen met complexe zorgnoden. Kinderen met hetzelfde onderwijspercentage vertonen grote verschillen in sociaal functioneren. Zo zoeken drie kinderen met een onderwijspercentage van 50% gemakkelijk contact op met andere kinderen en treden hiermee in interactie. Er vindt goed wederkerig contact en beurtname plaats. Hiertegenover vertonen twee

andere kinderen met een onderwijspercentage van 50% geen interesse in andere kinderen. Ze zoeken geen contact op en interageren niet met anderen. Hetzelfde patroon is ook vindbaar bij de andere onderwijspercentages. Uit bovenstaande bevindingen wordt vermoed dat het sociaal functioneren van een kind niet doorslaggevend is bij het bepalen van het **onderwijspercentage**.

Regulatie prikkels

Het reguleren van prikkels is een volgend domein dat onderkend wordt in de data-analyse. In de onderzoeksgroep zijn er zeven kinderen onderscheiden die moeilijkheden ervaren bij het verwerken en organiseren van prikkels. Deze kinderen hebben meer tijd en energie nodig om prikkels te verwerken. Daarenboven verliezen ze zichzelf vaak dan nog eens in de overvloed aan prikkels. Ze vertonen een algemene overgevoeligheid aan prikkels. Verder uit ook één van de zeven kinderen een duidelijke voorkeur voor een prikkelarme omgeving. Deze prikkelarme omgeving zorgt ervoor dat het kind niet overspoeld wordt of afgeleid wordt door de prikkels in de omgeving. Het desbetreffende kind functioneert op een hoger niveau in de prikkelarme omgeving. Het criterium dat uit deze bevindingen onderscheiden wordt, is *het sensorisch verwerkingsprobleem*. Dit criterium houdt in dat het kind moeilijkheden ervaart bij het verwerken van verschillende prikkels (o.a. de visuele, de auditieve, de olfactorische en de tactiele prikkels) en/of er een sensorisch integratieprobleem aanwezig is, waarbij moeilijkheden ervaren worden bij het integreren van verschillende prikkels tot één geheel.

Volgende twee voorbeelden illustreren dit criterium in de context van het **onderwijsaanbod**. Het eerste voorbeeld betreft een kind dat prikkels op een gereguleerde manier kan opnemen en waarnemen en deze vervolgens kan verwerken en integreren tot één geheel. Ondanks het feit dat er geen problemen waarneembaar zijn in de prikkelverwerking, krijgt het kind een onderwijspercentage van 25% aangeboden. Het tweede voorbeeld uit de onderwijs- en zorgplannen betreft een kind dat heel sensitief en gevoelig is voor overprikkeling. Het kind verliest zichzelf vaak bij het verwerken van de prikkels, desondanks krijgt dit kind een onderwijspercentage van 50% aangereikt. Deze twee voorbeelden leiden tot de hypothese dat problemen met de prikkelverwerking per definitie niet leiden tot de beslissing tot minder onderwijs. Deze hypothese betreft slechts een vermoeden, aangezien concrete argumentatie hieromtrent ontbreekt in de onderwijs- en zorgplannen. Deze voorbeelden tonen tevens wel aan dat het onderwijsaanbod dus niet alleen bepaald wordt door één criterium. Het is een samenspel van criteria die het onderwijsaanbod bepalen.

Hechting

Een ander domein dat uit de onderwijs- en zorgplannen naar voren komt, is hechting. Zo blijkt uit de onderwijs- en zorgplannen dat drie kinderen uit de onderzoeksgroep zeer veel nood hebben aan nabijheid, geborgenheid en genegenheid. Deze drie kinderen zijn overdreven angstig, wanneer de begeleiders bij hen uit de buurt weggaan om naar andere kinderen toe te gaan. Ze voelen zich veel

veiliger wanneer de begeleiders met hen in interactie treden en hen voortdurend individuele aandacht schenken. Deze kinderen krijgen bij de start van het onderwijsproefproject de laagste onderwijsgradatie toebedeeld (i.e. 25 %). Er dient eerst een veilige hechtingsband opgebouwd te worden tussen het kind en het personeel van Villa Clementina (i.e. begeleiders, therapeuten en leerkracht), vooraleer er aan het verdere leertraject gewerkt kan worden. Het fundament van een veilige hechtingsrelatie is dus het basisvertrouwen van het kind in de hechtingsfiguren. Een hypothese die hierbij geformuleerd kan worden is dat hechting een invloed heeft op het onderwijsaanbod. Bij een kind dat zich veilig voelt, kan het onderwijsaanbod uitgebreid en verhoogd worden. Dit veiliger voelen uit zich in de dossiers door het vlot afscheid nemen van hechtingsfiguren, het terugkeren naar hechtingsfiguren bij moeilijke momenten, zich vlot aanpassen aan de omgeving en personen, getroost worden indien het zich onveilig voelt, enzoverder. Een *veilige hechtingsband* is dan ook mogelijks een criterium dat gehanteerd wordt bij het nemen van beslissingen omtrent de omvang van het **onderwijsaanbod**.

Zelfredzaamheid

In de onderwijs- en zorgplannen wordt binnen het domein van de zelfredzaamheid ook een onderscheid gemaakt tussen kinderen die reeds zelfstandig een activiteit kunnen uitoefenen en diegene waarbij ondersteuning noodzakelijk is. Kinderen die zelfstandig een activiteit of een spel tot een goed einde kunnen brengen, krijgen een onderwijspercentage van vijftig procent of meer aangeboden. Kinderen die daarentegen hulp of ondersteuning nodig hebben bij het uitvoeren van een activiteit krijgen in de onderwijs- en zorgplannen een lager onderwijspercentage toegekend. Uit de beschikbare onderwijs- en zorgplannen kan de hypothese opgesteld worden dat *het zelfstandig uitoefenen van activiteiten* een criterium is dat gehanteerd wordt om het **onderwijspercentage** te bepalen. In de geanalyseerde onderwijs- en zorgplannen ontbreekt concrete argumentatie omtrent dit verband, vandaar dat er met enige nuance en voorzichtigheid met dit criterium omgegaan moet worden. Het betreft een vermoeden en geen vaststaand feit.

3.3.1 Interpretatie criteria

Uit bovenstaande acht domeinen zijn dertien criteria besproken die mogelijks een rol spelen in het beslissingsproces omtrent de omvang van het onderwijs-, therapie- en zorgaanbod. Zo zijn er twaalf criteria onderscheiden die eventueel een invloed uitoefenen op het onderwijsaanbod en één criterium op het therapieaanbod. Het is nogmaals belangrijk om te benadrukken dat de onderscheiden criteria slechts vermoedens en hypotheses zijn, aangezien expliciete argumentatie en onderbouwing omtrent deze criteria ontbreken. Deze criteria dienen dus met enige nuance en voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

Naast het feit dat het slechts hypotheses of vermoedens betreft, dienen de criteria op dezelfde manier geïnterpreteerd te worden als in 3.2, namelijk rekening houdend met het principe van communicerende vaten. Onderstaande tabel biedt een overzicht van de onderscheiden domeinen met daarbij horende hypothetische criteria.

Tabel 3

Overzicht Hypothetische Criteria

Domein	Criterium
Aandoeningen en functies	Soort aandoening
Medische situatie en medische handelingen uitgevoerd door de begeleiders	Medische ingrepen of handelingen
Leermogelijkheden	Ontwikkelingsleeftijd Type spel Het maken van transfers
Motorisch functioneren	Fijne motoriek Grove motoriek
Communicatie en interactie	Taalproductie Taalbegrip Het kunnen uitdrukken van behoeften
Regulatie prikkels	Het sensorisch verwerkingsprobleem
Hechting	Een veilige hechtingsband
Zelfredzaamheid	Zelfstandig uitoefenen van activiteiten

3.3.2 Patronen

Tevens kunnen op basis van bovenstaande resultaten patronen afgeleid worden. Een patroon biedt een globale weergave van de criteria die (vermoedelijk) van belang zijn bij het inschalingsproces van het onderwijspercentage. Zo zijn er vier patronen ontwikkeld (i.e. 25%, 25-50%, 50% & >50%). In elk patroon worden telkens criteria weergegeven, met daarbij een toelichting over hoe het criterium tot uiting komt bij de kinderen met EMB bij een bepaald onderwijspercentage. De patronen zijn niet vastomlijnd, wat betekent dat kinderen hiervan kunnen afwijken. Het inschalings- en beslissingsproces is interindividueel verschillend. Er dient steeds naar het individu en de daarbij horende kenmerken gekeken te worden, er mogen geen veralgemeningen optreden. Deze patronen geven een richting aan, maar willen zeker niet opleggen dat aan alle criteria voldaan moet zijn vooraleer het kind een (hoger) onderwijspercentage toegereikt krijgt.

Tabel 4

Patroon 25%

Criterium	Toelichting
Ontwikkelingsleeftijd	Groot verschil tussen de kalenderleeftijd en de ontwikkelingsleeftijd
Type spel	Het kind toont voornamelijk explorerend spel, repetitief spel en actie-reactiespel
Aandachtsspanne	Kleine aandachtsspanne, slechts kleine momenten van gerichte aandacht
Fijne motoriek	Ondermaats of afwezig
Taalproductie	Weinig tot geen gebruik van woorden Beginnende geluiden en klanken, deze geluiden en klanken zijn nog niet gericht Weinig expressieve taal
Uitdrukken van behoeften	Noden en behoeften uitdrukken via gelaatsuitdrukking, lichaamshouding en vocalisaties
Taalbegrip	Onduidelijkheid over taalbegrip Communicatie is afhankelijk van hoe anderen de signalen opvangen, begrijpen en hierop anticiperen
Een veilige hechtingsrelatie	Kinderen zijn overdreven angstig, voelen zich onveilig als begeleiders niet nabij zijn en hebben voortdurend nood aan individuele aandacht
Zelfstandig uitvoeren van een activiteit	Nood aan hulp en ondersteuning bij het uitvoeren van een activiteit

Bovenstaande tabel geeft het patroon weer van kinderen die bij het beslissingsgesprek een onderwijspercentage van 25% toegewezen krijgen. De overige drie patronen zijn terug te vinden in bijlage D, E en F.

3.4 Resultaten uit de video-analyse

Vervolgens worden de resultaten van de video-analyse in deze sectie besproken. De video-analyse heeft zich gefocust op het beslissingsproces. Allereerst wordt besproken welke betrokken partijen aanwezig zijn bij het beslissingsgesprek en welke functie deze betrokkenen uitoefenen. Verder wordt weergegeven hoe het beslissingsgesprek precies verloopt en welke betrokkenen het meeste invloed uitoefenen op het beslissingsgesprek.

3.4.1 Betrokken partijen

Bij het analyseren van de video-opnames wordt ook stilgestaan bij het aantal betrokken personen dat aanwezig is en naar de inbreng die zij leveren bij de gesprekken omtrent het totale ondersteuningspakket. In totaal zijn er twaalf video-opnames geanalyseerd. Een eerste bevinding uit de video-analyse is dat er gemiddeld negen betrokkenen aanwezig zijn bij de beslissingsgesprekken over het totale ondersteuningspakket. Onderstaande tabel biedt een overzicht van het aantal betrokkenen per beslissingsgesprek.

Tabel 5

Aantal Betrokken Personen per Video-opname

Nummering video-opname	Aantal betrokkenen
Video-opname 1	9
Video-opname 2	10
Video-opname 3	10
Video-opname 4	8
Video-opname 5	11
Video-opname 6	6
Video-opname 7	11
Video-opname 8	6
Video-opname 9	8
Video-opname 10	10
Video-opname 11	8
Video-opname 12	10
Gemiddelde	8,91 ~ 9 betrokkenen

Daarnaast is ook nagegaan welke functie de aanwezige betrokkenen hebben bij het beslissingsgesprek. Onderstaande tabel biedt een overzicht van de functies van de betrokken partners bij de beslissingsgesprekken.

Tabel 6

Functie Betrokken Partners bij het Beslissingsgesprek

Functie betrokkenen	In hoeveel gesprekken aanwezig?
Ouders	12
Orthopedagoog Villa Clementina	12
Stagiaire orthopedagoog Villa Clementina	6
Leerkracht Villa Clementina	12
Kinesist Villa Clementina	9
Logopedist Villa Clementina	4
Kinderarts Villa Clementina	4
Aandachtsbegeleider	12
Orthopedagoog Windekind	12
CLB-medewerker	7
Thuisbegeleider	5
Betrokkenen toekomstige school (juf, zorgcoördinator, ondersteuner)	4

Allereerst is het belangrijk om te vermelden dat bij elk gesprek de ouders van het kind met complexe zorgnoden betrokken zijn. In de geanalyseerde gesprekken was telkens minstens één ouder aanwezig. Naast de ouders is in elk gesprek ook de orthopedagoog van Villa Clementine (i.e. de pedagogisch verantwoordelijke van Villa Clementina) aanwezig. Zij verwelkomt iedereen en leidt het gesprek. Een andere betrokkene die ook altijd present is tijdens de beslissingsgesprekken is de leerkracht van Villa Clementina en de orthopedagoog van Windekind. De leerkracht die in Villa Clementina langskomt is aangesloten bij buitengewoon onderwijsschool Windekind in Leuven. De leerkracht wordt in het onderwijsproefproject ondersteund door de orthopedagoog van Windekind, vandaar dat de orthopedagoog ook telkens aansluit. Een vijfde betrokkene die ook bij elk gesprek aanwezig is, is de aandachtsbegeleider van het kind. De aandachtsbegeleider is een vaste begeleider in de leefgroep die één of twee kinderen toegewezen krijgt om daar extra aandacht aan te besteden en tijd mee door te brengen.

Naast deze vijf vaste waarden in het beslissingsgesprek, zijn er ook betrokkenen binnen Villa Clementina die (zeer) frequent aansluiten bij de gesprekken. Zo sloot de kinesist van Villa Clementina in negen van de twaalf gesprekken aan en namen de logopedist en de kinderarts van Villa Clementina vier keer deel aan de beslissings- en evaluatiegesprekken. Een kanttekening die hierbij gemaakt kan worden, is dat de logopedist slechts vier keer deelnam, ondanks er negen kinderen therapie krijgen van de logopedist. Deze vaststelling is te verantwoorden doordat de logopedist ziek was tijdens één beslissingsgesprek en doordat de logopedist op sommige momenten niet aanwezig kon zijn. In die situaties briefte de logopedist haar bevindingen over het desbetreffende kind door aan de pedagogisch verantwoordelijke, zodat haar inbreng toch ook meegenomen werd in het beslissingsgesprek.

Tot slot namen ook nog enkele externe betrokkenen buiten Villa Clementina deel aan de beslissingsgesprekken omtrent het totale ondersteuningspakket. De thuisbegeleider sloot in vijf beslissingsgesprekken aan. Daarnaast nam een CLB-medewerker in zeven beslissingsgesprekken deel, de CLB-medewerker is aanwezig in functie van verdere schooloriëntatie na het onderwijsproefproject in Villa Clementina en om de overgang tussen het onderwijsproefproject en de start in de reguliere of buitengewone onderwijsschool te regelen via bijvoorbeeld het opstellen van een gemotiveerd verslag. Indien bij het kind met complexe zorgnoden reeds vastligt naar welke school het zal gaan, sluiten de juf en/of de zorgcoördinator van de toekomstige school ook aan bij het gesprek. Zo wordt er al op een eerste manier kennisgemaakt en wordt in functie van hun informatie eventueel een hoofddoel opgesteld. In twee onderwijs- en zorgplannen is er hieromtrent een hoofddoel opgesteld, namelijk: ‘de overgang naar de nieuwe school afstemmen’ en ‘het afstemmen en uitwisselen van activiteiten met de kleuterschool’. Aan deze hoofddoelen wordt gewerkt in het onderwijsaanbod, door het desbetreffende kind reeds vertrouwd te maken met de vaste liedjes, pictogrammen en activiteiten. Tevens is in één onderwijs- en zorgplan de toekomstige juf ook langsgekomen in Villa Clementina om reeds kennis te maken en informatie uit te wisselen rond het functioneren van het kind.

3.4.2 Verloop beslissingsgesprek

Het beslissingsgesprek start steeds met een verwelkoming door de orthopedagoog van Villa Clementina. Vervolgens wordt gestart met een kennismakingsronde, hierin stelt iedereen zich kort voor zodat voor iedereen duidelijk wordt welke functie de andere betrokkenen uitoefenen. Hierna schetst de orthopedagoog het verloop van het beslissingsgesprek. De orthopedagoog geeft aan dat gestart wordt met de beeldvorming van het kind en dat hierna de hoofddoelen opgesteld worden, aangezien deze voortvloeien uit de beeldvorming. Nadat de hoofddoelen opgesteld zijn, wordt het onderwijspercentage van het desbetreffende kind bepaald aan de hand van een open gesprek. Nadat de orthopedagoog het verloop van het beslissingsgesprek doorlopen heeft, vraagt ze of de ouders met een vraag of probleem zitten dat eerst opgelost dient te worden. Indien dit niet het geval is, wordt

gestart met de beeldvorming. Bij het overlopen van de beeldvorming wordt telkens gestart met de orthopedagoog of de stagiaire orthopedagoog die een algemeen beeld schetst van het kind. Vervolgens wordt teruggekoppeld naar de ouders met de vraag of zij hun kind hierin herkennen. De ouders krijgen hierbij uitgebreid de kans om informatie aan te reiken, toe te lichten en vragen te stellen. De ouders worden betrokken bij elk onderdeel, gaande van de beeldvorming tot het opstellen van de hoofddoelen. Naast de ouders komen de aandachtsbegeleider en de therapeuten van Villa Clementina ook uitgebreid aan het woord. Ze reiken concrete voorbeelden aan en vertellen gedetailleerd over het functioneren en de gedragingen van het kind in de leefgroep.

Opvallend is dat de grootte van het therapie- en zorgaanbod niet expliciet besproken wordt in het beslissingsgesprek. Slechts in één evaluatiegesprek wordt nadrukkelijk benadrukt dat het therapieaanbod wordt stopgezet. Er wordt telkens over de invulling van het aanbod gepraat, maar niet over de hoeveelheid therapie en zorg dat aangeboden wordt aan het kind met complexe zorgnoden.

Tenslotte worden in de meeste beslissings- en evaluatiegesprekken ook nog tijd besteed aan de schooloriëntatie en – keuze. Op deze thematiek wordt niet ingegaan, aangezien dit thema geen onderdeel vormt van de focus van deze masterproef.

3.4.3 Invloed betrokkenen

In deze sectie wordt weergegeven welke stem of stemmen doorwegen in de eindbeslissing omtrent de organisatie van het totale ondersteuningspakket. Zoals reeds beschreven bij het verloop van het beslissingsgesprek worden de ouders hierbij betrokken. Uit de twaalf video-opnames blijkt echter dat geen enkele ouder in het beslissingsgesprek zelf een voorstel aanbrengt over het onderwijspercentage. Het is de orthopedagoog en/of de leerkracht die een voorstel lanceren omtrent het onderwijspercentage. De orthopedagoog en/of leerkracht beargumenteren telkens waarom zij dit onderwijspercentage aanbrengen. Uit de twaalf video-opnames worden twee argumenten vastgesteld die door de orthopedagoog en/of de leerkracht aangebracht worden. Een eerste argument steunt op het principe van communicerende vaten. Zoals bij 3.2 toegelicht, betekent dit dat bij het bepalen van het onderwijspercentage gekeken wordt naar de grootte van het therapie- en zorgaanbod. Of het onderwijspercentage al dan niet toeneemt, is mede afhankelijk van de therapie- en zorgnoden van het kind. De grootte van het therapie- en zorgaanbod is dus mede bepalend bij het beslissen van het onderwijspercentage. Dit argument komt in zes video-opnames naar voren, wat aantoont dat het van belang is om een balans te vinden tussen het onderwijs-, therapie- en zorgaanbod. In één video-opname wordt het argument door de orthopedagoog zelfs extra beklemtoond, door de andere betrokkenen te waarschuwen dat indien het onderwijspercentage zou stijgen, het kind te weinig ruimte zou krijgen om zichzelf te zijn en zijn/haar ding te doen naast het therapie- en zorgaanbod. Een

tweede argument dat in vier video-opnames door de leerkracht en/of de orthopedagoog wordt aangereikt, is de evolutie dat het kind doormaakt (zie 3.2.1).

Na het voorstel krijgt elke betrokkene de kans om het voorstel te bekrachtigen of te weerleggen en te beargumenteren waarom zij deze keuze gemaakt hebben. Na analyse van de opnames komt naar voren dat de externe betrokkenen, dit wil zeggen de betrokkenen buiten Villa Clementina, zich afzijdig houden bij het beslissingsproces van het onderwijspercentage. De interne betrokkenen, waaronder de kinesist, de therapeut, de leerkracht en de aandachtsbegeleider, uiten wel hun bevindingen over het voorstel. Het uiteindelijke eindoordeel van het onderwijspercentage ligt bij de ouders. Pas als zij mee instemmen met het organisatieaanbod, wordt het organisatieaanbod uitgevoerd en het beslissingsgesprek afgerond. In tien video-opnames waren de ouders onmiddellijk akkoord met het voorstel dat aangeboden werd, in de andere twee video-opnames waren de ouders ook akkoord maar vroegen zij naar meer verduidelijking waarom het onderwijspercentage stabiel bleef. Er kan dus gesteld worden dat bij de geanalyseerde video-opnames telkens een consensus heerste over de organisatie van het ondersteuningsaanbod.

Daarnaast heerste er bij de beeldvorming in vier onderwijs- en zorgplannen een meningsverschil tussen de betrokkenen. Het meningsverschil ontstond doordat het kind een ander gedrag stelde in verschillende situaties en bij verschillende personen. De onderwerpen waarover gediscussieerd werd, waren de spelvaardigheden, het visueel functioneren en het taalbegrip van het desbetreffende kind. Volgend voorbeeld verduidelijkt de discussie omtrent de spelvaardigheden. Zo ervaarden de therapeuten bij het kind gericht en functioneel spel, ze observeerden mooie spelvormen. De orthopedagoog en de aandachtsbegeleider van Villa Clementina stelden daartegenover enkel explorerend spel vast. Dit meningsverschil werd beëindigd door rekening te houden met de context.

Afrondend kan gesteld worden dat de orthopedagoog van Villa Clementina en de leerkracht een belangrijke rol hebben in het aanbrengen van een voorstel omtrent het onderwijspercentage. De interne betrokkenen en de ouders worden nauw betrokken bij het bekrachtigen of het weerleggen van het voorstel. Het uiteindelijke eindoordeel ligt telkens bij de ouders, enkel en alleen als zij akkoord gaan wordt het onderwijsaanbod uitgevoerd.

3.5 Besluit

In dit hoofdstuk is getracht een antwoord te formuleren op de onderzoeksvraag. Zo zijn er achttien domeinen onderscheiden aan de hand van een axiaal codeerproces. Uit deze achttien domeinen zijn er zeven domeinen onderscheiden, die bepalend zijn bij het inschalingsproces van de onderwijs-, zorg- en therapienoden van kinderen met complexe noden in Villa Clementina. Over de zeven domeinen heen zijn er tien criteria uit de onderwijs- en zorgplannen onderkend. In de overige elf domeinen kunnen geen expliciete criteria vastgesteld worden, aangezien concrete onderbouwing

hieromtrent ontbreekt. Het feit dat er zo weinig onderbouwing en argumentatie over de criteria in de onderwijs- en zorgplannen teruggevonden kan worden, is een belangrijk resultaat. Desondanks kunnen binnen die overige elf domeinen wel zes domeinen teruggevonden worden waarin criteria onderscheiden worden die mogelijks van belang zijn bij het bepalen van het onderwijs-, therapie- en zorgaanbod. Zo zijn er dertien criteria besproken waarvan vermoed wordt dat ze een rol spelen in het beslissingsproces omtrent de omvang van het onderwijs-, therapie- en zorgaanbod. Deze criteria worden als hypotheses meegenomen in deze masterproef, aangezien concrete argumentatie hieromtrent ontbreekt. In totaal zijn er dus 23 criteria onderscheiden, waarvan er tien met zekerheid een invloed spelen op het beslissingsproces. Op basis van deze resultaten zijn vier patronen (i.e. 25%, 25-50%, 50% & >50%) opgesteld. Een patroon biedt een globale weergave van de criteria die (vermoedelijk) van belang zijn bij het inschalingsproces van het onderwijspercentage. De overige vijf domeinen die uit het axiaal codeerproces naar voren gekomen zijn, zijn niet relevant voor de onderzoeksvraag in deze masterproef. Deze vijf domeinen bevatten informatie omtrent de invulling van het onderwijs-, therapie- en zorgaanbod. Deze informatie wordt niet opgenomen in deze masterproef, aangezien de onderzoeksvraag zich hierop niet focust.

Echter wordt bij het beslissingsproces omtrent het onderwijspercentage niet alleen rekening gehouden met de aanwezige criteria die bepalend zijn voor het onderwijsaanbod, maar ook met het therapie- en zorgaanbod. Het beslissingsproces omvat dus het principe van communicerende vaten. Dit betekent dat bij het toekennen van het onderwijspercentage, er naast de aanwezige criteria ook gekeken wordt naar hoe groot het therapie- en zorgaanbod is. Of het onderwijspercentage al dan niet toeneemt, is mede afhankelijk van de therapie- en zorgnoden van het kind. Het is dus van belang dat het onderwijs-, therapie- en zorgaanbod in evenwicht zijn.

Verder wordt in dit hoofdstuk ook nog stilgestaan bij de betrokkenen van de gesprekken omtrent het geïntegreerd en complementair onderwijs- en zorgplan. Zo werd vastgesteld dat er gemiddeld negen personen aanwezig zijn bij een beslissings- of evaluatiegesprek. Daarnaast werd ook nagegaan wat de inbreng van deze betrokkenen was. Hieruit kwam naar voren dat de orthopedagoog en/of de leerkracht telkens het voorstel omtrent het onderwijspercentage lanceren. De interne betrokkenen bekrachtigen of weerleggen dit voorstel aan de hand van een argumentatie, terwijl de externe betrokkenen zich afzijdig hielden tijdens het beslissingsproces. Het absolute eindoordeel van het onderwijspercentage ligt in handen van de ouders van het kind, enkel en alleen als zij akkoord gaan wordt het onderwijsaanbod uitgevoerd. In alle geanalyseerde onderwijs- en zorgplannen was er meteen consensus over het voorgestelde onderwijspercentage.

Hoofdstuk 4: Discussie

4.1 Inleiding

In het 4de en laatste hoofdstuk zal een kritische blik op het onderzoek geworpen worden. Allereerst worden de onderzoeksresultaten kritisch belicht door een koppeling te maken met de literatuur. Vervolgens zal een algemene conclusie geformuleerd worden. Daaropvolgend worden de beperkingen, nuances en sterktes van het onderzoek toegelicht. Tot slot worden er ook nog aanbevelingen voor toekomstig onderzoek aangereikt.

4.2 Kritische reflectie op de onderzoeksresultaten

4.2.1 Kritische reflectie a.d.h.v. literatuur

Vooraleer gestart wordt met een kritische reflectie van de onderzoeksresultaten, wordt nogmaals stilgestaan bij het onderwijsaanbod in Villa Clementina. Het onderwijsaanbod situeert zich binnen het onderwijsproefproject dat loopt in Villa Clementina. Het betreft dus een proefproject en (nog) geen algemeen omvattend beslissingskader of systeem dat op meerdere locaties in Vlaanderen uitgetest wordt. Villa Clementina is het enige inclusieve kinderdagverblijf waarbij op dit moment het onderwijsproefproject uitgetest wordt, het onderwijsproefproject is dus specifiek gericht op Villa Clementina. Doordat het slechts om een proefproject op één locatie gaat, is er omtrent het inschalingsproces van de onderwijs-, therapie- en zorgnoden slechts weinig tot niets geschreven in de literatuur. Er heerst een leemte over dit onderwerp in de literatuur. Daartegenover is er wel literatuur raadpleegbaar over de doelgroep (peuters en kleuters met EMB), het huidige beschikbare onderwijsaanbod voor kinderen met EMB, de knelpunten binnen dit onderwijsaanbod en de mogelijke aanbevelingen voor een toekomstig onderwijsaanbod.

Verder is het noodzakelijk om te benadrukken dat de data in deze masterproef verzameld zijn gedurende de covid-19-pandemie. Corona heeft ervoor gezorgd dat sommige kinderen met complexe zorgnoden niet altijd aanwezig waren omwille van een te groot besmettingsgevaar. Tevens gingen de beslissings- en evaluatiegesprekken ook digitaal door in plaats van fysiek. Deze omschakeling van fysieke naar digitale gesprekken zou mogelijks een invloed kunnen hebben op de onderzoeksresultaten. Bepaalde betrokkenen zijn minder of niet vertrouwd met het digitale medium en leveren daardoor eventueel minder input en zijn minder betrokken bij de gesprekken. De onderzoeksresultaten zouden dus mogelijks vertekend kunnen zijn door Covid-19.

Naast deze kanttekening zijn er tussen het onderwijsproefproject in Villa Clementina en de literatuurstudie (hoofdstuk 1) grote overeenkomsten waarneembaar. In de literatuurstudie komt als aanbeveling naar voren om voor elk kind met EMB een geïntegreerd en complementair onderwijs- en zorgplan op te stellen. Villa Clementina maakt in het onderwijsproefproject gebruik van een

geïntegreerd en complementair onderwijs- en zorgplan, het stelt voor elk kind dat deelneemt aan het onderwijsproefproject in Villa Clementina, een geïntegreerd en complementair onderwijs- en zorgplan op. De literatuur duidt dat zo'n onderwijs- en zorgplan idealiter start met een beeldvorming van het kind, waaruit vervolgens individuele leer- en ontwikkelingsdoelen opgesteld worden op korte en lange termijn. Verder dient het onderwijs- en zorgplan ook aandacht te schenken aan de uitvoeringscondities en aan de evaluatie van deze individuele leer- en ontwikkelingsdoelen (Maes, 2015; Petry & Maes, 2005). De geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen van Villa Clementina voldoen aan deze suggesties uit de literatuur. Zo starten de plannen zoals vooropgesteld met een beeldvorming over het desbetreffende kind. Uit de beeldvorming worden vervolgens aansluitende hoofd- en werkdoelen opgesteld, waaraan gewerkt zal worden bij het kind met EMB. Het onderwijs- en zorgplan in Villa Clementina besteedt eveneens ook een deel uit aan het beschrijven van de organisatie van het plan, daarbij wordt rekening gehouden met de uitvoeringscondities. Afrondend wordt de evaluatie van het onderwijs- en zorgplan neergeschreven. Ieder onderwijs- en zorgplan bevat dus dezelfde opbouw. Uit de onderwijs- en zorgplannen van Villa Clementina wordt afgeleid dat de individuele noden en onderwijsbehoeften van het kind centraal staan bij de opmaak van de plannen. Verhoeven en Dom (2005) en Van Quickelberghe (2014) onderstrepen tevens dit belang, namelijk rekening houden met de individuele interesses, voorkeuren en mogelijkheden van het kind. Het onderwijs-, therapie- en zorgaanbod dienen hierop aan te sluiten, er wordt dus niet vertrokken van een gemeenschappelijk leerplan (Verhoeven & Dom, 2005; Van Quickelberghe, 2014).

Een volgende overeenkomst tussen de literatuur en de onderzoeksresultaten situeert zich rond de betrokkenen die aanwezig zijn bij het beslissings- en evaluatiegesprek. In de literatuurstudie wordt het belang van een intersectorale en multidisciplinaire bijeenkomst benadrukt bij het opstellen van een geïntegreerd en complementair onderwijs- en zorgplan. Bij dergelijke bijeenkomst zijn idealiter verschillende partners uit diverse sectoren aanwezig (Maes, 2015; Maes & Vlaskamp, 2020; Vlor, 2006, 2008, 2015). Villa Clementina voldoet aan deze aanbeveling uit de literatuur. Zo zijn er bij de beslissings- en evaluatiegesprekken in Villa Clementina telkens hulpverleners uit diverse sectoren aanwezig. Elk onderwijs- en zorgplan wordt opgesteld aan de hand van een multidisciplinaire overeenkomst. De onderzoeksresultaten in hoofdstuk 3 bieden een overzicht van het aantal betrokken personen en de verscheidene functies van de betrokkenen. De onderzoeksresultaten duiden dat er gemiddeld negen betrokkenen aanwezig zijn bij het opstellen van het geïntegreerd en complementair onderwijs- en zorgplan. Verder zijn er uit de data-analyse ook twaalf functies onderscheiden (zie 3.4.1). De functies gaan van orthopedagoog, logopedist en kinesist tot CLB-medewerker of thuisbegeleider. Daarbovenop beklemtoont de literatuurstudie ook de cruciale rol van de ouders bij het inschalingsproces van de onderwijs-, therapie- en zorgnoden. Zij dienen zeker en vast meegenomen te worden als een belangrijke partner bij het ontwikkelen van de onderwijs- en zorgplannen (Maes, 2015;

Petry & Maes, 2005; Vlor, 2006). De onderzoeksresultaten bevestigen deze belangrijke rol. Zo ligt het eindoordeel van het onderwijs-, therapie- en zorgaanbod in handen van de ouders. Enkel en alleen als de ouders akkoord zijn, wordt het aanbod opgestart.

Het rapport van Maes (2015) geeft overigens aan dat het aanbieden van onderwijs en zorg op één locatie het meest ideale scenario is. Villa Clementina komt tegemoet aan deze aanbeveling. Zo wordt zowel het onderwijs-, therapie- als zorgaanbod in Villa Clementina aangeboden. Dit is dus een derde overeenkomst tussen het onderwijsproefproject in Villa Clementina en de literatuur.

Naast een centrale locatie, dient het geïntegreerd en complementair onderwijs- en zorgplan ook flexibel opgesteld te zijn. Zo duidt de Vlor (2006) dat kinderen met EMB nood hebben aan een flexibel onderwijs- en zorgaanbod. Door bepaalde omstandigheden in bepaalde periodes kunnen kinderen meer baat hebben bij medische ondersteuning en verzorging. Op die momenten neemt het welzijnsaanbod de overhand ten opzichte van het onderwijsaanbod. Door dergelijk flexibel en geïntegreerd aanbod te bewerkstelligen, kan er ingespeeld worden op de onderwijs- en zorgbehoeften (Vlor, 2006). Villa Clementina tracht deze flexibiliteit te realiseren via tweewekelijks overleg tussen de leerkracht en de pedagogische verantwoordelijke van Villa Clementina. In dit overleg wordt het onderwijs-, therapie- en zorgaanbod geëvalueerd en afgestemd op de onderwijs-, zorg- en therapienoden. Dit is een vierde overeenkomst die vastgesteld wordt tussen de literatuur en de onderzoeksresultaten.

4.2.2 Kritische reflectie op de onderzoeksvraag

Doorheen het onderzoeks- en schrijfproces van deze masterproef zijn de deelonderzoeksvragen aangepast en geherformuleerd. Oorspronkelijk werden de deelvragen als volgt geformuleerd:

- Welke criteria worden in Villa Clementina gehanteerd om te bepalen hoeveel % onderwijs van het totale ondersteuningspakket een kind met EMB nodig heeft?
- Welke criteria worden in Villa Clementina gehanteerd om te bepalen hoeveel % therapie van het totale ondersteuningspakket een kind met EMB nodig heeft?
- Welke criteria worden in Villa Clementina gehanteerd om te bepalen hoeveel % zorg van het totale ondersteuningspakket een kind met EMB nodig heeft?

De formulering van de deelvraag omtrent het therapieaanbod en het zorgaanbod werd gewijzigd, aangezien na een eerste verkenning van de data vastgesteld werd dat de grootte van het therapie- en het zorgaanbod in de onderwijs- en zorgplannen niet uitgedrukt wordt in percentages.

Vandaar dat de deelonderzoeksvragen aangepast werden naar volgende twee deelonderzoeksvragen:

- Welke criteria worden in Villa Clementina gehanteerd om te bepalen hoeveel therapie van het totale ondersteuningspakket een kind met EMB nodig heeft?
- Welke criteria worden in Villa Clementina gehanteerd om te bepalen hoeveel zorg van het totale ondersteuningspakket een kind met EMB nodig heeft?

Daarnaast werd na een eerste kennismaking met de data ook een definitie opgesteld voor het begrip therapie, het begrip zorg en het begrip onderwijs. Deze drie definities kwamen tot stand uit de beschikbare data voor deze masterproef. Deze definities zijn dus enkel en alleen van toepassing op deze masterproef die zich focust op het inschalingsproces van de onderwijs-, therapie- en zorgnoden van het kind met complexe zorgnoden in Villa Clementina. De definities zijn dus niet universeel geldend.

4.2.3 Kritische reflectie op de onderzoeksresultaten

In de onderzoeksresultaten zijn er over de elf geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen heen achttien domeinen onderscheiden aan de hand van een axiaal codeerproces. Elk domein bestaat uit minstens één criterium. In totaal zijn er 23 criteria onderkend over de achttien domeinen heen. Deze criteria worden gehanteerd om de grootte van het onderwijs-, therapie- en zorgaanbod te bepalen. Van deze 23 criteria zijn er slechts tien criteria expliciet uit de onderwijs- en zorgplannen onderscheiden. Deze tien criteria worden gehanteerd om de grootte van het onderwijs- en/of zorgaanbod te bepalen. Van deze tien criteria is er geen enkel criterium bepalend bij het nemen van beslissingen omtrent het therapieaanbod, dit is een belangrijke bevinding. Daartegenover zijn de overige dertien criteria veronderstellingen, waarvan vermoed wordt dat ze een rol spelen bij het inschalingsproces van het onderwijs-, therapie- en zorgaanbod. Het zijn veronderstellingen, aangezien concrete argumentatie en onderbouwing hieromtrent in de onderwijs- en zorgplannen ontbreken. Deze dertien criteria worden als hypotheses meegenomen, aangezien er wel aanwijzingen hieromtrent terug te vinden zijn in de data. Het feit dat er zo weinig onderbouwing en argumentatie over de criteria in de onderwijs- en zorgplannen teruggevonden kan worden, is een belangrijk resultaat.

Vervolgens werden ook vier patronen opgesteld op basis van deze resultaten. De patronen zijn tot stand gekomen op basis van een analyse van de geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen en video-opnames. Elk patroon geeft een onderwijspercentage (i.e. 25%, 25-50%, 50% & >50%) weer. Het patroon brengt de criteria in kaart die gekoppeld zijn aan een bepaald onderwijspercentage en geeft hierbij toelichting. Het patroon weerspiegelt dus het globale beeld van het kind met complexe zorgnoden dat gecategoriseerd wordt bij een bepaald onderwijspercentage.

Een kritische reflectie die hierbij steeds gemaakt moet worden, is dat het patroon niet vastomlijnd en allesbeslissend is. Het patroon geeft het algemene beeld weer, het is geen maatstaf waaraan voldaan moet worden. Het patroon dient niet geïnterpreteerd te worden als een checklist waaraan het kind moet voldoen vooraleer het kind een onderwijspercentage toegereikt krijgt. De betrokken personen dienen steeds diepgaand en uitvoerig stil te staan bij het individuele kind en zijn/haar kenmerken en gedrag. Het inschalingsproces van het onderwijspercentage vereist steeds kennis en expertise van de betrokken personen. De patronen mogen in geen geval leiden tot een vereenvoudiging, waarbij de betrokkenen zich enkel en alleen baseren op het patroon. Het patroon is slechts een hulpmiddel dat gehanteerd kan worden bij het inschalingsproces en waarop verder gebouwd kan worden tijdens het beslissings- en evaluatiegesprek. Het patroon tracht de (hypothetische) criteria per onderwijspercentage in kaart te brengen en te expliciteren.

Verder is het resultaat van deze masterproef mogelijks beïnvloed door de beperkte omvang van de documentenanalyse (elf geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen) en video-analyse (twaalf video-opnames). Vervolgonderzoek met een grotere omvang zou kunnen uitwijzen of dit resultaat bevestigd of weerlegd kan worden. Het is dus belangrijk om bij de interpretatie van de resultaten in deze masterproef, steeds in het achterhoofd te houden dat de resultaten gebaseerd zijn op een analyse van elf geïntegreerde onderwijs- en zorgplannen en de daarbij horende video-opnames in het schooljaar 2020-2021. Tevens zou vervolgonderzoek, indien de steekproefgrootte uitgebreid wordt, zich kunnen focussen op het zoeken naar expliciete argumentatie en onderbouwing omtrent de hypotheses zodat deze hypotheses omgezet kunnen worden in vaststaande criteria.

Vervolgens komen ook niet alle achttien domeinen en alle 23 criteria bij elk kind met complexe zorgnoden voor. Het aantal domeinen en criteria is dus verschillend per kind met EMB. In de onderzoeksresultaten (hoofdstuk 3) is een overzicht weergegeven van alle domeinen en criteria die gedetecteerd zijn over de elf geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen.

Daarnaast wordt de grootte van het onderwijsaanbod niet alleen bepaald door de aan- of afwezigheid van criteria die bepalend zijn voor het onderwijsaanbod. Het beslissingsproces omtrent het onderwijspercentage houdt ook rekening met het therapie- en het zorgaanbod. Het beslissingsproces is gebaseerd op het principe van communicerende vaten. Dit houdt in dat er bij het toekennen van het onderwijspercentage, enerzijds gekeken wordt naar de aanwezige criteria en anderzijds naar de grootte van het therapie- en zorgaanbod. Of het onderwijsaanbod al dan niet stijgt, is mede afhankelijk van de therapie- en zorgnoden van het kind. Bij een kind met EMB dat een hoge therapie- en zorgnood heeft, zal het onderwijspercentage minder snel stijgen gezien de beperkte tijd die overblijft na het therapie- en zorgaanbod. Hieruit kan vastgesteld worden dat de aanwezigheid van een bepaald criterium de mogelijkheid biedt om het onderwijsaanbod te verhogen, dit is echter geen

absolute zekerheid. Het is het samenspel tussen het onderwijs-, therapie- en zorgaanbod dat cruciaal is bij het beslissingsproces omtrent het onderwijspercentage.

Een andere kritische reflectie die betrekking heeft op de onderzoeksresultaten, is gebaseerd op mogelijke veronderstellingen bij het lezen van deze masterproef. In de onderzoeksresultaten wordt telkens het criterium weergegeven met daarbij beschreven op welk aanbod (het onderwijsaanbod en/of het therapieaanbod en/of zorgaanbod) het criterium beslissend is. Bij het doornemen van de onderzoeksresultaten lijkt het bij sommige domeinen voor de hand liggend om ervanuit te gaan dat het criterium ook een invloed heeft op het aanbod dat niet beschreven is in de onderzoeksresultaten. Hierin schuilt een gevaar, aangezien deze veronderstelling dan gebaseerd is op een voorgevoel of intuïtie. Het is belangrijk om te beklemtonen dat de onderzoeksresultaten in hoofdstuk 3 niet gebaseerd zijn op het voorgevoel of intuïtie. De onderscheiden criteria zijn naar voren gekomen uit de data-analyse van de beschikbare data. Enkel en alleen verbanden die uit de data-analyse naar voren zijn gekomen, worden weergegeven in hoofdstuk 3. Volgend voorbeeld illustreert deze kritische bedenking. Binnen het eerste domein, namelijk aandoeningen en functies, is het criterium de ernst of gradatie van de aandoening onderkend. Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat dit criterium een belangrijke rol speelt bij het bepalen van het zorgaanbod. Intuïtief zou hierop aanvullend kunnen beschreven worden dat dit mogelijks ook een invloed zou kunnen hebben op het therapieaanbod. Dit verband is overigens niet vastgesteld uit de data-analyse, vandaar dat deze veronderstelling ook niet opgenomen is in deze masterproef.

4.3. Algemene conclusie

Doorheen het lezen van deze masterproef is duidelijk geworden dat peuters en kleuters met een ernstige meervoudige beperking (EMB) die in Villa Clementina ondersteund worden en deelnemen aan het onderwijsproefproject in Villa Clementina, de doelgroep vormen van deze masterproef. Het onderwijsproefproject tracht onderwijs aan te bieden aan kinderen met complexe zorgnoden, die op de leeftijd van 2,5 jaar nog niet naar school kunnen omwille van diverse redenen. Het onderwijsproefproject garandeert op deze manier het recht op onderwijs, aangezien peuters en kleuters met EMB evenveel recht hebben op en baat hebben bij onderwijs als alle andere kinderen (Germeijs, 2018a; Penne, 2013; Verhaeren, z.d.). Vooraleer het kind met complexe zorgnoden start aan het onderwijstraject, wordt er allereerst met al de betrokken personen samengezeten om het totale ondersteuningspakket van het kind met EMB te bespreken. In dit beslissingsgesprek worden de onderwijs-, therapie- en zorgnoden ingeschaald. Een probleem dat hierbij ervaren wordt, is dat het inschalingsproces van de onderwijs-, therapie- en zorgnoden van het kind met EMB heel impliciet verloopt. Deze masterproef heeft gepoogd het inschalingsproces van de onderwijs-, therapie- en zorgnoden in kaart te brengen en te verduidelijken op basis van welke criteria beslist wordt hoeveel

onderwijs, therapie of zorg een kind met EMB, dat in Villa Clementina ondersteund wordt, nodig heeft. Zo blijkt uit analyse van de geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen en de daarbij horende video-opnames dat er achttien domeinen onderscheiden zijn. Over de achttien domeinen heen zijn er in totaal 23 criteria vastgesteld. Deze 23 criteria worden gehanteerd om de grootte van het onderwijs-, therapie- en zorgaanbod te bepalen. Echter is het belangrijk om te benadrukken dat er slechts tien van de 23 criteria expliciet uit de onderwijs- en zorgplannen naar voren komen aan de hand van concrete argumentatie en onderbouwing. Bij de overige dertien criteria ontbreekt concrete argumentatie en onderbouwing in de data, desondanks zijn er wel aanwijzingen terug te vinden in de data waardoor vermoed wordt dat deze criteria wel een rol spelen bij het inschalingsproces. Deze dertien criteria worden als hypotheses meegenomen. Het feit dat er zo weinig onderbouwing en argumentatie over de criteria in de onderwijs- en zorgplannen teruggevonden wordt, is een belangrijk resultaat in deze masterproef.

Daarbovenop dient er niet alleen rekening gehouden te worden met de aanwezige criteria die bepalend zijn bij het onderwijsaanbod, maar ook met het therapie- en zorgaanbod. Het beslissingsproces omvat het principe van communicerende vaten. Dit betekent dat bij het toekennen van het onderwijspercentage, er naast de aanwezige criteria ook gekeken wordt naar hoe groot het therapie- en zorgaanbod is. Of het onderwijspercentage al dan niet toeneemt, is mede afhankelijk van de therapie- en zorgnoden van het kind. Het is dus van belang dat het onderwijs-, therapie- en zorgaanbod in evenwicht zijn.

Tot slot zijn op basis van de onderscheiden criteria ook vier patronen opgesteld. Een patroon biedt een overzicht van de criteria die bepalend zijn bij het beslissingsproces omtrent het onderwijspercentage en geeft daarbij toelichting hoe het criterium tot uiting komt. Deze patronen zijn slechts een hulpmiddel dat gehanteerd kan worden bij het inschalingsproces en waarop verder gebouwd kan worden tijdens het beslissings- en evaluatiegesprek.

Afrondend kan dus geconcludeerd worden dat er tien criteria vastgesteld zijn die gehanteerd worden om te bepalen hoeveel onderwijs en/of zorg een kind met EMB, dat in Villa Clementina ondersteund wordt, nodig heeft. Daarbovenop zijn er ook nog eens dertien andere criteria geregistreerd waarvan verondersteld wordt dat ze ook een invloed uitoefenen op het beslissingsproces omtrent het totale ondersteuningspakket (het onderwijs-, therapie- en zorgaanbod). In totaal zijn er dus 23 criteria onderscheiden waarop de betrokken personen beroep kunnen doen bij het beslissingsproces omtrent het onderwijs-, therapie- en zorgaanbod.

4.4 Kritische reflectie op het eigen onderzoek

Hieronder worden *de beperkingen en nuances* van het uitgevoerde onderzoek uiteengezet. Een allereerste methodologische beperking richt zich op de onderzoeksgroep. In het onderzoek zijn slechts elf kinderen met EMB opgenomen, alle elf kinderen namen deel aan het onderwijsproefproject tijdens het schooljaar 2020 – 2021. Van deze elf kinderen waren er al twee kinderen die deelnamen aan het onderwijsproefproject voor het schooljaar 2020-2021. In de onderzoeksgroep zijn er overigens geen kinderen opgenomen die vanaf de start van het onderwijsproefproject (2016 – 2017) deelnamen. De resultaten van het onderzoek zijn dus voornamelijk gericht op het schooljaar 2020-2021. De onderzoeksresultaten kunnen niet gegeneraliseerd worden naar de bredere doelgroep van peuters en kleuters met EMB. Er zijn twee redenen hiervoor, enerzijds door de kleine omvang van de onderzoeksgroep en anderzijds doordat het doel van deze masterproef zich richt op het proces binnen Villa Clementina. Het onderzoek focust specifiek op Villa Clementina. De onderzoeksresultaten dienen dus gelezen en geïnterpreteerd te worden met enige voorzichtigheid en nuance.

Een tweede methodologische beperking focust zich op de onderzoeksmethoden. In deze masterproef wordt gebruik gemaakt van twee onderzoeksmethodes: documenten- en video-analyse. Een beperking bij documentenanalyse betreft het niet rechtstreeks verkrijgen van de documenten (i.e. de geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen). Het gevolg hiervan is dat er geen rechtstreeks contact met de auteur(s) van het document mogelijk is. Een mogelijke beperking of gevaar dat hierin schuilt is dat er te weinig rekening gehouden wordt met het perspectief van de oorspronkelijk auteur (Reulink & Lindeman, 2015).

Naast het analyseren van de documenten, is er ook gebruik gemaakt van video-analyse. Een eerste beperking binnen deze onderzoeksmethode heeft betrekking op het mislukken van video-opnames. Elk videogesprek werd opgenomen door de orthopedagoog van Villa Clementina, aangezien ik omwille van examens niet aanwezig kon zijn. Er zijn twintig video-gesprekken afgenomen, waarvan er twaalf opnames gelukt zijn en acht opnames mislukt zijn omwille van technische problemen. Er is dus een groot deel aan informatie verloren gegaan. Dit probleem kon grotendeels ondervangen worden door de documentenanalyse, waarbij de geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen een schriftelijke neerslag bieden van het beslissings- en evaluatiegesprek. Toch is er nog steeds cruciale informatie verloren gegaan, die uit de documentenanalyse niet afgeleid kan worden. Zo kan uit de documentenanalyse bijvoorbeeld niet opgemaakt worden welke betrokkenen aan het woord waren, welke betrokkenen een doorslaggevende stem hadden of over welke criteria onenigheid heerste.

Een tweede beperking binnen de video-analyse heeft betrekking op de stabiliteit van de internetverbinding. De kwaliteit van de video's was afhankelijk van de stabiliteit van de wificonnectie. Zo haperde in sommige videogesprekken het beeld of bleef het beeld vasthangen. Naast het beeld konden ook problemen met het geluid gedetecteerd worden. Voorbeelden hiervan zijn: geluid dat onverstaanbaar is, echo's op de achtergrond of geluid dat niet gelijk loopt met het beeld. Deze technische problemen hebben eveneens voor verlies van kostbare informatie gezorgd.

Een derde beperking bij het analyseren en interpreteren van de video-gesprekken, is de taal waarin het beslissings- en evaluatiegesprek omtrent de geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen plaatsvond. Naast het Nederlands vonden sommige gesprekken ook in het Frans of in het Engels plaats. Het probleem hierbij is dat niet alle betrokkenen beschikken over voldoende kennis van het Frans en/of het Engels. De taalbarrière zorgde meermaals voor verwarring en onduidelijkheid tussen de betrokken hulpverleners en/of de ouders. Een mogelijk gevolg hiervan is dat er sprake is van misinterpretaties bij de gesprekken tussen de hulpverleners onderling en/of de ouders.

Een vierde en laatste beperking binnen de video-analyse betreft de invloed van sociale wenselijkheid. Alle betrokkenen zijn voorafgaand aan het gesprek ingelicht over het doel van het onderzoek en hebben de geïnformeerde toestemming ondertekend. De betrokkenen zouden zich eventueel anders kunnen gedragen en voordoen doordat ze weten dat het gesprek opgenomen en geanalyseerd wordt. Dit zou voor een vertekend beeld van de onderzoeksresultaten kunnen zorgen. In deze masterproef is op drie manieren getracht de sociale wenselijkheid tegen te gaan. Allereerst door te benadrukken dat de onderzoeksgegevens gepseudonimiseerd worden en de onderzoeksgegevens dus op een veilige en vertrouwelijke manier verwerkt worden. Ten tweede doordat de beslissings- en evaluatiegesprekken deel uitmaken van de normale werking van Villa Clementina. De ouders en andere hulpverleners zijn het gewend om deel te nemen aan deze gesprekken. Het enige verschil is dat de gesprekken opgenomen worden. Ten derde doordat ik als onderzoeker afwezig ben tijdens de gesprekken en de betrokken hulpverleners en ouders hierdoor dus niet afgeleid of geïntimideerd kunnen zijn.

Een derde methodologische beperking steunt op <u>de positie van de onderzoeker</u>. Gedurende de data-analyse heb ik, als onderzoeker, op verschillende momenten stilgestaan bij mijn eigen ervaringen, opvattingen en voorkennis. Ik schreef deze neer in een reflexief dagboek. Door op regelmatige basis stil te staan bij mijn eigen voorverstaan, poogde ik de interpretatie van de data niet te veel te sturen en te beïnvloeden. Het is belangrijk om hier als onderzoeker bewust mee bezig te zijn, aangezien het in kwalitatief onderzoek onoverkomelijk is om te interpreteren. Een interpretatie, die goed onderbouwd wordt, toont net de kracht van kwalitatief onderzoek aan (Ravitch & Carl, 2019).

Naast de beperkingen en nuances van het onderzoek, zijn er ook enkele *sterktes van het onderzoek* aan te wijzen. Een eerste sterkte is de toepassing van <u>data-triangulatie</u>. In dit onderzoek is

gebruik gemaakt van meer dan één onderzoeksmethode. Deze masterproef hanteerde zowel documenten- als video-analyse. Door gebruik te maken van verscheidene methodieken kunnen verschillende data met elkaar vergeleken worden. Verder zorgt het gebruik van twee of meer onderzoeksmethodes ook voor aanvullende en diepgaandere informatie. Het vergroot de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek (Meijer et al., 2002).

Een andere sterkte binnen dit onderzoek, situeert zich in het ontwikkelen van diepgang en niet in het generaliseren van de onderzoeksresultaten. Deze masterproef heeft getracht om een eerste verdiepende aanzet te bieden op de vraag welke criteria gehanteerd worden om te bepalen hoeveel onderwijs, therapie of zorg een kind met EMB dat in Villa Clementina ondersteund wordt, nodig heeft. Het opzet van dit onderzoek was niet om de onderzoeksresultaten te generaliseren, maar wel om verduidelijking en diepgang te bieden in het beslissingsproces binnen Villa Clementina (Ravitch & Carl, 2019).

4.5. Aanbevelingen voor verder onderzoek

Tenslotte kunnen er ook nog suggesties voor verder onderzoek geformuleerd worden. Een eerste suggestie betreft het ontwikkelen van een (wetenschappelijk) instrument of een beslissingskader op basis van de onderscheiden criteria in dit masterproefonderzoek. In dit onderzoek zijn de criteria die gehanteerd worden bij het inschalingsproces omtrent de onderwijs-, therapie- en zorgnoden onderkend. Deze masterproef heeft een eerste aanzet gegeven, een volgende stap zou het ontwikkelen van een beslissingskader of instrument kunnen zijn. Dit beslissingskader of instrument zou een duidelijk stappenplan of procedure kunnen omschrijven, waarin bijvoorbeeld aangegeven wordt dat de aan- of afwezigheid van een criterium of criteria leidt tot het verhogen of het verlagen van het onderwijs-, therapie- en zorgaanbod. Het instrument of beslissingskader zou structuur, duidelijkheid en voorspelbaarheid kunnen bieden en ervoor kunnen zorgen dat onderwijs, therapie en zorg op een flexibele manier aangeboden worden aan het kind met complexe zorgnoden.

Een andere suggestie voor verder onderzoek ligt in het uitbreiden van deze masterproef. Er zou een grotere steekproef verzameld kunnen worden. Zo zouden alle geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen bestudeerd en geanalyseerd kunnen worden. Zo zijn er geïntegreerde en complementaire onderwijs- en zorgplannen beschikbaar vanaf het schooljaar 2016 - 2017. Idealiter zou verder onderzoek zich richten tot een bredere onderzoeksgroep, startend in het schooljaar 2016 – 2017 tot op heden. Door de onderzoeksgroep te vergroten zouden de onderzoeksresultaten ook meer gedragen zijn en (eventueel) bevestiging kunnen bieden van de reeds gevonden onderzoeksresultaten. Deze masterproef focust zich slechts op elf kinderen die tijdens het schooljaar 2020 – 2021 deelnamen aan het onderwijsproefproject in Villa Clementina. De onderzoeksresultaten in deze masterproef dienen dus met enige voorzichtigheid en nuance

geïnterpreteerd te worden, aangezien er misschien criteria overbelicht zijn of criteria ontbreken die tijdens de jaren voordien wel een belangrijke rol speelden in het beslissingsproces.

Een laatste voorstel voor toekomstig onderzoek focust zich op het uitbreiden van het onderwijsproefproject naar meerdere inclusieve kinderdagverblijven. Door het onderwijsproefproject in verschillende vestigingen en regio's te implementeren kan onderzocht worden of de onderzoeksresultaten ook buiten Villa Clementina van toepassing zijn. Het ultieme doel zou kunnen zijn om het proefproject om te zetten in een project waarbij verschillende inclusieve kinderdagverblijven over heel Vlaanderen onderwijs aanbieden aan kinderen met EMB. Bij dit toekomstig onderzoek zou de focus dan wel liggen op het generaliseren van de onderzoeksresultaten.

Referentielijst

Algemeen diagnostisch protocol. (2015, 25 januari). *Bijlage 14: observeren*. Prodia. *https://www.prodiagnostiek.be*

AMC, N. K. O. (2002). UvA. *Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids (zorg) onderzoek: Kwalitatief Onderzoek*. Amsterdam.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association.

Besluit van de Vlaamse Regering (BVR). (30.04.2019). Onderwijs aan huis voor zieke kinderen en jongeren. https://data-onderwijs.vlaanderen.be/edulex/document.aspx?docid=13911

Center on the Developing Child at Harvard University (2012). *Experiences build brain Architecture* [Video]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=VNNsN9IJkws

Charmaz, K. (2014). Constructing grounded theory (2nd ed.). London: SAGE

Coertjens, N., Cops, K., Deblonde, N., Gheysen, T., Gysen, E., Lebeer, J., Maes, B., Schittekatte, M., & Verlinde, L. (2021). *Classificerend diagnostisch protocol verstandelijke beperking*. Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek. https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/wp-content/uploads/2021/02/CDP-Verstandelijke-Beperking_Update2021.pdf

Cognifit. (2022). *Neuroplasticiteit. Structuur en organisatie*. Cognifit https://www.cognifit.com/nl/brein-plasticiteit-en-cognitie

De Bal, C. (2011). Communicatie. In B. Maes, C. Vlaskamp & A. Penne (Red.), *Ondersteuning van mensen met ernstige meervoudige beperkingen? Handvatten voor een Kwaliteitsvol Leven* (pp. 145-163). Leuven: Acco

De Pauw, L., & Engels, H. (2013). *Het klasgebeuren bij leerlingen met ernstig meervoudige beperkingen* [masterproef, Katholieke Universiteit Leuven].

De Strooper, M. (2019). *Evaluatie van het project onderwijs aan kleuters met ernstig meervoudige beperkingen in een kinderdagverblijf voor het schooljaar 2018 – 2019.*

De Strooper, M. (2020). *Evaluatie van het project onderwijs aan kleuters met ernstig meervoudige beperkingen in een kinderdagverblijf voor het schooljaar 2019 – 2020*.

De Strooper, M. (2021, september). *Evaluatie van het project onderwijs aan kleuters met ernstig meervoudige beperkingen in een kinderdagverblijf voor het schooljaar 2020 – 2021*.

Deci, E. L., & Ryan, R.M. (2012). Self-determination theory in health care and its relations to motivational interviewing: *a few comments. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 24.

Germeijs, V. (2018a). Naar school gaan in het kinderdagverblijf: jonge kinderen met ernstige zorgnoden krijgen onderwijs in Villa Clementina. *Caleidoscoop Leerlingenbegeleiding vandaag en morgen, 30*(1), 21- 26.

Germeijs, V. (2018b). CLB. Draaischijf, helikopter, partnier in een bijzonder (keuze) proces: de vele gezichten van een CLB'er. *Caleidoscoop Leerlingenbegeleiding vandaag en morgen, 30*(1), 30-33.

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*, *2*(163-194), 105.

Heim, M. (2014). Communicatieve Ontwikkeling van niet-sprekende personen en hun communicatiepartners. In B. Twint & J., de Bruijn (red.), *Handboek verstandelijke beperking: 24 succesvolle methoden* (pp 146-163). Amsterdam: Boom.

Hostyn, I., & Maes, B. (2009). Interaction between persons with profound intellectual and multiple disabilities and their partners: A literature review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *34*(4), 296-312. https://doi.org/10.3109/13668250903285648

Kvale, S. (1996). InterViews: An introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks, CA: SAGE.

Maes, B. & Vlaskamp, C. (2020). *Ondersteuning van mensen met ernstige meervoudige beperkingen: handvatten voor een kwaliteitsvol leven (*herwerkte 2e ed.*).* Acco

Maes, B. (2015). *Rapport Commissie Criteria Vrijstelling Leerplicht*. https://data-onderwijs.vlaanderen.be/documenten/bestand.ashx?nr=6211#:~:text=Vrijstelling%20van%20leerplicht%3A%20%E2%80%9CIndien%20het,%2C%2025.02.1997%3B%20Art.

Maes, B., Penne, A., De Maeyer, J., & Vandevorst, N. (2008). *Inventarisatie-onderzoek: kinderen en jongeren met EMB: eindrapport*. *Onderzoeksrapport*. Katholieke Universiteit Leuven, Centrum voor Gezins- en Orthopedagogiek & Multiplus, Leuven.

Maes, Nijs, S., Vandesande, S., Van keer Ines, Arthur-Kelly, M., Dind, J., Goldbart, J., Petitpierre, G., & Van der Putten, A. (2021). Looking back, looking forward: Methodological challenges and future directions in research on persons with profound intellectual and multiple disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 34*(1), 250–262. https://doi.org/10.1111/jar.1280

Meijer, P. C., Verloop, N., & Beijaard, D. (2002). Multi-method triangulation in a qualitative study on teachers' practical knowledge: An attempt to increase internal validity. *Quality and quantity*, *36*(2), 145-167.

Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Onderwijs. (1997). *Decreet basisonderwijs*. Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.

Nakken, H., & Vlaskamp, C. (2007). A need for a taxonomy for profound intellectual and multiple disabilities. *Journal of Policy and Practice in intellectual Disabilities*, *4*(2), 83-87. https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2007.00104.x

Omzendbrief TOAH, POAH en vrijstelling van leerplicht in het basisonderwijs. (15.12.2021). https://data-onderwijs.vlaanderen.be/edulex/document.aspx?docid=9293

Pameijer, N., Van Beukering, T., Schulpen Y., & Van de Veire H. Handelingsgericht werken op school. Samen met leerkracht, ouders en kind aan de slag, Acco, Leuven, 2007,blz. 118

Peeters, K., & Van Brempt, K. (2008, 10 juli). *Decreet houdende een kader voor het Vlaamse gelijkekansen- en gelijkebehandelingsbeleid.* Gelijke Kansen. https://www.gelijkekansen.be/Portals/GelijkeKansen/wetgeving/gecoordineerde%20versie%20decreet%2010%20JULI%202008_wijzigingen2014.pdf

Penne, A. (2013). Recht op onderwijs? Voor élk kind! *Forum*, 15-16.

Penne, A., & Maes, B. (2018a). Beleidsaanbevelingen voor onderwijs op maat. Alternatieven voor vrijstelling van leerplicht. *Caleidoscoop Leerlingenbegeleiding vandaag en morgen, 30*(1), 16-20.

Penne, A., & Maes, B. (2018b). Kinderen met ernstige meervoudige beperkingen: over wie gaat het? *Caleidoscoop Leerlingenbegeleiding vandaag en morgen, 30*(1), 6-10.

Penne, A., & Maes, B. (2018c). Ge 'moet' niet. Vrijstelling van leerplicht en huidige alternatieven onder de loep. *Caleidoscoop Leerlingenbegeleiding vandaag en morgen, 30*(1), 11-15.

Ravitch, S. M., & Carl, N. M. (2019). Qualtative research: Bridging the conceptual, theoretical, and methodological. Sage Publications

Reulink, N., & Lindeman, L. (2005). Kwalitatief onderzoek. *Geraadpleegd op http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20(2005)/om2_files/syllabus/kwalitatief.pdf*

Roose, H., & Meuleman, B. (2017). *Methodologie van de sociale wetenschappen. Een inleiding.* Lannoo.

Ryen, A. (2016). Research ethics and qualitative research. In D. Silverman (Ed.), Qualitative research (4 th ed., pp. 31-46). London: SAGE.

Sattler, J.M. & Hoge, J.R. (2006). Observational methods. In *Assessment of children: Behavioral, social, and clinical foundations* (5th ed., pp. 192 – 268). USA: Publisher Inc.

Schalock, R. L., Luckasson, R. A., & Shogren, K. A. (2007). The renaming of mental retardation: Understanding the change to the term intellectual disability. *Intellectual and developmental disabilities*, *45*(2), 116-124. https://doi.org/10.1352/1934-9556(2007)45[116:TROMRU]2.0.CO;2

Smeets, G., Leys, S., Van der Weyden, G., Hendrickx, W., De Donder, L., Koch, M., Neefs, W., Van den Berg, P., Keldermans, I., Brouns, S., Verhaeren, K., Ballon, K., De Strooper, M., Dumalin, Verspeet, Rayé, I., Ortibus, E., Hoppenbrouwers, K., Maes, B., & Lebeer, J. (2014, september). *Recht op onderwijs voor kinderen met ernstige zorgnoden – een gefundeerde oproep tot wetswijziging.*

Spreuwers, D. (2016). *Een geïntegreerd onderwijs- en zorgaanbod aan leerlingen met ernstige meervoudige beperkingen* [masterproef, Katholieke Universiteit Leuven].

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (1994). The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education. Salamanca: UNESCO. Geraadpleegd op 16 april 2021, via http://www.csie.org.uk/inclusion/unesco-salamanca.shtml#:~:text=Adopted%20by%20the%20World%20Conference,7%2D10%20June%201994).&text=All%20educational%20policies%2C%20says%20the

Van keer, I. , Van Leeuwen, K., & Maes, B. (2019). Gezinsinteractiepatronen bij jonge kinderen met ernstige meervoudige beperkingen. *VVO Tijdschrift: Driemaandelijks Tijdschrift Van De Vlaamse Vereniging Van Orthopedagogen Vzw, 38*(4), 6-11.

Van Quickelberghe, P. (2014). Exploratief onderzoek in het buitengewoon onderwijs naar de professionele ontwikkeling van leerkrachten in handelingsplanning.

van Yperen, T. A., Veerman, J. W., & Bijl, B. (2017). Naar meer effect: Resultaatgerichte ontwikkeling van interventies.

VAPH. (z.d.). *Verstandelijke handicap.* https://www.vaph.be/professionelen/mdt/mdv/modules/verstandelijke-handicap

Verenigde Naties. (1989). Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind. Geraadpleegd via https://www.kinderrechtencommissariaat.be/sites/default/files/bestanden/kinderrechtenverdra%20g_officiele_nederlandse_vertaling.pdf

Verenigde Naties. (2009). Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap. Geraadpleegd via http://www.ond.vlaanderen.be/specifieke-onderwijsbehoeften/leerzorg/VN/verdrag.pdf

Verhaeren, K. ; Ballon, K. ; De Strooper, M. (z.d.). Recht op onderwijs binnen inclusieve kinderopvang, Villa Clementina.

Verhoeven, Jef, & Dom, Leen. (2005). *Organisatie en processen op school*. K.U.Leuven. Centrum voor sociologisch onderzoek, Leuven, 2005.

Villa Clementina (2017). *Onderwijsproject 2017 – 2018.*

Villa Clementina (2017, september). *Evaluatie van het project onderwijs aan kleuters met ernstig meervoudige beperkingen in een kinderdagverblijf voor het schooljaar 2016 – 2017*.

Vlaams instituut gezond leven. (z.d.). *Eerste hulp bij observaties*. https://www.gezondleven.be/files/gezondheidsbevordering/Leidraad_EHB_observaties.pdf

Vlaams ministerie van Onderwijs en Vorming. (2021a). Leerplicht van 5 tot 18 jaar. Onderwijs Vlaanderen. https://onderwijs.vlaanderen.be/nl/leerplicht-van-5-tot-18-jaar

Vlaamse Onderwijsraad. (2006). Onderwijs en opvang voor kinderen en jongeren met ernstig meervoudige beperkingen: visietekst. Brussel: Vlaamse Onderwijsraad. Geraadpleegd via https://assets.vlor.be/www.vlor.be/import/tekst_visietekst.pdf

Vlaamse Onderwijsraad. (2008). Advies over onderwijs aan kinderen en jongeren met ernstige meervoudige beperkingen. Brussel: Vlaamse Onderwijsraad. Geraadpleegd via https://assets.vlor.be/www.vlor.be/import/ar-adv014-0708.pdf

Vlaamse Onderwijsraad. (2015). Beleidsaanbevelingen over onderwijs aan kinderen met ernstige en meervoudige beperkingen. Brussel: Vlaamse Onderwijsraad. Geraadpleegd via https://assets.vlor.be/www.vlor.be/import/ar-vb-end-1415-003.pdf

VZW Villa Clementina (z.d.) *Onderwijs in een niet-schoolse omgeving*.

Zijlstra, H.P., & Vlaskamp, C. (2005). The impact of medical conditions on the support of children with profound intellectual and multiple disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 18(2), 151-161. https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2005.00244.x